Christian Heidl, Hanna Brandt, Karsten Weber (Hg.)

PFLEGEKULTUR IM WANDEL

Digitale Technologien, Machtstrukturen und Migration im Gesundheitssektor

[transcript] REGENSBURGER BEITRÄGE ZUR DIGITALISIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS

Christian Heidl, Hanna Brandt, Karsten Weber (Hg.)
Pflegekultur im Wandel

Editorial

Die **Regensburger Beiträge zur Digitalisierung des Gesundheitswesens** sollen über den Wandel der Gesundheitsversorgung durch den verstärkten Einsatz digitaler Technik informieren. In der Reihe erscheinen wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Beiträge in Gestalt von Monografien, Anthologien und hervorragenden Dissertationen. Insbesondere empirisch gelagerte Beiträge, Theoriearbeiten und normative Texte, die den Einsatz digitaler Technik im Gesundheitswesen thematisieren, geben Orientierung für alle professionellen Stakeholder.
Die Reihe wird herausgegeben von Sonja Haug, Andrea Pfingsten und Karsten Weber.

Christian Heidl (Dr. rer. medic, MSc, Diplom-Pflegewirt) ist assoziierter Forscher am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften und -technologie in Hall in Tirol, Österreich. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie der Gerontologie und Versorgungsforschung. Hierbei liegt sein Fokus auf Themenbereichen wie Digital Health, Innovationen in der Pflege, ethischen Aspekten sowie der Kulturentwicklung in der ambulanten und stationären Gesundheits- und Pflegeversorgung.
Hanna Brandt (M.Sc. Public Health) ist seit 2024 Professorin für physiotherapeutische (Differential-)Diagnose an der Technischen Hochschule Rosenheim. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die digitalisierte und technisierte Gesundheitsversorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Prävention und Gesundheitsförderung.
Karsten Weber (Prof. Dr. phil. habil.) ist seit 2022 Professor für Technikfolgenabschätzung für KI-gestützte Mobilität an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg. Außerdem ist er Ko-Leiter des dortigen Instituts für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung sowie einer der drei Direktor*innen des Regensburg Center of Health Sciences and Technology. Er ist zudem Gründungsmitglied und einer der drei Sprecher*innen der Gemeinsamen Ethikkommission der Hochschulen Bayerns. Seine Forschungsschwerpunkte sind angewandte Ethik sowie Technikfolgenabschätzung der Informations- und Kommunikationstechnologien, insbesondere für die Bereiche Gesundheit, Mobilität und Energie.

Christian Heidl, Hanna Brandt, Karsten Weber (Hg.)

Pflegekultur im Wandel

Digitale Technologien, Machtstrukturen und Migration im Gesundheitssektor

[transcript]

Das Erscheinen des vorliegenden Sammelbands wurde durch die Lars und Christian Engel (LUCE) Stiftung sowie durch das Regensburg Center of Health Sciences and Technology (RCHST) der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg ermöglicht.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://dnb.dnb.de/ abrufbar.

2026 © transcript Verlag, Bielefeld
Hermannstraße 26 | D-33602 Bielefeld | live@transcript-verlag.de

Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG (Text und Data Mining) zu gewinnen, ist ohne schriftliche Zustimmung der Rechteinhaber*innen untersagt.

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwertung der Texte und Bilder ist ohne Zustimmung des Verlages urheberrechtswidrig und strafbar. Das gilt auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Verarbeitung mit elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Maria Arndt
Umschlagabbildung: © amazing studio / AdobeStock
Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen
https://doi.org/10.14361/9783839476963
Print-ISBN: 978-3-8376-7696-9 | PDF-ISBN: 978-3-8394-7696-3
Buchreihen-ISSN: 2751-9929 | Buchreihen-eISSN: 2751-9937

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Vorwort
Prof. Dr. Erich Bauer 7

Zwischen Technik, Vielfalt und Strukturen
Eine Einleitung und Übersicht
Karsten Weber, Hanna Brandt, Christian Heidl 9

Sorgende Gemeinde – Modellprojekt ALIA
Gesamtgesellschaftliche sozialraumbezogene Sorge- und Pflegekultur
David Rester 25

Translationsregionen als habitueller Raum
für die digitalisierte Gesundheitsversorgung
Digitalisierung als Säule einer gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitsversorgung
Sebastian Hofstetter, Bernhard Kraft, Annabell Gangnus, Uta Kirchner-Heklau,
Karsten Schwarz, Patrick Jahn 49

Digitalisierung in der Pflege
Katalysator für Veränderung und Kulturwandel?
Marlene Klemm, Tanja Pollak, Gabriele Obser 73

Sexualität im Kontext der Gesundheit alter Menschen
in der stationären (Langzeit-)Pflege
Chancen einer kulturellen Veränderung
Philipp Stang, Yvonne Sedelmaier, Hanna Brandt, Christian Heidl 89

Migration und kultursensible Pflege in Deutschland
Eine Analyse
Jalal Alnatour, Bernd Seeberger 105

Ein Machtkonzept für Sozial- und Pflegeberufe
Das multidisziplinäre dimensionale Machtkonzept und die Herleitung von Machtsensibilität
Melanie Misamer 129

Gute professionelle Pflege
Ein Strategiepapier aus Sicht der Pflegenden
Anita Rampp, Elmar Nass 153

Technologische Innovation und Palliativkultur
Verändert der Fortschritt die Fürsorge?
Maria Heckel, Natalie Öhl 173

Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung
Chancen, Herausforderungen und Zukunftsaussichten
Christian Heidl, Ines Simbrig, Gerhard Müller 187

Technologiegestützte Sturzprävention
Die Rolle der Digitalisierung und der Assistenzsysteme im Pflegewesen
Christine Fiedler, Michael Teusch, Christian Heidl 207

Assistive Technologien in der Pflege
Eric Steigmeier 227

Validität in der Pflege
Wer braucht das und wie geht das?
Walter Swoboda, Miriam Kappe, Anna Rothenhäusler, Nadine Seifert 259

Pflege-Unternehmen und Aspekte geteilter (ökonomischer) Interessen
Eine grundlegende Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Verantwortung und unternehmerischen Zielen
Jürgen Zerth 269

Stakeholder*innennetzwerke, Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit von Forschungsprojekten
Über Erfahrungen aus der Arbeit in *DeinHaus 4.0 Oberpfalz – TePUS*
Vanessa Mücke, Karsten Weber 291

Autor*innen 307

Vorwort

Prof. Dr. Erich Bauer

Die vorliegende Sammlung wissenschaftlicher Beiträge widmet sich aus unterschiedlichen Perspektiven und verschiedenen Disziplinen dem kulturellen Verständnis von Pflege sowie der Transformation hin zu einer Kultur der Sorge. Diese Annäherung an den Gegenstand der Pflegekultur wird aufgrund der demografischen Entwicklung sowie neuer Technologien und der Digitalisierung weiter an Bedeutung gewinnen. Qualitativ und quantitativ werden sich die Bedarfe und Möglichkeiten gesundheitlichen und pflegerischen Handelns weiter wandeln. Dies gilt für professionell-berufliches wie für informell-persönlich-familiales Handeln und ihre künftig notwendige kooperative Zusammenarbeit.

Der Sammelband richtet sich sowohl an beruflich Pflegende und Personen sämtlicher Gesundheitsberufe als auch an alle Personen und Organisationen, die an der Gestaltung für Sorge und Pflege interessiert oder wie Nachbarschaftshilfen und Unternehmen damit bereits konfrontiert sind. Diese Zusammenstellung leistet einen wertvollen Beitrag, um Sorge und Pflege verstärkt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – für die Gestaltung spezifischer Versorgungsstrukturen vor Ort und damit der eigenen Heimat – wahrzunehmen.

Die folgenden 14 Beiträge werden anhand von vier Einflussfaktoren auf die Pflegekultur und deren Transformationsprozess strukturiert. Die Rubrik neue Technologien und Digitalisierung, exemplarisch »Assistive Technologien in der Pflege« (Steigmeier) ist dabei leitend, sie wird thematisch auch in Beiträgen anderer Abschnitte berücksichtigt. Im Bereich Kulturwandel werden u.a. der Einfluss von Technik auf die Palliativkultur (Heckel/Öhl) und die Digitalisierung als Katalysator für Veränderung (Klemm et al.) sowie Caring Communities (Rester) thematisiert. Für die Abhandlung zur Migration steht der Beitrag von Alnatour und Seeberger (»Migration und kultursensible Pflege in Deutschland«) exemplarisch. Im Artikel zu Machtstrukturen wird u.a. »die Herleitung von Machtsensibilität« (Misamer) dargelegt. Die Beiträge bieten zudem sowohl spezifische Einblicke (z.B. »technologiegestützte Sturzprävention«) als auch generalistische Perspektiven (z.B. in der »Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Verantwortung und unternehmerischen Zielen«) für gesundheits- und pflegepolitische Diskurse auf dem Weg zu einer neuen Pflegekultur an.

Die Herausgabe des Sammelbandes erfolgt mit Unterstützung der Lars und Christian Engel (LUCE) Stiftung. Die noch junge, 2016 gegründete LUCE Stiftung fokussiert als eine der führenden Institutionen für Bildung und Innovation in Bayern nachhaltige Entwicklung und gesellschaftlichen Fortschritt. Zweck der Stiftung ist die Förderung von Vorhaben für die technologische, wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Oberpfalz. Die Stiftung engagiert sich als treibender Teil eines Netzwerks aus Kommunen, Institutionen, Hochschulen, Forschungseinrichtungen und Bildungsträgern, um für die Wissensregion Oberpfalz Zukunftskonzepte zu generieren: Bildung 4.0 für eine Gesellschaft 4.0. Inspiriert von der Idee, dass Bildung der Schlüssel zu einer besseren Zukunft ist, schafft die Stiftung breit gefächerte Inhalte, um innovative Projekte sowie Aus- und Weiterbildungsangebote auf ein neues Niveau zu heben.

Das Projekt der Stiftung »Agil leben im Alter« (ALIA) zur Etablierung sorgender Gemeinschaften (caring communities) und zur Stärkung kommunaler Demografieresilienz in ländlichen Regionen steht exemplarisch hierfür. Es adressiert dabei alle vier angeführten Einflussfaktoren, um eine sozialraumbezogene Sorge- und Pflegekultur zu ermöglichen (Rester). Die Stiftung sieht darin ein großes Potenzial zur partizipativen Gestaltung der Heimat insbesondere zur Unterstützung betroffener Familien mit Pflegesituation. Eine große Rolle spielt dabei auch die digitale Teilhabe, die in einer alternden Gesellschaft und einer gleichzeitig stattfindenden Globalisierung an Bedeutung gewinnt.

Im Rahmen des Projekts ALIA werden unterschiedliche Formate der Zusammenarbeit mit den drei Herausgeber*innen verwirklicht. Exemplarisch steht dafür ein Workshop zur Technik und Digitalisierung für ein Bauvorhaben mit neuer Sorge- und Pflegkultur (Hanna Brandt und Christian Heidl). Im Rahmen einer Bürger- und Pflegemesse konnten die Ergebnisse aus dem Projekt DeinHaus 4.0 Oberpfalz (Karsten Weber) zur Sensibilisierung für neue Technologien und Digitalisierung vorgestellt werden. Seine Expertise trägt dabei das Renommee des Regensburg Center of Health Sciences and Technology (RCHST) sowie des Instituts für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung (IST) der OTH Regensburg.

Dieser Sammelband hat das Ziel, die Diskussion für eine veränderte Kultur von Sorge und Pflege anzuregen, zu unterstützen und zu fördern.

Prof. Dr. Erich Bauer
Vorstandsvorsitzender

Zwischen Technik, Vielfalt und Strukturen
Eine Einleitung und Übersicht

Karsten Weber, Hanna Brandt, Christian Heidl

Herausforderungen

Wie so viele Aufsätze, Bücher, Sammelbände und andere Texte, die sich mit Pflege beschäftigen, beginnt auch dieser mit Binsenwahrheiten: Jede*r kennt sie, jede*r weiß, dass sie zutreffen und trotzdem kann man diese Binsen gar nicht oft genug wiederholen, denn Entwicklungen, die an der Situation der Pflege etwas zum Guten hin verändern könnten, verlaufen, wenn sie überhaupt stattfinden, in der Regel sehr langsam ab.

Die Pflege steht im Zentrum tiefgreifender gesellschaftlicher, technischer und organisationaler Transformationsprozesse. Insbesondere im Kontext eines wachsenden Pflegebedarfs, des anhaltenden Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung wird deutlich, dass pflegerische Versorgung nicht mehr allein durch klassisch-analoge Strukturen aufrechterhalten werden kann. Aktuell und zukünftig benötigt es im Rahmen der Digitalisierung und technischen Assistenzsysteme, welche zunehmend an Bedeutung gewinnen – nicht nur als Hilfsmittel zur Entlastung von Pflegepersonal, sondern auch als Treiber neuer Qualifikationsanforderungen und kultureller Veränderungen innerhalb pflegerischer Organisationen – die Implementierung von Innovationen. In diesem Kontext treten Fragen zutage, wie sich die Pflegekultur im Sinne einer Organisationskultur verändern müsste, damit aktuelle und zukünftige Herausforderungen (Pflegenotstand, demografischer Wandel, Finanzierung etc.) gemeistert werden können.

Aktuelle Herausforderungen legen nahe, dass mit dem Fokus auf Technik und Digitalisierung in der Pflege allein jedoch keine strukturellen Probleme gelöst werden können. Vielmehr ist eine Implementierung neuer digitaler Anwendungen und Systemen stets eingebettet in soziale, organisationale und kulturelle Kontexte – wollte man hier noch genauer unterscheiden (und das sollte man dringend), müsste man zudem politische und ökonomische Aspekte hervorheben, denn erstens wird sich die Situation der Pflege nur dann nachhaltig ändern lassen, wenn es dazu

einen allgemeinen politischen Willen gibt, und zweitens werden alle Maßnahmen zu dieser Veränderung stets unter dem Vorbehalt der Finanzierung stehen.

Das häufige Scheitern – zumindest gemessen an den so oft überschießenden Hoffnungen – der Implementierung technischer Innovationen in der Pflegepraxis verweist auf die Notwendigkeit, nicht nur technische Machbarkeit, sondern auch kulturelle Anschlussfähigkeit und partizipative Prozesse zu berücksichtigen. Pflegeeinrichtungen als soziale Systeme erfordern eine gelebte Unternehmenskultur, die Aspekte wie Kommunikation, Emotionen, Vertrauen und zwischenmenschliche Beziehungen ebenso adressiert wie Effizienz und Funktionalität sowie strukturierte Prozesse. Was benötigt wird, ist eine Kombination aus den genannten Aspekten, um eine vertrauensvolle und verlässliche Unternehmenskultur gepaart mit Strukturen und Prozessen nachhaltig zu entwickeln und zu implementieren. Erneut muss betont werden: Dazu müssen ein geeignetes politisches Umfeld und die notwendigen finanziellen Ressourcen vorhanden sein. In Hinblick auf die Politik darf man inzwischen vorsichtig optimistisch sein, da eine angemessene Pflegeversorgung angesichts der demografischen Struktur der Bevölkerung durchaus ein Wahlkampfthema sein kann. Hinsichtlich der finanziellen Ressourcen jedoch wird der bloße Ruf nach mehr Mitteln nicht möglich sein, denn schaut man sich die Sozialversicherungsbeiträge an, so stellen diese inzwischen eine erhebliche finanzielle Belastung für die Beschäftigten dar, so dass man an dieser Stellschraube nicht mehr sehr viel weiterdrehen kann. Es wird also notwendig sein, Lösungen zu finden, die nicht daraus bestehen – um es flapsig zu sagen –, dass man das Problem mit Geld zukleistert.

Um die Situation der Pflege verändern zu können, müssen die vorhin schon genannten sozialen und kulturellen Faktoren viel genauer betrachtet werden, um zu einer Pflegekultur zu gelangen, die mit den bestehenden (und vermutlich noch entstehenden) Herausforderungen umzugehen hilft. Wenn auch der Pflegenotstand in der Öffentlichkeit im Vordergrund steht, so gilt es doch zu bedenken, dass Lösungen selbst zu neuen Herausforderungen führen: Wenn eine Lösung des Personalmangels bspw. darin gesehen wird, dass Pflegekräfte aus anderen Ländern angeworben werden, dann bedeutet das eben auch, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen aufeinandertreffen. Das mag bereichernd sein, wenn es auf die richtige Weise geschieht, aber birgt doch Fallstricke – die offensichtlichste Hürde sind Sprachbarrieren. Doch es gibt in diesem Zusammenhang viel mehr zu beachten: Kulturwandel in der Pflege, Migration bzw. Migrant*innen in der Pflege – sowohl auf der Seite der Gepflegten wie der Pflegenden und Angehörigen –, Machtstrukturen in der Pflege sowie der oft genannte Einsatz von mehr Technik in der Pflege, meist zusammengefasst mit dem Begriff der Digitalisierung. All diese Themen und Herausforderungen tauchen zudem auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Analyse- und Handlungsebenen auf, meist wird hier zwischen der Makro-, Meso- und Mikroebene unterschieden.

Ein fortschreitender Kulturwandel in der Pflege erfordert eine kritische Auseinandersetzung mit tradierten Rollenbildern, Hierarchien und der Frage, wie Pflege in einer zunehmend pluralisierten Gesellschaft unter Ressourcenengpässen und massiven demografischen Veränderungen definiert und gestaltet werden könnte und müsste.

Nicht alle diese Aspekte können im vorliegenden Sammelband in gleicher Weise behandelt werden; daher sollen zwei Themen kurz hervorgehoben werden, weil zu vermuten ist, dass hier Herausforderungen bestehen, die möglicherweise in der Fachdiskussion behandelt werden, aber oft nicht in der Öffentlichkeit. Der Aspekt der Migration bzw. der Migrant*innen in der Pflege legt eine doppelte Betrachtungsweise nahe: Einerseits als biografische Realität vieler Pflegebedürftiger, andererseits als Erfahrung zahlreicher Pflegekräfte mit internationaler Herkunft, deren Integration und Anerkennung zentrale Herausforderungen der Gegenwart darstellen: Wie muss das Thema Migration sowohl in Hinblick auf die gepflegten als auch die pflegenden Personen durch einen Wandel der Pflegekultur adressiert werden, damit die Integration ausländischer Pflegekräfte und die Pflege migrierter Personen gelingen und nicht zu einer weiteren Herausforderung für das Pflegesystem werden?

Solche Fragen führen beinahe automatisch zu einer weiteren Thematik von erheblicher Bedeutung, denn Migrant*innen, aber auch viele andere Stakeholder*innen in der Pflege erfahren alltäglich, dass ihre Möglichkeiten der (Mit-)Gestaltung begrenzt sind, weil sie nicht die Macht besitzen, Veränderungen zu initiieren. Machtstrukturen und deren Auswirkungen auf die Pflege als Profession und auf die Stakeholder*innen müssen daher viel stärker als bisher fokussiert werden, denn daraus resultieren Fragen, deren Beantwortung zu weitreichenden Veränderungen in der Pflegekultur führen könnten und vermutlich müssten: Wer entscheidet über pflegerische Standards, über Ressourcenzuteilung und über die Gestaltung von Technik und Organisation? Wie lassen sich asymmetrische Verhältnisse zwischen Professionen, Geschlechtern und Kulturen reflektieren und produktiv verändern? Hierbei bedarf es einen Fokus auf Machtstrukturen und Partizipation. Es stellen sich weitere Fragen danach, wie bspw. Macht- und Herrschaftsstrukturen bzw. Hierarchien aufgebrochen oder zumindest verändert werden können, um den Wandel der Pflegekultur im gerade skizzierten Sinne möglich werden zu lassen?

Der vorliegende Sammelband beinhaltet Beiträge, die eine Pflegekultur als vielschichtiges, dynamisches Gefüge begreifen. Im Zusammenspiel von Technik, Kultur, Migration und Macht entstehen neue Spannungsfelder, aber auch Chancen für eine zukunftsfähige Pflegepraxis. Das Ziel ist es, Perspektiven zu eröffnen, damit Gesundheits- und Pflegeversorgung nicht nur aus einer funktionalen Perspektive betrachtet werden, sondern als kulturelle Praktiken verstanden werden – Praktiken, die insbesondere Vertrauen, Vielfalt und Entwicklung in den Pflege- und Versorgungsalltag rücken sollen. Es bedarf einer organisationalen Transformation

und Mindset-Änderung, um die genannten Aspekte nachhaltig umzusetzen und eine entsprechende positive kulturelle Atmosphäre, aus der alle Beteiligten aus den unterschiedlichen Analyse- und Handlungsebenen einen effektiven Nutzen ziehen können und eine positive funktionierende Pflegekultur kreiert und entwickelt werden kann.

Das mag ein wenig nach »Friede, Freude, Eierkuchen« klingen, doch es darf nicht vergessen werden, dass Pflege auch ein wirtschaftlicher Handlungsbereich ist, der durch handfeste Interessen aufseiten aller Stakeholder*innen (mit-)geprägt wird: Die Pflegenden erwarten angemessene Arbeitsbedingungen und Entgelte, die Gepflegten wollen mit Respekt behandelt und nicht nur verwahrt werden, die Versicherten wollen nicht noch höhere Beiträge entrichten, die Pflegeanbieter als Unternehmen müssen mindestens kostendeckend oder noch besser gewinnbringend operieren können, Pflegeanbieter als zuweilen weltanschaulich geprägte Organisationen wollen spezifische Werte realisieren.

Diese Liste der Interessen ist mit Sicherheit unvollständig, aber was an dieser Aufzählung hoffentlich deutlich wird ist, dass es sich hierbei zunächst um legitime Interessen handelt. Man mag bspw. ein Problem mit konfessionell gebundenen Pflegeanbietern haben, aber sie sind zum einen eine nicht zu leugnende Realität und zum anderen bedienen sie Erwartungen aufseiten der Gepflegten; es wäre schlechterdings absurd zu fordern, dass es spezifische Pflegeangebote für Muslime geben müsse, um deren legitime soziale kulturelle und spirituelle Bedürfnisse zu adressieren, und im gleichen Zug katholische oder evangelische Angebote abzulehnen. Das heißt aber nicht, dass die Normen und Werte, die mit solchen Angeboten notwendigerweise einhergehen, nicht kritisch hinterfragt werden dürften; es heißt auch nicht, dass konfessionell gebundene Organisationen gleichsam privilegiert sein sollten, bspw. in Hinblick auf die Gestaltung der Bedingungen von Arbeitsverträgen. Das sind jedoch Themen, die im vorliegenden Sammelband nicht auftauchen werden, doch ist es dem Herausgeber*innenteam wichtig, auf solche Themen zumindest hinzuweisen, um damit vielleicht einen kleinen Anstoß zu einer weiterführenden Debatte zu geben.

Struktur des Sammelbands

In diesem Band wird Pflege und Pflegekultur behandelt, doch an der sicherlich unvollständigen Beschreibung der Herausforderungen, vor denen die Pflege steht und die durch eine (neue) Pflegekultur adressiert werden sollen, wird bereits deutlich, dass es sich hierbei nicht um einen monolithischen Themenblock handelt, sondern um ein vielschichtiges Phänomen. Das wiederum erfordert unterschiedliche Perspektiven auf die einzelnen Aspekte dieses komplexen Phänomens, was für jene, die

dazu Beiträge leisten möchten, die Frage aufwirft, wie man diese Aspekte anordnen und sortieren soll.

Diese Frage mussten wir als Herausgeber*innenteam ebenfalls beantworten. Ordnungen sind aber immer willkürlich; es gibt keine natürliche Reihenfolge der einzelnen Aspekte, die man im Zusammenhang mit Pflege und Pflegekultur behandeln kann und muss. Daher waren wir zunächst versucht, eine rein alphabetische Reihenfolge der Beiträge entsprechend der Autor*innennachnamen zu wählen – zumindest hat eine solche Anordnung den Vorteil, dass damit nur schwerlich eine Relevanzaussage verbunden werden kann. Der Nachteil ist jedoch, dass auf diese Weise Bezüge zwischen den einzelnen Beiträgen schwerer herzustellen sind bzw. verdeckt werden. Daher haben uns schließlich doch dazu entschieden, eine thematische Ordnung der Beiträge zu erstellen. Diese ist ohne jeden Zweifel willkürlich und kontingent, aber wir hoffen trotzdem, dass deren Sinnhaftigkeit erkennbar wird.

Den Anfang machen drei Beiträge, die wir in die – mehr oder minder scharf umrissene – Rubrik der Praxis eingeordnet haben: Das sind die Beiträge von Rester, Hofstetter et al. sowie Klemm et al. Diese drei Beiträge zeichnen sich dadurch aus, dass sie sehr konkrete Maßnahmen bzw. Projekte beschreiben, die zum Ziel haben, sowohl Technik in die Pflege zu bringen als auch dazu beizutragen, dass diese Technik dann auch wirklich eingesetzt wird – und dazu bedarf es nicht selten eines Wandels in der Pflegekultur.

Im zweiten Block, in dem kulturelle Herausforderungen behandelt werden, werden die Beiträge von Stang et al., Alnatour und Seeberger, Misamer, Rampp und Nass sowie Heckel und Öhl zusammengefasst. Natürlich spielen Technik und Praxis in diesen Beiträgen auch eine Rolle, aber sie stellen doch kulturelle Aspekte in den Vordergrund – Kultur sowohl im Sinne der Pflegekultur als auch im Sinne von kulturellen Hintergründen der Gepflegten und Pflegenden.

Der dritte Block stellt in gewisser Weise das Komplement zum zweiten Block dar – stand dort die Kultur im Vordergrund und die Technik allenfalls im Hintergrund, ist es hier gerade umgekehrt. Die Autor*innen der Beiträge des dritten Blocks beschreiben den technologischen Wandel und die damit für die Pflege verfügbar werdende Technik und fragen dann in mehr oder minder ausführlicher Weise, wie sich die Einführung dieser Technik auf Pflege und Pflegekultur vermutlich auswirken wird.

Der vierte und letzte Block fasst Beiträge zusammen, die in der Debatte um Pflege und Pflegekultur – zumal in der öffentlichen Diskussion – zuweilen zu kurz zu kommen scheinen. Technik in der Pflege darf nicht um ihrer selbst willen eingeführt werden, sondern muss einen messbaren Nutzen erbringen, doch wie dieser zu messen wäre, ist gar nicht so klar. Technik in der Pflege muss zudem finanziert werden und finanzierbar sein, was angesichts der schon heute sehr hohen Sozialversicherungsbeiträge aus unselbständiger Arbeit herausfordernd ist. Schließlich muss man

feststellen, dass viele Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Kontext der Pflege wenig nachhaltig in dem Sinne sind, dass deren Ergebnisse nach Ende solcher Projekte oftmals regelrecht verschwinden. Die Beiträge von Swoboda et al., Zerth sowie Mücke und Weber versuchen hierauf hinzuweisen.

Die Beiträge

David Rester beschreibt in seinem Beitrag eine »[g]esamtgesellschaftliche sozialraumbezogene Sorge- und Pflegekultur«. Gerade weil Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe schon von Gesetzes wegen verstanden werden muss, plädiert er dafür, dass eine gelingende Pflege nur dann erreicht werden kann, wenn sie als Aufgabe im Sozialraum verstanden wird – als Auftrag, der gerade in Hinblick auf die unmittelbaren Kontakte zu den gepflegten Personen in Nahbeziehungen erledigt wird. Es geht also um die (Weiter-)Entwicklung einer lokalen Sorgekultur. Der Autor ist mit dieser Konzeption und Forderung natürlich nicht allein: Zahlreiche Dokumente, ob aus dem Bundesfamilienministerium (BMFSFJ), von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) oder dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (BayStMGP) stoßen in dasselbe Horn. Doch eine Forderung bedeutet nicht notwendigerweise deren Umsetzung. Dafür braucht es Personen und Organisationen, die bereit sind, lokal Verantwortung zu übernehmen. David Rester beschreibt in seinem Beitrag nun ein entsprechendes Modellprojekt, das mit dem Anspruch einhergeht, den Rahmen für eine neue Denkweise als soziale Innovation in der Pflege zu schaffen. Seit 2018 wird das Projekt »Agil leben im Alter« (ALIA) in Partnerschaft der Lars und Christian Engel (LUCE) Stiftung mit dem Verein zur Förderung der seelischen Gesundheit im Alter e.V. (SEGA) sowie Kommunen und weiteren zivilgesellschaftlichen und unternehmerischen Akteur*innen betrieben. ALIA kann als gelebtes Best-Practice-Beispiel begriffen werden, mit aufgezeigt wird, was unter spezifischen lokalen Bedingungen möglich ist und erreicht werden kann. Ohne Zweifel kann nicht alles, was in ALIA umgesetzt wurde, an anderen Orten in gleicher Weise realisiert werden, da sich eben die Umstände, die beteiligten Stakeholder*innen und viele andere Faktoren unterscheiden. ALIA eröffnet jedoch einen Möglichkeitsraum und gibt Orientierung für die Realisierung ähnlicher lokaler Vorhaben.

»Translationsregionen als habitueller Raum für die digitalisierte Gesundheitsversorgung« sind das Thema von **Sebastian Hofstetter, Bernhard Kraft, Annabell Gangnus, Uta Kirchner-Heklau, Karsten Schwarz und Patrick Jahn**. Die Digitalisierung ist nicht nur eine technologische Entwicklung, sondern ein tiefgreifender sozialer Transformationsprozess, der die Gesundheitsversorgung neu strukturiert. In diesem Kontext gewinnen **Translationsregionen** an Bedeutung – interdisziplinäre Räume, in denen Wissenschaft, Technologieentwicklung und Pflegepraxis zu-

sammenwirken, um digitale Lösungen in die Versorgung zu integrieren. Diese hybriden Versorgungsräume verbinden digitale und analoge Strukturen, ermöglichen Wissenstransfer und fördern die nachhaltige Verankerung digitaler Technologien. Die Habitualisierung digital unterstützter Pflege- und Gesundheitsversorgung ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Implementierung neuer Technologien. Durch digitale Vernetzung und innovative Versorgungsmodelle verändert sich der Pflegehabitus – tradierte, erfahrungsbasierte Routinen werden durch datenbasierte, technisierte Arbeitsweisen ergänzt oder herausgefordert. Dies stellt Pflegefachkräfte vor neue Anforderungen, erfordert digitale Kompetenz und die Reflexion über die Auswirkungen der Digitalisierung auf zwischenmenschliche Interaktionen. Die digitale Pflegegesellschaft bietet Chancen wie Effizienzsteigerung und verbesserte Versorgungsqualität, birgt jedoch auch Herausforderungen hinsichtlich Akzeptanz, ethischer Fragen und der praktischen Umsetzung in die Pflegeroutine. Die TDG-Region an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg dient als Modell, um zu erforschen, wie digitale Pflegeumgebungen gestaltet und nachhaltig in die Gesundheitsversorgung integriert werden können. Translationsregionen fungieren somit als Schlüsselräume für die Analyse und Gestaltung digitaler Transformationsprozesse und tragen zur Weiterentwicklung der Pflege in einer zunehmend technisierten Gesellschaft bei.

Marlene Klemm, Tanja Pollak und Gabriele Obser fragen, ob die »Digitalisierung in der Pflege« ein »Katalysator für Veränderung und Kulturwandel« sein könnte. Während digitale Lösungen Arbeitsprozesse erleichtern und die Pflegequalität steigern können, bringen sie auch Herausforderungen mit sich, insbesondere wenn der digitale Wandel als Druck wahrgenommen wird. Damit Pflegeeinrichtungen die Komplexität der Technologieimplementierung erkennen, verstehen und beherrschen, bietet das NASSS-Framework einen strukturierenden Ansatz, um Hindernisse frühzeitig zu identifizieren und zu überwinden. Ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Digitalisierung ist die Rolle der Führung; diese muss nicht nur technologische Innovationen steuern, sondern auch kulturellen Wandel begleiten, Mitarbeitende einbinden und Unsicherheiten abbauen. In diesem Kontext stellt sich die Frage: Kann Pflege »lean« gemanagt werden? Effiziente, ressourcenschonende Prozesse können dazu beitragen, den digitalen Wandel zu erleichtern, sofern sie sinnvoll in die Unternehmenskultur integriert werden. Schlüsselakteur*innen der digitalen Transformation sind Key User, Multiplikator*innen und Innovationslots*innen, die als Bindeglieder zwischen Technologie, Teams und Führung fungieren. Teamarbeit ist hierbei essenziell: Die Einbindung aller Mitarbeitenden durch Hands-On-Ansätze, Schulungen, Workshops und Probierwochen fördert Akzeptanz und Selbstwirksamkeit. Praxisorientierte Formate wie Demo Days für Fach- und Führungskräfte oder Workshops mit Herstellerschulungen helfen dabei, Unsicherheiten abzubauen und digitale Lösungen nachhaltig in den Pflegealltag zu integrieren. Das Pflegepraxiszentrum (PPZ) Nürnberg zeigt,

dass die Einführung digitaler Technologien nicht nur technisches, sondern auch kulturelles Umdenken erfordert. Die Transformation gelingt dann, wenn digitale Lösungen nicht als Bedrohung, sondern als Chance wahrgenommen werden – vorausgesetzt, sie werden mit der richtigen Strategie, ausreichender Schulung und aktiver Beteiligung aller Stakeholder*innen umgesetzt.

Sexualität, so schreiben **Philipp Stang, Yvonne Sedelmaier, Hanna Brandt und Christian Heidl**, begleitet den Menschen lebenslang und trägt bedeutsam zur Lebensqualität, psychischen und physischen Gesundheit sowie zum Wohlbefinden bei. Bezogen auf das Alter ist Sexualität weiterhin ein wesentlicher Aspekt, welcher jedoch oftmals eine gesellschaftliche Tabuisierung erfährt, wie das der Stigmatisierung oder auch Verdrängung. Dabei kann auch im hohen Alter Sexualität in verschiedenen Formen wie Zärtlichkeit, Intimität, Erotik und Genitalsexualität gelebt werden und sich positiv auf den Selbstwert, das Immunsystem und die psychische Stabilität auswirken. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass sexuelle Interessen und Bedürfnisse im Alter sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und bei Männern häufiger Genitalsexualität und bei Frauen Zärtlichkeit im Vordergrund steht. Viele Frauen empfinden ein Bedürfnis nach Sexualität, auch wenn sie dieses nicht aktiv leben. Hierbei spielt für Frauen die Partnerschaft eine größere Rolle als sexuelle Aktivität für Männer. In der stationären Langzeitpflege ist Sexualität ein relevantes Thema, das jedoch oftmals von institutionellen Rahmenbedingungen, mangelnder Privatsphäre und fehlender Aufklärung begleitet ist. Pflegekräfte sehen sich mit vielfältigen sexuellen Ausdrucksformen älterer Menschen konfrontiert. Gleichzeitig kann es auch zu sexuell grenzüberschreitenden Verhalten kommen, was bspw. psychische Belastungen nach sich ziehen kann. Hierbei sind Schutzstrategien und Psychohygiene für Pflegepersonal essenzielle Aspekte. Bewohner*innen selbst erfahren teilweise sexuelle Gewalt – sowohl innerhalb als auch außerhalb von Einrichtungen. Das Forschungsprojekt »LBS-isLP« analysierte anhand eines Mixed-Methods-Ansatzes die Perspektiven von Pflegepersonal, Bewohnenden und Angehörigen. Ziel war es, zur Enttabuisierung beizutragen, gesundheitsfördernde Effekte gelebter Sexualität zu untersuchen und digitale Innovationen in diesem Kontext zu erproben. Erste Ergebnisse zeigen, dass sexuelle Bedürfnisse älterer Menschen sehr individuell sind und Sexualität auch im Pflegealltag ein alltägliches, jedoch herausforderndes Thema bleibt, das professionelle Kompetenz und ethische Sensibilität erfordert.

Jalal Alnatour und Bernd Seeberger analysieren in ihrem Beitrag »Migration und kultursensible Pflege in Deutschland« Migration und Pflege im Kontext des deutschen Gesundheitssystems sowie Herausforderungen und Potenziale kultursensibler Pflege. Angesichts des demografischen Wandels, in dem die Gesellschaft altert und kulturell vielfältiger wird, muss sich das Pflegesystem auf neue Zielgruppen und Mitarbeitende einstellen, mithin also einen doppelten Kulturwandel durchlaufen. Die Autoren weisen zunächst darauf hin, dass der Anteil der Menschen

mit Migrationshintergrund in Deutschland bei fast 30 % liegt und daher damit zu rechnen ist, dass diese Menschen absehbar pflegebedürftig werden. Aufgrund kultureller Erwartungen, Sprachbarrieren, Misstrauen gegenüber Pflegeeinrichtungen sowie der Unkenntnis über ihre Ansprüche bleibt bisher die familiäre Pflege oft die bevorzugte Versorgungsform, was langfristig Konflikte herbeiführen könnte. Die Versorgung pflegebedürftiger Migrant*innen stößt auf strukturelle Hürden und institutionelle Barrieren. Daher stellt kultursensible Pflege nicht nur ein theoretisches Konzept dar, sondern eine dringende Notwendigkeit, um Versorgungsungleichheiten abzubauen und Pflegequalität zu sichern. Komplementär dazu gilt es die Rolle der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund anzuerkennen, da diese eine tragende Säule im Pflegebetrieb darstellen, aber gleichzeitig vor vielfältige Herausforderungen gestellt sind: aufwändige Anerkennungsverfahren, unklare Karrierechancen oder Diskriminierungserfahrungen. Der Beitrag geht auf Modelle der kultursensiblen Pflege ein, die Bestandteil der Pflegeausbildung und -praxis werden sollten, sowie auf konkrete Projekte, in denen kultursensible Aspekte der Pflege umgesetzt werden sollen. Schließlich werden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die dazu beitragen können, Kultursensibilität in der Pflegepraxis zu realisieren.

Melanie Misamer entwickelt »[e]in Machtkonzept für Sozial- und Pflegeberufe«. Macht ist ein vielschichtiges Konzept, das sowohl negative als auch neutrale Bedeutungen haben kann. Während einige Definitionen Macht als repressiv oder destruktiv betrachten, wird sie zunehmend als neutrales Potenzial verstanden, das je nach Anwendung positive oder negative Effekte haben kann. Ein multidisziplinäres dimensionales Machtkonzept ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der Mechanismen, durch die Macht in sozialen Interaktionen wirkt. Die Formen der Machtanwendung sind situationsabhängig und können entweder befreiend oder unterdrückend sein. Dabei zeigt sich, dass Macht nicht nur in ihrer offensichtlichen Ausübung, sondern bereits in ihrer bloßen Existenz wirkt. In pflegerischen und sozialen Berufen kann destruktive Machtausübung Ohnmacht hervorrufen, während eine reflektierte, partizipative Anwendung von Macht das Gegenüber stärkt. Das Spannungsfeld zwischen Macht und Ohnmacht verdeutlicht, warum eine bewusste und reflektierte Machtausübung essenziell ist. Machtsensibilität als Handlungskonzept gewinnt zunehmend an Bedeutung, insbesondere in Berufen mit asymmetrischen Machtverhältnissen, wie der Pflege oder der Sozialen Arbeit. Sie dient dazu, Ungleichgewichte zu erkennen und aktiv gegenzusteuern, um den »schwächeren« Part – bspw. Patient*innen oder Klient*innen – zu schützen und zu stärken. Dennoch gibt es noch sozialpsychologische Fallstricke der eigenen Wahrnehmung, die dazu führen, dass die eigene Macht oft unterschätzt, die Macht anderer jedoch als problematisch empfunden wird. Diese Verzerrungen machen es notwendig, Machtsensibilität nicht nur als individuelles, sondern auch als strukturelles Konzept zu betrachten. Machtsensibilität in der Praxis bedeutet, dass Machtme-

chanismen bewusst reflektiert und professionell gehandhabt werden. Obwohl die Forschung dazu noch in den Anfängen steckt, gibt es erste Ansätze, die zeigen, wie Machtsensibilität systematisch in berufsethische Leitlinien und Praxisstrukturen integriert werden kann. Letztlich bedeutet Machtsensibilität, sich aktiv mit Machtstrukturen auseinanderzusetzen und diese verantwortungsbewusst zu gestalten.

Ein »Strategiepapier aus Sicht der Pflegenden« zur »[g]ute[n] professionelle[n] Pflege« legen **Anita Rampp und Elmar Nass** vor. Der auch öffentlich wahrgenommene Pflegenotstand stellt professionelle Vorstellungen und Ideale guter Pflege infrage, da gute Pflege Zeit benötigt, die im Alltag aufgrund des eklatanten Personalmangels oft nicht gegeben ist. Dies stellt nicht nur ein Problem in Hinblick auf die Qualität der an den zu Pflegenden erbrachten Leistungen und in Bezug auf die Überlastung der vorhandenen Pflegekräfte dar, sondern stellt das die moralischen Überzeugungen, das Berufsethos und die professionellen Standards, denen sich Pflegende im Sinne einer Pflegekultur verpflichtet fühlen, infrage. Anita Rampp und Elmar Nass zeigen auf, dass die in den letzten Jahren ergriffenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation, so sinnvoll und notwendig sie sein mögen, zu weiteren Herausforderungen im Sinne einer Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit beitragen. Festzumachen sei das, so die Autor*innen, bspw. an der Akademisierung der Pflege und dem Trend zur generalistischen Ausbildung. Beide Maßnahmen versprechen eine Qualitätsverbesserung, setzen dabei aber Standards, die angesichts des Pflegenotstands noch schwieriger in die Praxis umgesetzt werden können – die Infragestellung professioneller Ansprüche wird also eher verstärkt. Aus einer dezidiert christlichen Perspektive wird zunächst eine Bilanzierung der aktuellen Situation versucht, um dann Wege aufzuzeigen, wie diese verbessert werden könnte.

Maria Heckel und Natalie Öhl untersuchen, ob und gegebenenfalls, wie der technische Fortschritt die Fürsorge im Rahmen der Palliativkultur beeinflusst. Die Digitalisierung verändert die Gesellschaft und das Gesundheitswesen grundlegend – auch die Palliativversorgung bleibt davon nicht unberührt. Der Beitrag thematisiert das Spannungsfeld zwischen Palliativkultur, professioneller Haltung und technologischer Innovation. Dabei stehen Themen wie Effizienz versus Menschlichkeit, Datenbasierung versus Erfahrungswissen sowie technische Integration versus Praxistauglichkeit im Fokus. Während digitale Technologien neue Möglichkeiten zur Unterstützung der Palliativversorgung bieten, gibt es auch Bedenken hinsichtlich der Wahrung menschlicher Nähe und einer patient*innen-zentrierten Versorgung. Die digitale Transformation bringt nicht nur technische, sondern auch kulturelle Veränderungen mit sich, die sich auf die Palliativkultur und die professionelle Haltung auswirken. Der Beitrag diskutiert Lösungsansätze, um die Potenziale technologischer Entwicklungen sinnvoll in die Palliativversorgung zu integrieren, ohne die essenziellen Werte von Palliative Care zu gefährden. Ziel ist es, die Balance zwischen Innovation und bewährten Prinzipien zu finden, um sowohl

Effizienz als auch Menschlichkeit in der Versorgung schwerstkranker Menschen zu gewährleisten.

Christian Heidl, Ines Simbrig und Gerhard Müller untersuchen, welche »Chancen, Herausforderungen und Zukunftsausperspektiven« mit der »Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung« einhergehen. Deutschland und Österreich stehen vor der Herausforderung, die Pflegeversorgung angesichts demografischer Entwicklungen und Fachkräftemangel nachhaltig sicherzustellen und gleichzeitig qualitativ innovativ zu entwickeln. Bis 2070 wird ein deutlicher Anstieg an pflegebedürftigen Menschen prognostiziert. Gleichzeitig fehlen bereits heute tausende Pflegefachkräfte. Neben personellen Maßnahmen wird dabei der Aspekte der Digitalisierung als Schlüssel zur Zukunft der Pflege betrachtet. Technologien wie KI, Robotik oder Telemedizin sollen Arbeitsprozesse optimieren, Pflegekräfte entlasten und die Versorgungsqualität verbessern. Jedoch erfordert eine erfolgreiche Implementierung eine technische Machbarkeit, Akzeptanz durch Pflegebedürftige sowie Schulungen und Kompetenzentwicklungen des Pflegepersonals. Aus der Perspektive der Digitalisierung sollen digitale Innovationen auf drei Ebenen betrachtet werden: Auf der Makroebene fördern politische Strategien und Programme wie das DVPMG die Digitalisierung, jedoch fehlen vielfach ausreichende Investitionen. Auf der Mesoebene sollen smarte Technologien wie digitale Dokumentation, Sensoren und telemedizinischen Systeme die Organisation, Effizienz und Sicherheit in Pflegeeinrichtungen verbessern. Auf Basis der Mikroebene können pflegebedürftige Menschen durch vermehrte Selbstständigkeit und Sicherheit davon profitieren – etwa durch intelligente Betten oder robotische Assistenzsysteme –, während Pflegekräfte durch Automatisierung entlastet werden. Zugleich bestehen Herausforderungen, die die Digitalisierung mit sich bringt, wie bspw. der Datenschutz, die Interoperabilität von Systemen, eine geringe Akzeptanz durch prospektive Nutzer*innen, hohe Kosten sowie eine fehlende digitale Infrastruktur, die die aktuelle Umsetzung herausfordern. Als Lösung können hierbei Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung eine wesentliche Rolle spielen. Diese sollen dabei unterstützen, Innovationen zu bündeln, zu vermitteln, zu erproben und Schulungen anzubieten. Perspektivisch könnten sie zu zentralen Schnittstellen zwischen Wissenschaft, Praxis, Technologieentwicklung und Politik werden. Ziel hierbei ist, die Entwicklung einer zukunftsorientierten, menschenzentrierten Pflegekultur voranzutreiben und zu etablieren, die technologische und soziale Aspekte sinnvoll verbindet und den Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft gerecht wird.

Im Beitrag »Technologiegestützte Sturzprävention: Die Rolle der Digitalisierung und der Assistenzsysteme im Pflegewesen« behandeln **Christine Fiedler, Michael Teusch und Christian Heidl** die Sturzprävention als zentrales Thema in der pflegerischen Disziplin, da insbesondere ältere sowie körperlich oder kognitiv eingeschränkte Menschen ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen. Stürze können schwerwiegende körperliche, psychische und finanzielle Folgen haben und belasten

das Gesundheitssystem erheblich. Der Beitrag untersucht die Entwicklung analoger und digitaler Methoden zur Sturzprävention. Digitale Pflegeplanung und Pflegedokumentation ermöglichen eine präzisere Sturzrisikoeinschätzung und die gezielte Umsetzung präventiver pflegerischer Interventionen. Durch den Einsatz von Assistenzsystemen können Stürze frühzeitig erkannt oder verhindert werden. Dies verändert nicht nur die Arbeitsweise des Pflegepersonals, sondern auch den Fokus auf die Pflegeempfänger*innen. Neben den Chancen digitaler Technologien werden auch Herausforderungen diskutiert, insbesondere in Bezug auf die Akzeptanz, Implementierung und den Einfluss auf die Pflegekultur. Der Beitrag lädt dazu ein, die zukünftigen Entwicklungen kritisch zu reflektieren und eigene Perspektiven zur Weiterentwicklung der pflegerischen Praxis zu entwickeln.

Eric Steigmeier beschreibt ausführlich »[a]ssistive Technologien in der Pflege«. Zunächst wird die Motivation zur Entwicklung und zum Einsatz assistiver Technologien nicht nur in Bezug auf Deutschland, sondern mit einer weltweiten Perspektive rekapituliert. Dem folgt ein »Versuch der Systematisierung assistiver Technologien« – Versuch deshalb, weil es bisher keine allgemein akzeptierte Kategorisierung solcher Systeme gibt, die doch dringend notwendig wäre, um überhaupt nur über Technik in der Pflege sprechen zu können oder diese in Hinblick auf den Nutzen oder in Hinsicht auf ethische Fragen bewerten zu können. Der Autor geht dabei auf sogenannte Smart Devices, auf Robotik, Exoskelette und Hebehilfen ein – dabei wird klar, dass diese Kategorien zwar eine analytische Trennung der einzelnen Technologien erlauben, aber in der Praxis große Überschneidungen (bspw. bei Exoskeletten und Hebehilfen) existieren. Zum Schluss geht Eric Steigmeier auf die »[z]ukünftige[n] Herausforderungen assistiver Technologien« und schließt damit den Kreis, denn diese Herausforderungen sind eben nicht nur technischer Art, sondern betreffen all die Aspekte, die in den anderen Beiträgen des Sammelbands behandelt werden.

Walter Swoboda, Miriam Kappe, Anna Rothenhäusler und Nadine Seifert fragen, wie »Validität in der Pflege« geht und wer Validität braucht. Die Profession der Pflege wird in Deutschland vermehrt als eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin anerkannt – ein Wandel, der durch die Akademisierung des Berufsfelds und das wachsende Interesse an pflegerelevanter Forschung vorangetrieben wird. Im Zuge dieser Entwicklung entstand das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention geförderte Verbundprojekt CARE REGIO, das die Digitalisierung der Pflege im Raum Bayerisch-Schwaben sowohl initial als auch perspektivisch etablieren soll. Hierzu wurde ein einsetzbares Evaluations-Framework entwickelt, das eine objektive und vergleichbare Bewertung digitaler Pflegetechnologien ermöglicht. Ziel des Frameworks ist es, unterschiedliche Projekte anhand festgelegter Kriterien in ihrer Einheitlichkeit zu analysieren und zu bewerten, um in einem finanziell begrenzten Rahmen fundierte Priorisierungsentscheidungen treffen zu können. Das Framework zielt auf digitale Technologien, die der

Entlastung von Pflegekräfte gegenüberstehen, die Selbstständigkeit Pflegebedürftiger fördern, Angehörige unterstützen oder auch im Zuge der Aus- und Weiterbildung zum Einsatz kommen können. Bewertet werden die fünf Zielbereiche: Pflegebedürftige, Pflegende, Angehörige, Technik und Organisation. Ethische Prüfungen sind eine Verpflichtung und bei Verletzungen des Datenschutzes wird die Testphase unmittelbar unterbrochen. Darüber hinaus bewertet das Framework die technische Verfügbarkeit (Systembetriebszeiten in Prozent), die Datenqualität (z.B. durch manuelle Stichprobenkontrollen) sowie die Prozessperformance, insbesondere in Form zeitlicher Einsparungen bei pflegerischen Abläufen. Alle Ergebnisse werden zu einem Gesamtscore zusammengeführt, der auf dem statistischen Bewertungsverfahren Six Sigma basiert. Dieser Score ermöglicht eine standardisierte Einordnung des Projekterfolgs im Vergleich zu bestehenden Studien. Das Framework versteht sich als erster strukturierter Ansatz, um pflegewissenschaftliche Projekte vergleichbar zu machen und evidenzbasiert über ihre Integration in die Regelversorgung analysieren und entsprechend Entscheidungen zu treffen. Es erfordert jedoch eine fortlaufende Weiterentwicklung und Anpassung – insbesondere im Rahmen internationaler Messinstrumente, wo bis dato noch keine deutschsprachige Übersetzung vorliegt. Ziel ist eine fundierte Entscheidungsgrundlage für eine moderne, patient*innenzentrierte und effiziente Pflegepraxis zu entwickeln.

Jürgen Zerths Beitrag »Pflege-Unternehmen und Aspekte geteilter (ökonomischer) Interessen« strebt »[e]ine grundlegende Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Verantwortung und unternehmerischen Zielen« an. Pflegeunternehmen agieren im regulierten Quasi-Markt der Sozialwirtschaft, wo sie gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen unter marktwirtschaftlich beeinflussten Bedingungen anbieten. Das führt zu einem Zielkonflikt: Während die Bedarfsermittlung an sozialpolitischen Zielen orientiert ist, fehlt zur vollständigen Finanzierung die entsprechende Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der Klient*innen, was eine gesellschaftliche Kofinanzierung notwendig werden lässt. Daraus können sich komplexe Multi-Stakeholder-Beziehungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene ergeben, etwa zwischen Pflegekräften, Unternehmen, Kostenträgern und Klient*innen. Unternehmen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung stehen vor der Herausforderung, betriebswirtschaftliche Interessen mit professionellen Ansprüchen der Pflege zu vereinen. Besonders deutlich wird das im Beziehungsdreieck zwischen Pflegekassen, Pflegeunternehmen und Klient*innen. Sozialunternehmen sind gefordert, sowohl qualitätsvolle Leistungen zu erbringen als auch im Wettbewerb zu bestehen. Gleichzeitig prägen professionelle Standards und die Organisationsstrukturen die Ausgestaltung der Pflege. Der Text soll darlegen, dass eine idealtypische Pflegeorganisation multiple Zielsetzungen verfolgt – wirtschaftlich tragfähige Dienstleistungen und ergänzende, gemeinwohlorientierte Leistungen, z.B. Quartiersarbeit, deren Nutzen durch Mengeneffekt, Kosteneffekt und Mitarbeitereinbindung entstehen kann. Im Stakeholder*innenmodell

sind interne Pflegekräfte und externe Anspruchsgruppen, bspw. Pflegekassen, zu berücksichtigen. Dabei rücken auch Formen der Kooperation zwischen Einrichtungen in den Fokus. Es wird deutlich, dass Qualität in der Gesundheits- und Pflegeversorgung nicht nur von der Trägerschaft, sondern auch von personellen und strukturellen Bedingungen abhängig ist. Zusammenfassend betont der Beitrag somit die Notwendigkeit einer strategischen Steuerung in der Langzeitpflege unter Einbindung professioneller, organisatorischer und politischer Zielperspektiven.

Vanessa Mücke und Karsten Weber behandeln die Frage, wie Forschung und Entwicklung in und für die Pflege nachhaltiger gestaltet werden können. Viele Forschungsprojekte, nicht nur, aber eben auch mit Pflegebezug, enden nach der Zeit der finanziellen Förderung und hinterlassen kaum Spuren. Das ist in vielerlei Hinsicht ein Verlust für alle Stakeholder*innen: Das Know-how, das im Rahmen eines Projekts aufgebaut wurde, geht verloren, die Ergebnisse werden nur unzureichend in die Praxis kommuniziert, es werden keine längerfristigen Veränderungen eingeleitet. Dies schadet der Wissenschaft ebenso wie den Wissenschaftler*innen, aber genauso der jeweiligen Zielgruppe und der Domäne, in der geforscht wurde; ökonomisch gesehen werden die Ressourcen, die durch die öffentliche Hand und/oder Unternehmen aufgebracht wurden, nicht zum bestmöglichen Nutzen aller Beteiligten verwertet. Chancen werden vertan und eigentlich unnötige Mehrfachforschung provoziert. Anhand der Erfahrungen aus dem durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (BayStMGP) finanzierten Projekt *DeinHaus 4.0 Oberpfalz – TePUS* wird aufgezeigt, dass Maßnahmen, die zum Fortschritt eines Forschungsprojekts selbst essenziell sind, dafür geeignet sind, dessen Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit zu verbessern. Dazu gehört insbesondere der Aufbau und der Erhalt eines möglichst umfangreichen und diversen Stakeholder*innennetzwerks, das auch nach Ende einer Projektförderung genutzt werden kann, um Erkenntnisse weiterhin zu disseminieren, Expertise auf breiter Basis aufzubauen und Aufmerksamkeit für gesellschaftlich höchst relevante Themen zu schaffen. Sicher stellen die vorgestellten Maßnahmen keinen Generalschlüssel für Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit von Forschungsprojekten dar, aber geben als Best-Practice-Beispiele Hinweise, wie mit vergleichsweise wenig zusätzlichem Aufwand ein dauerhafter Mehrwert geschaffen werden kann.

Schluss

Weiter oben wurde bereits angedeutet, dass viele Themen, die für eine den neuen Bedingungen angepassten Pflegekultur wichtig wären, im vorliegenden Sammelband nicht behandelt oder allenfalls angeschnitten werden. Dies kann man natürlich als Mangel ansehen, liegt aber in der Natur der Sache: Wollten wir das gesamte Themenspektrum abdecken, wäre kein Sammelband entstanden, sondern hätte ei-

ne ganze Reihe von Monografien und Sammelbänden entstehen müssen – mit offenem Ende. Ein solches unabgeschlossenes Unterfangen konnten und wollten wir nicht beginnen.

Doch das Herausgeber*innenteam ist weder allein noch in irgendeiner Weise etwas Besonderes. An der Liste der Autor*innen am Schluss des vorliegenden Sammelbands wird bereits ersichtlich, dass sich viele Expert*innen mit dem Wandel der Pflegekultur, jeweils aus verschiedenen Perspektiven, beschäftigen – und auch diese Personen stellen nur einen Ausschnitt einer inzwischen recht großen Gruppe dar. Wir gehen davon aus, dass viele der in den Beiträgen angesprochenen und alle nicht behandelten Themen sowohl im Fachdialog als auch in der Öffentlichkeit in Zukunft wesentlich ausführlicher diskutiert werden (müssen). Wir hoffen, dass unser Sammelband dazu einen Anstoß gegeben und einen Beitrag geleistet hat.

Bei einer solchen fachlichen wie öffentlichen Debatte wird es wichtig sein, den gesamten Stand des Wissens zur Kenntnis zu nehmen, denn wir hinken (nicht nur) in dieser Hinsicht den in anderen Ländern bereits erreichten Veränderungen deutlich hinterher: Akademisierung und Digitalisierung der Pflege sind hierbei nur zwei Aspekte, bei denen ein Blick über Ländergrenzen mehr als hilfreich und notwendig ist.

Danksagung

Der Dank des Herausgaber*innenteams geht zunächst an die Lars und Christian Engel (LUCE) Stiftung, die einen Teil der Kosten für diesen Sammelband übernommen hat; ebenso gilt unser Dank dem Regensburg Center of Health Sciences and Technology (RCHST) der OTH Regensburg, das ebenso zur Finanzierung des Bands beigetragen hat.

Ohne Beiträge gebe es keinen Sammelband; daher möchten wir allen Autor*innen danken, denn erst sie haben die thematische Spannbreite des vorliegenden Sammelbands ermöglicht.

Last but not least möchten wird dem Team des Verlags transcript für die Möglichkeit danken, den Sammelband dort herauszugeben und für die hervorragende Zusammenarbeit in diesem Prozess.

Für alle Mängel und Auslassungen, die im vorliegenden Band enthalten sind, tragen wir als Herausgeber*innen die Verantwortung.

Die Herausgeber*innen, August 2025

Sorgende Gemeinde – Modellprojekt ALIA

Gesamtgesellschaftliche sozialraumbezogene Sorge- und Pflegekultur

David Rester

Hintergrund

Lokale Sorgekultur

Eine in diesem Sammelband adressierte künftige Pflegekultur ist dem Sozialgesetzbuch (SGB) nach als »gesamtgesellschaftliche Aufgabe« (§ 8 Abs. 1 SGB XI) zu verstehen und daher als Agenda auf unterschiedlichen Handlungsebenen und mit mehreren Perspektiven (Stadt Arnsberg 2011) sowie dem »Prinzip der geteilten Verantwortung« (Kruse 2017, S. 6) folgend entsprechend zu formulieren. Ein naheliegender und vielversprechender Ansatz liegt in der Wiederentdeckung, Entwicklung, Etablierung und Stärkung sorgender Gemeinschaften (»caring communities«) mit der Verschränkung von Professionellen, sorgenden und pflegenden An- und Zugehörigen sowie zivilgesellschaftlich Engagierten (StMGP 2022, S. 6, 13). Denn hier kann die demografische Entwicklung zum Aufbau und der Nutzung von personellen Ressourcen und sozialräumlichen Verhältnissen in der Kommune (BMFSJ 2016), als Handlungsaufforderung statt als Drohgebärde verstanden und vor Ort gestaltet werden. Die Gestaltung des eigenen Handlungsspielraums wirkt in einer alternden Gesellschaft zudem auch demokratiefördernd (Kremer-Preiß 2021, S. 30), insbesondere da weniger die (negativ wahrgenommene) Altersstruktur als vielmehr die Alters- und Alternskultur als lokale Sorgekultur (BAGSO 2018) positiv beeinflusst werden können.

> »Sorgende Gemeinschaften führen »zu mehr Eigen- und Mitverantwortung, […] und sind als ein dynamisches soziales System beschrieben, […] in dem man gemeinsam Verantwortung trägt und jeder sich eigenverantwortlich einbringt. Das Konzept, in geteilter Verantwortung Sorgeaufgaben zu bewältigen, hat vor allem durch die demografischen Herausforderungen einen besonderen Schub erlebt. Übereinstimmung besteht darin, dass die Sorgefähigkeit der Gesellschaft in Zukunft nicht alleine durch professionelle Dienstleister oder den Staat gewährleistet

> werden kann, sondern ganz wesentlich auf die eigenständige Leistung der Bürgerschaft angewiesen sein wird. Bürger müssen darin gestärkt werden, eigenverantwortlich und gestaltend in Sorgeaufgaben nicht nur im Privaten, sondern auch in öffentlichen Räumen ihres lokalen Umfeldes tätig zu sein. […] Diese besondere Haltung des Sorgens umeinander […] im sozialräumlichen Kontext […] wie z.B. Gemeinden, Quartieren, Stadteilen und Dörfern sind im Sinne lokaler Verantwortungsgemeinschaften […] entstanden.« (Kremer-Preiß 2021, S. 30–31).

Als »Sorge und Mitverantwortung der Kommune« (BMFSJ 2016) wird dies im siebten Altenbericht der Bundesregierung umfangreich entfaltet. Sie ist u.a. abhängig von kommunalen Leitbildern und einem zugehörigen kommunalen Handlungsauftrag, der Beschaffenheit des Quartiers (Sozialgeografie, Dienstleistungsstruktur, Wohn- und Wohnumfeldqualität, Partizipations- und Kooperationskultur), den Bedarfen jüngerer und älterer Menschen in der Sozialraumgestaltung, in der auch ältere Menschen »Sorgeträger« sind, von Netzwerken informeller Sorgestrukturen und deren Unterstützung durch formelle Versorgungsstrukturen sowie der Kooperationskultur von »Wettbewerbern« (BMFSJ 2016, S. 23).

Operationalisiert wird dies u.a. auch in der »Bayerischen Handlungsleitlinie zur Bedarfsermittlung in der Langzeitpflege für Sozialplanerinnen und Sozialplaner« (Bayerisches Landesamt für Pflege, Bayerisches Landesamt für Statistik 2023) oder auch im BAGSO-Positionspapier »Sorge und Pflege: Neue Strukturen in kommunaler Verantwortung« (BAGSO 2023) sowie im Strategiepapier »Gute Pflege Daheim in Bayern. […] Kommunale Strategien zur Stärkung bedarfsgerechter pflegeorientierter Sorgestrukturen« (StMGP 2022). Kommunen wären in diesem Sinne mitverantwortlich für die lokale Sorgekultur und sollten hierfür mehr Kompetenzen erhalten, was auch »mehr Zusammenarbeit und weniger Neben- und Gegeneinander« (Scharfenberg 2017, S. 12) ermöglichen würde.

Sorge und Pflege

Dazu ist es erforderlich, dass Sorge (caring/Care) und Pflege (nursing/Cure), wenn auch in notwendiger Abgrenzung (BMFSJ 2016, S. 190), zusammen und sozialraumbezogen gedacht und in einem gesundheitsförderlichen sowie (primär- und sekundär-)präventiven Sinne operationalisiert werden. Im siebten Altenbericht heißt es hierzu:

> »Die Kommission geht von einem weiten Verständnis von Pflege aus und differenziert in unterschiedlicher Absicht […] zwischen Pflege und Sorge. Sie tut dies nicht, um einer arbeitsteiligen, nach unterschiedlichen Niveaus von Ausbildungsabschlüssen taylorisierten Pflege Vorschub zu leisten. Sie tut dies in der Absicht, das Pflegeverständnis aus der notwendigen Engführung eines jeweiligen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu holen, die Debatte, um die Professionalisierung in ihrer

> Bedeutung für das Rollenprofil der Fachpflege weiterzuführen und die Sorge als gesellschaftliche Haltung und Unterstützungsgeschehen in die Auseinandersetzung, um die örtliche Pflegepolitik einzubeziehen sowie die Genderdebatte um die Verteilung von Sorgetätigkeiten aufzunehmen.« (BMFSJ 2016, S. 190)

Dies gilt wesentlich für das (Selbst-)Verständnis und die Verschränkung informeller und formell-institutioneller Einrichtungen und Strukturen. Exemplarisch konkretisiert sich dies in der Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen ins Quartier (Brandenburg et al. 2021) und deren ausstrahlender Angebote in den sozialen Nahraum (Landesamt für Pflege 2020). Gleichfalls betrifft dies in der ambulanten Versorgung die Vernetzung mit dem Sozialraum und der strukturierten Einbindung und Steuerung informeller Sorge und Pflege. Dies gelingt dem niederländischen Pflegedienst Buurtzorg in beeindruckender Art und Weise und wird modifiziert auch in Deutschland erfolgreich realisiert (Büscher et al. 2022, 2024; Zacher et al. 2023). Die mittelfristig erwartbare Etablierung von Community Health Nursing (CHN) »mit versorgenden und versorgungssteuernden Aufgaben« (Wolf-Ostermann 2014, S. 283) wird zudem dazu beitragen, Sorge und Pflege in politisch und gesellschaftlich lokaler Mit-Verantwortung zu verankern.

Sozialraumorientierung

Der Sozialraum bildet hierfür einen relevanten strukturellen, und weil nicht linear und nur über mehrere Ebenen beeinflussbar, komplexen Kontext im gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsprozess. Als Konzept der Sozialen Arbeit (Bleck 2021, S. 324), das u.a. im Quartiermanagement realisiert wird, ermöglicht die Orientierung des Handelns am Sozialraum die angesprochene Vernetzung und Transformation von Sorge und Pflege, den Aufbau von Kompetenzstrukturen sowie die personale und sozialräumliche Vernetzung und Integration der verschiedenen sozialen Dienste vor Ort.

Die »Vernetzung von Umfeld und Quartier« (Braeske et al. 2021, S. 47–55) stellt daher ein wichtiges Potenzial für innovative Ansätze in der pflegerischen Versorgung dar. Zu rekapitulieren hierfür sind u.a. die sechs vom Netzwerk SONG erarbeiteten Leitprinzipen, die es zu berücksichtigen gilt (die folgenden Zitate stammen aus Netzwerk SONG 2018, zitiert nach Braeske et al. 2021, S. 48):

- Sozialraumorientierung: »Ausschließlich vor Ort im Sozialraum lassen sich bürgerschaftliche Teilhabe- und professionelle Versorgungsangebote in gemeinsamer Verantwortung zu einem ganzheitlichen Welfare-Mix verbinden.«
- Partizipation: Es gilt, die »Selbst- und Mitverantwortung der Menschen in ihren kleinen Lebenskreisen zu stärken« und gemeinsam mit den Bürger*innen und Akteur*innen vor Ort Maßnahmen zu planen und umzusetzen.

- Welfare-Mix: »Das Ziel ist der Wechsel von weitgehend statischen Leistungskatalogen und in Säulen gefangenen Akteuren hin zu einem flexiblen Mix aus Generationen übergreifenden Wohn- und Betreuungsformen, Nachbarschaftshilfe, professioneller Medizin, Pflege und Rehabilitation und zivilgesellschaftlich getragenen Teilhabemöglichkeiten im öffentlichen Raum.«
- Kooperation: »Durch die Kooperation mit anderen Akteuren vor Ort, in welche die Beteiligten ihre jeweils spezifischen Fähigkeiten einbringen, entsteht ein Mehrwert für alle.«
- Innovation: »Der Einsatz innovativer Technologien und digitaler Anwendungen« erfolgt im »Welfare-Mix« dort, »wo sie die Arbeit der in Assistenz und Pflege Tätigen erleichter[n] und die Chancen auf ein selbständigeres und möglichst selbstbestimmtes Leben, mehr Teilhabe und eine bessere Lebens- und Versorgungsqualität für die Menschen erhöh[en].«
- Transformation: »Die kooperative Produktion von Wohlfahrt […] erfordert ein neues Rollenverständnis gemeinnütziger Träger« und daher »den Aufbau neuer Haltungen und Kompetenzen in den eigenen Organisationen sowie die Weiterentwicklung von Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen.«

Zu ergänzen ist, was Kommunen tun können, um entsprechende fachliche und personale Ressourcen für die Gestaltung der Verhältnisse des Sozialraums im salutogenetischen Sinne sowie ein Verständnis auch der sozialen Merkmale des Altersstrukturwandels zu entwickeln. Hierzu gehören u.a. die Verjüngung des Alters, dessen Entberuflichung, Feminisierung, und Individualisierung/Singularisierung sowie das Breitenphänomen Langlebigkeit/Hochaltrigkeit. Hinzu kommen die damit einhergehenden sozialen Risiken von Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität, Armut, Vereinsamung oder auch einer Gerophobie. Für die Gestaltung sorgender Gemeinschaften werden in den kommenden Jahren nicht nur die Herausforderungen, sondern auch die Potenziale der Generation der Babyboomer an Bedeutung gewinnen.

> »Die Boomer sind das Problem und die Lösung zugleich: Angesichts eines zurückgehenden Familienpflegepotentials bedarf es neuer Formen informeller und solidarischer Unterstützung in einer Gesellschaft des langen Lebens« (Klie/Storm 2024, S. 11).

Kommunen können sich hierzu informieren, andere Projekte und Modelle studieren und gute Ideen nachahmen, vorhandene Kompetenzen, Stakeholder und Netzwerke aufdecken und einbinden, kleinräumige Datenerhebungen für lokal-regionale Altersstrukturszenarien durchführen, die Öffentlichkeit informieren, Tabus aktiv diskutieren, positive Bilder vom Alter(n) sowie Pflege-, Gesundheits- und Sorgeberufen fördern, ein Klima der Kreativität schaffen, alle Anspruchsgruppen und Gene-

rationen einbeziehen sowie die Rechte vulnerabler Gruppen (bspw. Menschen mit Demenz) vertreten sowie in der Sozialraumplanung berücksichtigen.

Mindest/neue Denkweise

Diese einleitende und dennoch unvollständige Deskription »[…] zwingt zu radikal neuen Ansätzen in der Organisation von Sorge und Pflege vor Ort. Nur im Quartier und nur in geteilter Verantwortung lässt sich Pflege sichern« (Künzel 2017, S. 20). Es sollte deutlich werden, dass neben strukturellen Erfordernissen, wie der Etablierung von CHN, bei allen handelnden Personen und Organisation (Kircheldorff/Bleck 2024) ein neues Mindset, eine andere Denkweise erforderlich ist und sein wird. Hierfür ist eine langfristige Perspektive notwendig. Denn »Manch Neues erscheint lange abstrus« (von Redecker 2021, zitiert nach Probst/Scholz 2021, S. 5). So müssen sich berufliche wie auch privat Handelnde und zivilgesellschaftliche Akteur*innen auf ihre wechselseitige Abhängigkeit für die Gestaltung von Sorge- und Pflegebeziehungen einlassen. Auf eine hierfür weiter begründende Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet. Exemplarisch angeführt werden können die demografische Entwicklung (Seeberger/Rester 2018; Stauner 2022), der Fachkräftemangel, veränderte (epidemiologische, gesundheitsförderliche und präventive) Versorgungserfordernisse mit Edukation und Empowerment für die Gesundheitskompetenz von Individuum, Familie und Gesellschaft, künftige strukturell-finanzielle Rahmenbedingungen, die Aushandlung der Neuverteilung von Kompetenzen und Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe sowie der notwendige Einsatz neuer Technologien für die Gestaltung von Pflege- und Versorgungsprozessen und sozialräumlicher Strukturen.

Motivation und Intention

Innovations- und Verantwortungspartnerschaft

Vor dem beschriebenen Hintergrund und mit dem Anspruch, den Rahmen für eine neue Denkweise als soziale Innovation zu schaffen, wird seit 2018 das Projekt »Agil leben im Alter« (ALIA) modellhaft zur Etablierung und Stärkung sorgender Gemeinschaften (caring communities) langfristig (weiter-)entwickelt. Als Innovations- und Verantwortungspartnerschaften werden das Modell- und die Transferprojekte der Lars und Christian Engel (LUCE) Stiftung in Kooperation mit dem Verein zur Förderung der seelischen Gesundheit im Alter e.V. (SEGA) sowie den jeweiligen Kommunen und deren zivilgesellschaftlichen und unternehmerischen Akteur*innen realisiert und fakultativ von Hochschulen begleitet. Ein solches Netzwerk nutzt unterschiedliche institutionelle und informelle Handlungslogiken

und bildet so die Grundlage für sozial innovatives Handeln (Schröer/Freis/Vonhoff 2024, S. 543). Handlungsleitend für die angeführten Netzwerkpartner*innen sind zudem zahlreiche weitere Merkmale sozialer Innovationen. Davon hervorzuheben sind die nicht primär ökonomische Motivation, die Vernachlässigung originärer Zuständigkeits- und Sektorengrenzen sowie die Übertragbarkeit der Ergebnisse und Lösungen (Braeske et al. 2021, S. 34–42). ALIA ist daher nicht nur ein Akronym für »Agil leben im Alter«, sondern Leitgedanke (lat.: »anders«) auf anderem Wege Altern zu gestalten.

Die LUCE Stiftung wurde 2016 mit dem Zweck gegründet, die Oberpfalz (Bayern) hin zur modellhaften Wissensregion mit allen hierfür relevanten Partner*innen zu entwickeln. Durch ein breites Netzwerk aus Bildungseinrichtungen, Unternehmen, gesellschaftlichen Gruppen, Gemeinden, Städten und Kreisen wird dieser Entwicklungsprozess vorangetrieben und wissenschaftlich begleitet. Die LUCE Stiftung beheimatet seit 2024 das »Technologietransferzentrum (TTZ) AI-driven Factory oft the Future« und fungiert als Dachorganisation u.a. für das Überbetriebliche Bildungszentrum in Ostbayern (ÜBZO gGmbH) als regionaler Aus- und Weiterbildungsdienstleister sowie weiteren Entwicklungsvorhaben im regionalen und überregionalen Netzwerk. Dazu gehören u.a. die C4TRENDS GmbH als Innovations-Cluster für moderne und exzellente Aus- und Weiterbildung sowie das Projekt ALIA, das den Stiftungszweck idealtypisch adressiert. Denn die LUCE Stiftung will mit dem Projekt ALIA die kommunale Demografieresilienz in ländlichen Regionen stärken und steuert hierzu den Prozess durch Vernetzung und Koordination.

Netzwerkpartner Kommune

Dem Projekt ALIA vorausgegangen waren mehrjährige Planungsgespräche zwischen dem Bürgermeister der Modellgemeinde Weiherhammer, dem Vorsitzenden des Stiftungsrats der LUCE Stiftung sowie dem Leiter der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle (GKS) Oberpfalz und dem Vorstand des Vereins SEGA e.V. Erörtert wurden die Themen gutes Altern, Teilhabe und Lebensqualität im Alter, Hilfe- und Pflegebedarfe sowie zugehörige niedrigschwellige Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote. Denn mit ca. 4.000 Einwohner*innen steht die Kommune, wie andere kleine ländliche Gemeinden in Bayern und insbesondere in der nördlichen Oberpfalz auch, vor demografischen Herausforderungen und daraus abzuleitendem Handlungsbedarf im Sozialraum: Die demografische Entwicklung ist in der längeren retrospektiven sowie prospektiven Betrachtung, wie auch in der übrigen (ländlichen) Region der nördlichen Oberpfalz, durch eine Zunahme des Durchschnittsalters und des Altenquotienten sowie einer zeitgleichen rückläufigen Zahl der Einwohner*innen als abnehmender Demografietyp gekennzeichnet (Gemeinde Weiherhammer 2012, S. 45, 130; Bayerisches Landesamt für Statistik

2019). Die Anzahl der älteren Menschen und in der Folge der Bedarf an medizinischer Versorgung, Hilfe und Pflege sowie die kommunale Verantwortung für ein versorgungssicheres Alter nehmen zu.

Der Bedarf ist dennoch zu gering, um den Betrieb einer klassischen stationären Pflegeeinrichtung vor Ort im vertrauten Wohnumfeld nachhaltig zu ermöglichen. Vielmehr verändert sich der Bedarf qualitativ. Ältere Menschen wollen auch bei Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit sozial teilhaben und trotz eingeschränkter Selbständigkeit selbstbestimmt ihren Alltag in vertrauter Umgebung (zuhause und im Ort) gestalten. Niederschwellige Angebote der Beratung, Unterstützung, Hilfe und Pflege hierzu fehlen jedoch und werden für künftig ältere Menschen eine noch bedeutendere Rolle einnehmen. Auch die Bürger*innen der Gemeinde Weiherhammer wollen für ihre Lebensqualität im Alter zuhause, vor Ort in der Gemeinde, respektive im sozialen Nahraum als vertrautes Wohnumfeld aktiv altern und bis ans Lebensende selbstbestimmt wohnen bleiben. Jüngere bzw. künftig Ältere setzten sich ebenfalls vermehrt mit dem Altern und den Möglichkeiten der Gestaltung des Wohnens und der Versorgung im höheren Alter vor Ort auseinander. Dabei werden Technik und Digitalisierung sowohl für Wohnen und Versorgung als auch für soziale Teilhabe und Selbstbestimmung an Bedeutung gewinnen. Ebenfalls stellt gemeinschaftliches Wohnen vermehrt eine Option dar, um der Vereinsamung sowie dem sich damit verändernden informellem Pflegepotenzial zu begegnen.

Netzwerkpartner organisierte Selbsthilfe

Der Kooperationspartner SEGA e.V. engagiert sich als Vertreter der organisierten Selbsthilfe seit Gründung des Vereins im Jahr 2005 für die Belange psychisch kranker alter Menschen und deren Angehörige in der Oberpfalz und bayernweit. Das Hauptaugenmerk des Vereins galt von Anbeginn der Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und der Entlastung pflegender Angehöriger. Im Vordergrund steht dabei der Aufbau eines flächendeckenden niedrigschwelligen Versorgungsnetzwerkes, sowohl ambulant als auch stationär. Ziel des Vereins ist es ist vor allem, neue und alternative Projekte für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und deren Angehörigen zu initiieren, fachlich zu begleiten und zu unterstützen. SEGA e.V. unterstützt die Netzwerkarbeit der GKS Oberpfalz, bietet über die SEGA-Akademie gerontopsychiatrische Bildungsangebote, ist vom Bayerischen Landesamt für Pflege anerkannt, bietet Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA) und ist seit 2019 Träger der Fachstelle für Demenz und Pflege Oberpfalz. Daraus entstanden umfangreiche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Demenz bzw. mit Selbsthilfeorganisationen der Angehörigen von Menschen mit Demenz und der häuslich Pflegenden. Die Vorstände sind Expert*innen aus verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens sowie der Politik.

Ziele und Vorgehen

Modelltransfer

Der Anspruch von ALIA ist es, modellhaft verschiedene Konzepte und Maßnahmen, die teilweise andernorts bereits »erfunden« und etabliert wurden, für eine sorgende Gemeinde zu vereinigen. Dieser Prozess ist von Beginn partizipativ, agil und auch digital gestaltet. Die konkreten Ziele (siehe Tab. 1) adressieren dazu idealtypisch den Stiftungszweck der LUCE Stiftung, die Oberpfalz hin zur modellhaften Wissensregion mitzugestalten.

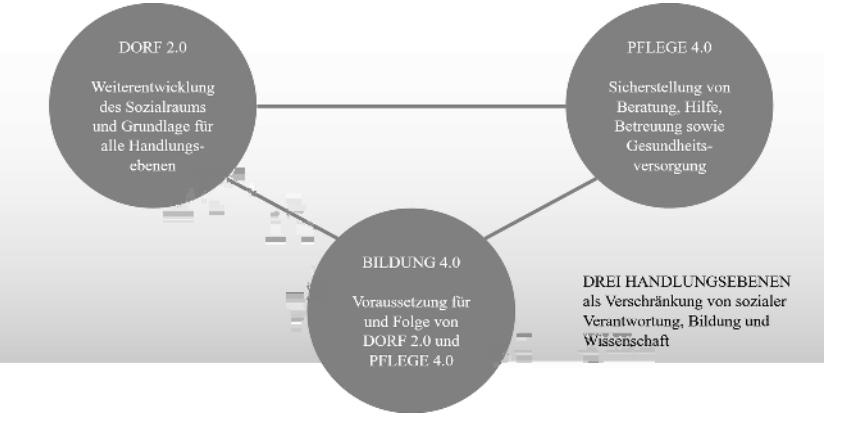
Tabelle 1: Ziele im Projekt ALIA

Modell für kleine Gemeinden	**Modell für Hilfe und Pflege**	**Modell für künftiges Bauen (ALIA-Areal)**
Lokale, regionale Gestaltung der demografischen Entwicklung (Wissensregion) Umsetzung integriertes Ortsentwicklungskonzept, Seniorenpolitisches Gesamtkonzept etc. Generationenrendite vor Ort; Möglichkeiten zur Teilhabe aller Generationen Förderung positiver Bilder von Alter(n), Sorge und Pflege Alters- und demenzsensible Gemeinde	Kooperation statt Konkurrenz Mindset: Gemeindenahe Nachbarschaftspflege (Vorbild Buurtzorg) Nutzer- und Trägerperspektive Ambulantisierung und Ausrichtung auf die Bedarfe im Sozialraum Lebensqualität am Lebensende	Demenzsensibel, barrierearm, gesundheitsfördernd, sinnstiftend Nachhaltig: Regionale Wertschöpfung, CO2-neutrale Bauweise (KfW 40+), Biodiversität, Weiterentwicklung baulicher Handreichungen: DIN 18040, Brandschutz im Holzbau, AVPfleWoqG Anpassungsfähige Raum- und Freiraumgestaltung, Multicodierung
Planungsprozesse: Agil, entwicklungsoffen, partizipativ, sozialraumorientiert und digital Wohnen bis ans Lebensende im Sozialraum mit ausstrahlenden Beratungs- und Bildungsangeboten für lebenslanges Lernen Living Lab: Sensibilisierung für und Nutzung von neuen Technologien und Digitalisierung (in Praxisforschungsprojekten) Miteinander – Mehrwert – Magnet: **Transfer**		

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Zielerreichung werden die Bürger*innen aller Generationen im sozialen Nahraum sowie die unterschiedlichen Anspruchs- und Zielgruppen auf dem ALIA-Areal (Modell für künftiges Bauen) adressiert, um ihr eigenes Zukunftsbild für eine sorgende Gemeinde einließen zu lassen (siehe Ergebnisse u.a. Wohn- und Versorgungskonzept). Darüber hinaus begleitet ein hochkarätig besetztes Kuratorium mit umfangreicher Expertise (Pflegeinnovation, Selbsthilfe/pflegende Angehörige, Wissenschaft, Politik, Architektur und Kultur) die Projektentwicklung als Ratgeber, Repräsentant und Fürsprecher konstruktiv. Für die Entwicklung des Wohn- und Versorgungskonzepts am ALIA-Areal erfolgte dies umfangreich und in der Folge weiter fakultativ. Festzuhalten ist jedoch auch, dass kleine ländliche Gemeinden (noch) nicht die zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie strategischen und methodischen Kompetenzen besitzen, die beschriebene demografische Herausforderung zur Erreichung der Ziele nachhaltig zu gestalten. Zusammen mit der einleitend angesprochenen Demokratiearbeit ist das Projekt ALIA zur Förderung kommunaler Demografieresilienz für die Etablierung sorgender Gemeinden sowie einem darauf aufbauenden Wissenstransfer für andere ländliche Gemeinden daher langfristig angelegt. ALIA folgt dabei dem Ansatz der partizipativen Sozialraumentwicklung auf drei sich wechselseitig beeinflussenden Handlungsebenen (siehe Abb. 1), wobei die »0« sowohl den Einsatz neuer Technologien und Digitalisierung als auch die dahinterstehende soziale Disruption repräsentiert.

Abbildung 1: Handlungsebenen im Projekt ALIA



Quelle: Eigene Darstellung

Fragestelllungen

Die leitenden Fragen für die Innovations- und Verantwortungspartner*innen zur Zielerreichung waren:

- Welche Möglichkeiten für eine zukunftsträchtige, niedrigschwellige Versorgung kann für ältere, hochaltrige und pflegebedürftige Bürger*innen in der kleinen Gemeinde geschaffen werden?
- Wie können alle Ortsteile der Gemeinde angemessen davon profitieren?
- Wie können ggf. die Bedarfe der Region mit adressiert werden?

Partizipation – Beteiligungsparadoxon

Partizipation sowie die Möglichkeit zur (sozialen) Teilhabe stellen einen entscheidenden Erfolgsfaktor für die Etablierung sorgender Gemeinden und damit im Projekt ALIA dar, auch zur Beantwortung der leitenden Fragestellungen. Bürger*innen wirken im Projekt als Multiplikator*innen in unterschiedlichen Engagement- und Themenfeldern sowie als Co-Forschende und in der Folge auch als gemeindliche Mitarbeitende mit. Bereits die Auftaktpressekonferenz des Projekts konnte mit einem Vertreter der Bürger*innen auf dem Podium stattfinden und die Kick-off-Veranstaltung wurde mit zahlreichen engagierten Personen und Vereinen organisiert und durchgeführt.

> »Mache Betroffene zu Beteiligten. […] Gewährleiste echte Beteiligung auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Qualitäten. Keine Angst vor Bürger*innen bzw. Partizipation. Bildung ist ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg. Nicht über Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sprechen, sondern mit Ihnen … und an einem Tisch und zwar dauerhaft. Gutes Change-Management würdigt Gegenwind. Widerspruch und Widerstand sind die Grundlage für Erkenntnis auch in der Praxis.« (Rester, zitiert nach Stauner 2022)

Auf eine ausführlichere theoretische Rezeption und praktisch Verortung der Art und des Zeitpunkts der Partizipation im Forschungs- bzw. Projektprozess (Farin-Glattacker et al. 2014, S. 6) sowie dem Ausmaß der Beteiligung (z.B. in einem fünfstufigen Modell mit Information, Konsultation, Mitsprache, Mitentscheidung und Selbstbestimmung) soll an dieser Stelle platzbedingt verzichtet werden. Hervorzuheben ist hier wesentlich, dass die Information der Öffentlichkeit in der Regel mit der Aufforderung zur Mitwirkung einhergeht. Denn echte Partizipation und damit die Möglichkeit der Beteiligung des sozialen Nahraums kann nur so erreicht werden. Vielmehr soll der folgende *Exkurs* (Schmuderer 2024) auch zum noch wenig rezipierten

Partizipationsparadoxon und dessen Überwindung im Projekt ALIA durch (digitale) Bürgerbeteiligung dargestellt werden.

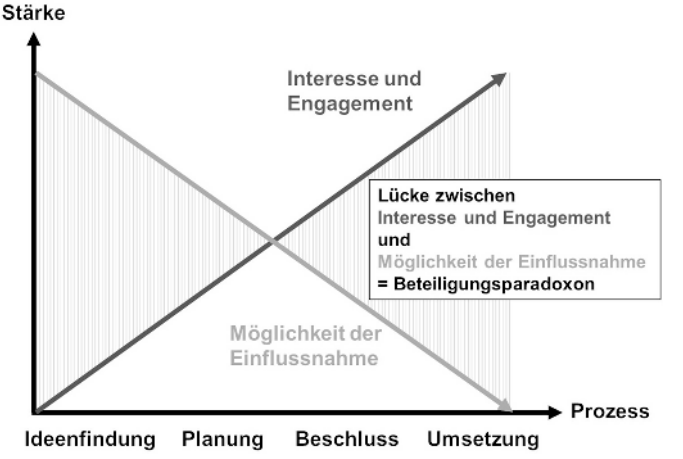
Exkurs: Unterstützung der Sorgekultur durch analoge und digitale Beteiligung von Bürger*innen[1]. Im Rahmen der Dissertation »Gesellschaftliches Engagement und Partizipation in städtisch- und ländlich-digitalen Räumen« (Schmuderer 2024) wurde das Projekt ALIA ab der frühen Planungsphase mit einem Fokus auf den dort stattfindenden Partizipationsprozess begleitet. Ziel war dabei auch die Erprobung digitaler Beteiligungsformen mittels der Online-Beteiligungsplattform PUBinPLAN der Technischen Hochschule Deggendorf (THD). PUBinPLAN ist eine eigenentwickelte Software der THD für partizipative nachhaltige Infrastrukturplanung (PUBinPLAN 2021/2024).

Wie Schmuderer (2024, S. 60–65) in seiner Dissertation beschreibt, wurden mit der digitalen Beteiligungsplattform PUBinPLAN relevante Informationen im Projekt ALIA zu den Akteur*innen kommuniziert. Außerdem konnten alle Akteur*innen schon während des Planungsprozesses des Projekts ihre Meinungen zusammen mit einer räumlichen Verortung abgeben. PUBinPLAN diente so zur (1) Information und Sensibilisierung der Akteur*innen, (2) als Instrument zur Informationsgenerierung durch die Akteur*innen selbst sowie (3) als Möglichkeit, die hohe Regional- und Raumkompetenz der Akteur*innen für das Projekt nutzbar zu machen. Der Prozessverlauf von PUBinPLAN war dabei so gestaltet, dass sowohl Akteur*innen als auch Expert*innen (Planungsbüros etc.) sowie kommunalpolitisch und Projektverantwortliche gleichermaßen ihre Expertisen in den Planungs- und Umsetzungsprozess einbringen, wobei sich die Verantwortlichen und Akteur*innen in der Regel abwechselnd mit den einzelnen Projektschritten befassten und sich so in einem transparenten und akzeptierten Zusammenspiel auf gegenseitig anreichernde Weise immer weiter dem optimalen Ergebnis annäherten.

Durch dieses Zusammenspiel der Akteur*innen sollte im Projekt ALIA Phänomenen wie dem sogenannten *Beteiligungsparadoxon* (Reinert/Sinnig 1997, S. 144) entgegengewirkt werden. Dieses Beteiligungsparadoxon (siehe Abbildung 2) beschreibt in Verläufen öffentlicher Projekte eine Lücke zwischen der Möglichkeit der Einflussnahme der Öffentlichkeit einerseits und dem Interesse und dem Engagement der Öffentlichkeit andererseits: (1) so ist das öffentliche Interesse in der Anfangsphase von Projekten eher gering, obwohl in diesem Zeitraum noch großer Gestaltungsspielraum vorhanden ist; (2) je näher die Entscheidungs-/Umsetzungsphase rückt, desto weniger Einfluss verbleibt der Öffentlichkeit auf das Projekt, jedoch steigen gleichzeitig aber das Interesse, das (teils blockierende) Engagement und der Kommunikationsbedarf der Akteur*innen (erst) in der Umsetzungsphase (König/König 2012, S. 63–64; Schmuderer 2024, S. 51–52).

1 Unter Mitwirkung von Sven Schmuderer auf Basis seiner Dissertation (Schmuderer 2024).

Abbildung 2: Beteiligungsparadoxon



Quelle: Schmuderer (2024, S. 52) in Anlehnung an Reinert und Sinnig (1997, S. 144)

Der in das Projekt ALIA von Beginn an eingebettete Partizipationsprozess fokussierte auf Personen des öffentlichen Lebens und Multiplikator*innen im Sinne von Repräsentant*innen von Vereinen und anderen Organisationen. Ziel des Partizipationsprozesses war es primär, die Bebauungsplanung des ALIA-Areals und das Ansehen des gesamten Projekts gesellschaftlich nachhaltig zu gestalten – und zwar gemeinsam mit allen Akteur*innen und insbesondere mit allen Bürger*innen der Gemeinde Weiherhammer. Daneben gab es andere Beteiligungsphasen, etwa in Form von Umfragen, z.B. zur Frage gemeindenaher Nachbarschaftspflege. Weitere Details zur digitalen Partizipation im Projekt ALIA auf der Plattform PUBinPLAN finden sich im veröffentlichten Abschlussbericht (Schmuderer/Zink 2021).

Ergebnisse

Einführung

Die nachfolgenden exemplarischen Ergebnisse im Projekt ALIA[2] tragen als Bausteine einer Caring Community mit (neuen) Ansätzen der Sensibilisierung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Wohnen, Sorge und Pflege sowie des Transfers zur sozialraumbezogenen Sorge- und Pflegekultur bei. Deren Darstellung fokussiert aus-

2 Weitere Einblicke finden sich auch auf der Website unter https://www.alia.de/.

gewählte inhaltliche Ebenen in der Modellgemeinde Weiherhammer und folgt weitestgehend einer chronologischen Entwicklung der Entstehung. Dies ist für das Verständnis der agilen Projektentwicklung wichtig. Denn einzelne Bausteine, wie das Wohn- und Versorgungskonzept für ein Bauvorhaben (ALIA-Areal), standen zu Beginn und stehen auch weiterhin in der Wahrnehmung der Ergebnisse nach außen im Mittelpunkt. Vernachlässigt hingegen werden mit Verweis auf das vorangegangen Kapitel Aspekte der Partizipation.

Sensibilisierung im Sozialraum für (digitale) Teilhabe

Ausgangspunkt für eine notwendige Sensibilisierung der Bausteine einer Caring Community sind die Ideen und Bedarfe der Bürger*innen, der etablierten Gesundheits- und Pflegedienstleister*innen und Organisationen vor Ort sowie deren Ressourcen zur Mitwirkung. Initial etabliert wurde diese im Rahmen des geförderten Modellprogramms »Aktive generationenfreundliche Gemeinde« in unterschiedlichen Arbeitskreisen und der angesprochenen digitalen Beteiligung über PUBinPLAN. Insbesondere die Möglichkeiten der digitalen Teilhabe stehen im Fokus. Denn sie bildet zunehmend auch für ältere Menschen die Grundlage für soziale Teilhabe. Die Sensibilisierung für und Nutzung von digitalen Technologien mit dem Ziel, Barrieren gegenüber der Digitalisierung und den Themen Alter und Pflege abzubauen, wurden und werden u.a. in folgenden Elementen realisiert:

- Nutzung der digitalen Bürgerbeteiligungsplattform PUBinPLAN;
- Unterstützung bei der iterativen Entwicklung der Sozialraum- und Bildungs-App LUMOO und Lizenzierung der App BRAINMEE für das gemeindliche Demenzpräventionsangebot GESTALT;
- Einbindung pflegender Angehöriger mit Smart-Home-Wissen;
- Technikausstattung (u.a. Tablets für Bildungsangebote und VR-Brille) für die niederschwellige Nutzung im Sozialraum;
- Nutzung von digiDEM Bayern durch Bürger*innen, Gesundheits- und Pflegedienstleister*innen sowie Initiierung ihrer Mitwirkung als Forschungspartner*innen;
- Transfer- und Wissensaustausch mit einschlägigen hochschulischen Lehr- und Forschungsprojekten (u.a. Dein Haus 4.0, digitale Dörfer, 5G4Healthcare, Fenster-Memo-App; Digitalkompetenz älterer Menschen);
- Nutzung des Holodecks der LUCE Stiftung für immersive Erfahrungen und (Bildungs-)Angebote in virtueller Realität;
- Veranstaltungen und Aktionstage mit hochschulischen unternehmerischen Aussteller*innen und Referent*innen rund um Technik und neue Technologien für Sorge und Pflege (Robotik, Exoskelette, VR-Umgebungen, Apps etc.);

- Begleitung der Initiative Team Digivolution der Nachbarschaftshilfe und deren BAGSO-Förderprojekt »Virtuelle Heimat« als digitaler Erfahrungsort;
- Digital gestützte partizipativ entwickelte Bildungsangebote (WBT) und Teilhabeangebote (Digitales Erzählcafé, Livestream kultureller Veranstaltungen);

Beratungs- und Bildungsangebote

Es wurden von der Selbsthilfe getragene primär- und sekundärpräventive Beratungsangebote etabliert. Hierzu gehören u.a. soziale Anliegen (VdK), die Vorbereitung auf Pflegebedürftigkeit (SEGA e.V.), vertrauliche Gespräche (Pflegende Angehörige e.V.) und eine ehrenamtliche Wohnraumberatung. Exemplarische Bildungsangebote sind Demenzpartnerschulungen für unterschiedliche Zielgruppen und Organisationen im Sozialraum, Schulungen zu »Ehrenamtlichen Einzelhelfern« und für Helferkreise, studentische Workshops zur Stärkung der Digitalkompetenz älterer Menschen sowie von Bürger*innen initiierte und partizipative entwickelte Web Based Trainings (WBT), z.B. zu Inkontinenz und Scham in der häuslichen Pflege. Schulprojekte und zahlreiche Veranstaltungen zur Sensibilisierung für Demenz, Alter(n), Sorge, Pflege und neuen Technologien sowie die Unterstützung der Unternehmen vor Ort als pflegefreundliche Betriebe zählen ebenfalls hierzu.

Nachbarschaftshilfe (NBH)

Magnet zahlreicher Maßnahmen im Projekt ALIA ist mittlerweile die 2019 initiierte, partizipativ entwickelte und 2021 gestartete gemeindliche Nachbarschaftshilfe (NBH). Denn diese ist zunehmend in alle Bausteine eingebunden, beeinflusst und gestaltet diese quantitativ (u.a. aufgrund der hohen Anzahl der Einsatzzeiten) und qualitativ (neben den klassischen Leistungen einer NBH auch die Erbringung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, das Führen von Sozialgesprächen sowie das Ermöglichen von (digitaler) Teilhabe, insbesondere auch als Beitrag zur Abmilderung von Einsamkeit und Schaffung von Möglichkeiten zur (digitalen) Teilhabe. Der über ein Gewinnspiel mit 500 Teilnehmer*innen gefundene Name der NBH ›Helfen mit Herz‹ greift daher, und im Sinne einer offenen und agilen Entwicklung, mittlerweile zu kurz. Von hoher Bedeutung ist zudem die Bereitschaft der NBH zur Mitwirkung an der künftigen, vereinzelt bereits bestehenden, strukturierten Zusammenarbeit mit professionellen Gesundheits- und Pflegedienstleister*innen und dem gemeindlichen Projekt Präventionslotse für eine gemeindenahe Nachbarschaftspflege. Die NBH bereitet sich darauf durch Bildungsangebote, Seminare und der Teilnahme an einschlägigen Veranstaltungen vor, ist hierzu auch überregional vernetzt und unterstützt und begleitet zudem andere Kommunen bei der agilen Entwicklung einer NBH. Die weitere umfangreiche Würdigung der NBH und dieser Ent-

wicklung wird mit Verweis auf mehrere Preise an die NBH (»NEW-Landkreispreis« des Landkreis Neustadt a.d. Waldnaab, »Gesunde Nachbarschaften« der AOK Bayern/Hamburg sowie den Award »Footprints of Love« von der Firma Ha-Ra) an dieser Stelle verkürzt.

Wohn- und Versorgungskonzept

Ein zentrales und projektbegründendes Ergebnis im Projekt ALIA ist ein partizipativ entwickeltes Wohn- und Versorgungskonzept[3] mit Raum- und Freiraumplanung für einen inklusiven Lebensraum auf dem ALIA-Areal mit einer Fläche von 14.000 qm. Hierzu wurde die ALIA GmbH als Projektentwicklungsgesellschaft gegründet, um die Bebauung zusammen mit der Gemeinde zu realisieren. Die Baumaßnahmen sollen Ende 2027 abgeschlossen sein und werden u.a. im Rahmen der Förderrichtlinie PflegesoNah (Landesamt für Pflege 2020) gefördert. Das gesamte ALIA-Areal sowie zwei Wohneinheiten sind zur forschungsbasierten Weiterentwicklung digitaler Technologien für Sorge und Pflege auch baufachlich als Living Lab konzipiert. Auf dem ALIA-Areal werden verschiedene Wohnformen für Menschen mit und ohne Hilfe- oder Pflegebedarf von unterschiedlichen freigemeinnützigen und privaten Träger*innen und Initiator*innen realisiert, die alle einer ambulanten Versorgungsphilosophie folgen. Hierzu gehören ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und Intensivpflegebedarf, eine Tages- und eine solitäre Kurzzeitpflege sowie frei verfügbare Wohnungen in unterschiedlichen Größen und Gästewohnapartments (für pflegende Angehörige). Alle Wohneinheiten haben kleinräumig Anschluss an gemeinschaftliche Räume, wie eine große Küche, für eine familienähnliche Wohnsituation. Die umgebende öffentliche Parkanlage wird zusammen mit einer Ergotherapiepraxis und einem Sanitätshaus sowie im Rahmen eines Marktplatzes Shared Offices für unterschiedliche Nutzungen (z.B. dem Büro der NBH) bereithalten und zusammen mit einem Begegnungszentrum mit Demenz-Café und katholischem Pfarrheim mit Krabbelgruppe sowie einer Kindertagesstätte und einem Raum der Stille, einen inklusiven Lebensraum entstehen lassen.

Gemeindenahe Nachbarschaftspflege

Für das Ziel, Sorge und Pflege im Sinne einer gemeindenahen Nachbarschaftspflege der niederländischen Philosophie von Buurtzorg folgend zu realisieren sowie Grundlagen für ein Community (Health) Caring/Nursing zu schaffen, konnte ein lokal-regionales sowie überregionales Netzwerk mit Pflegepersonen und Pflegediensten sowie den Krankenkassen und der Nachbarschaftshilfe etabliert

3 Die ersten Planungen stammen von SEGA e.V. (Pilhofer 2017)

werden. Der Prozess wurde zu Beginn vom Gründer von Buurtzorg Niederlande (Jos de Blok) mit begleitet. Im Mittelpunkt des Ansatzes stehen agile, digital gesteuerte Organisationsstrukturen zur Förderung der Selbstorganisation (Mitarbeitende aus dem sozialen Nahraum) und der Selbstbestimmung (Kund*innen) mit Einbindung informeller (u.a. Nachbarschaftshilfe, pflegende Angehörige etc.) und formeller Netzwerke (Pflege- und Gesundheitsdienstleister*innen, Behörden etc.). Die Etablierung einer gemeindenahen Nachbarschaftspflege wird entlang der einschlägigen Gutachten und Handlungsempfehlungen (Büscher et al. 2022, 2024; Zacher et al. 2023) kooperativ mit den vor Ort und in der Region etablierten Pflege- und Gesundheitsdienstleister*innen sowie den bereits eingebundenen informellen Netzwerken und Pflegepersonen vor Ort entwickelt. Dadurch werden sich auch junge Menschen auf eine Mitarbeit einlassen. Dies zeigen u.a. erste Initiativbewerbungen im Projekt ALIA. Die hohe Bedeutung digitaler Potenziale (Buurtzorgweb) wird die Interessen sorgender und pflegender Angehöriger zudem ebenfalls besser berücksichtigen. Die Digitalisierung, respektive eine kostenintensive und datenschutzkonforme IT, stellt jedoch zusammen mit der fehlenden sozialleistungsrechtlichen Verschränkung von SGB V und SGB XI sowie der initialen Re-Finanzierung indirekter (Entwicklungs-)Kosten derzeit noch die größten Stolpersteine zur erfolgreichen Umsetzung dar, wenngleich es bereits mehrere Beispiele guter Praxis gibt (Zacher et al. 2023, S. 488).

Transfers

Exemplarisch werden auf Basis des Modellprojekts – und unter anderen Ausgangsbedingungen – seit Ende 2023 im Projekt ›Sorgende Stadt Hemau‹ der Sozialraum der Stadt und ihre Ortsteile mit 10.000 Bürger*innen in einem ergebnisoffenen, partizipativen Prozess in 14 Engagement- und Themenfeldern (siehe Abb. 3) gestaltet. Neben der Etablierung des Netzwerks zur Mitwirkung (83 Personen und Organisationen) und der Initiierung einer lokal-regionalen Fachkräfteallianz für Pflegeberufe[4] wurden u.a. Bildungsangebote (Demenzpartnerschulungen, Letzte-Hilfe-Kurse) von Multiplikator*innen konzipiert und umgesetzt.

Ebenfalls wird seit 2024 das von einem mittelständischen Unternehmen initiierte »Liebensteiner Generationenprojekt« begleitet. Hier bildet eine »DENK.werkstatt« zur Sicherstellung der (haus-)ärztlichen und interprofessionellen Gesundheitsversorgung, die mit der kommunalen »Hausarztschmiede« umgesetzt wird, einen wichtigen Ausgangspunkt. Darüber hinaus erfolgt die kontinuierliche Mitwirkung bei hochschulischen (Praxis-)Forschungsvorhaben, respektive der Skizzenerstellung und Antragseinreichung mit verschiedenen Hochschulen und

4 In Kooperation mit MATCH Pflege, siehe https://www.match-pflege.de/.

unterschiedlichen Fakultäten. Weitere realisierte und geplante Transferansätze finden sich in der nachfolgenden Diskussion.

Tabelle 2: Themen- und Engagementfelder Sorgende Stadt Hemau

Thema	**Engagement**
Gesundheit	Beratungs- und Bildungsangebote
Familie/Kinder	Bürgerschaftliches Engagement
Betreuung und Begleitung	Einbindung jüngerer Menschen
Bleicher-Anwesen – (Bebauung auf Basis aller Themen-/Engagementfelder)	
Bewegung	Wohnraum-/Boardinghouse
Mobilität	Digitale Teilhabe
Migration	Kulturelle Angebote
Fachkräfteallianz	

Quelle: Eigene Darstellung

Auszeichnungen

Neben verschiedenen Förderungen für einzelne Bausteine der Caring Community (u.a. durch StMAS, StMGP, DSEE, GKV-Spitzenverband, BAGSO/BMFSJ, LfP, EU/ESF+), den angesprochenen Preisen an die NBH sowie der kommunalen Mitfinanzierung wurde das Projekt ALIA u.a. als »Heimatverbundenes Unternehmen« (StMFH) sowie unter dem Motto »Im Alter gut versorgt in meiner Kommune« von der IKK classic mit dem »Gesundheits- und Pflegestern« ausgezeichnet. Hierzu bewertete eine unabhängige Jury um den Gerontologen und langjährigem Vorsitzenden der Bundesaltenberichtskommission Prof. Dr. Andreas Kruse 37 eingereichte Projekte nach Kriterien wie Innovationsgrad, gesellschaftliche Relevanz und dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen. Das Projekt ALIA gehörte zu den drei ausgezeichneten Projekten. Diese Würdigungen verdeutlichen, dass im Projekt ALIA weniger konzeptionelle und bauliche Alleinstellungsmerkmale (Unique Selling Points/USP) im Vordergrund stehen. Vielmehr stehen mit der beschriebenen neuen Denkweise die geistige Haltung aller Beteiligten bisher und künftig und damit der Unique Authenticity Point (UAP) im Mittelpunkt.

Diskussion und Ausblick

Nutzwertanalyse

Begründungs-, Entdeckungs- und Verwertungszusammenhang des Modellprojekts ALIA sind wissensbasiert entwickelt und realisiert. Fehlend hingegen ist jedoch dessen wissenschaftliche Evaluation. Wenngleich Transferprojekte und eine fortlaufende praxisnahe Evaluierung – durch z.B. zugewiesene Fördergelder und angesprochene Auszeichnungen aus kompetitiven Verfahren, erfolgreiche (Bürger-)Beteiligungsformate, regelmäßige Berichterstattungen und Sachstandsberichte in kommunalen Gremien und daraus folgende fortlaufende Kooperationen und Beauftragungen durch Gemeinde- und Stadträte (Beschlüsse) – den Erfolg und die Mehrwerte der Ziele, des Vorgehens und der Ergebnisse bestätigen. Exemplarisch hierfür steht u.a. die Auszeichnung mit dem Gesundheits- und Pflegestern der IKK classic.

Angestrebt wird dennoch eine Nutzwertanalyse, die in Fortführung des partizipativen Ansatzes zeigen kann, wie Beteiligte, insbesondere die Netzwerkpartner*innen, selbst festgelegte Evaluations-/Nutzwertkriterien bewerten (Endres 2008, S. 86). Für das aufgezeigte Selbstverständnis und Vorgehen im Projekt ALIA wäre die Methode aus einem weiteren Grund angemessen, denn sie bestimmt primär keinen quantitativen Nutzen, sondern soll im Sinne der agilen und iterativen Projektentwicklung weitere Lernprozesse in der Projektumsetzung unterstützen (Endres 2008, S. 86). Folgende für die LUCE Stiftung im Projekt ALIA handlungsleitende Fragen sollen dabei ebenfalls untersucht werden:

- Wie trägt das Projekt ALIA zur Bildungs-/Wissensregion bei?
- Welche Kriterien sind im Projekt ALIA für die Entwicklung einer Bildungs-/Wissensregion entscheidend?

Social Franchise – Projektitis

Wie in den Zielen angeführt, greift das Projekt ALIA konstitutiv auf bereits »erfundene«, vorliegende Konzepte und Maßnahmen zurück und folgt zudem dem Grundsatz Kooperation statt Konkurrenz. Exemplarisch hierfür können neben dem bereits angesprochen Netzwerk SONG die folgenden Beispiele guter Praxis angeführt werden: »Alt werden zu Hause – wo denn sonst« (AOVE GmbH 2024) und die »Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz« (Stadt Arnsberg 2011). Wenngleich der Begriff Projekt für das langfristige Vorgehen nicht passend erscheinen mag, hilft er in der Kommunikation nach außen. In Kenntnis der »Mythen des Projektmanagements« (Guddat/Seeberger 1999, S. 237–240) wurde zudem das originäre Ziel des Transfers auf andere (ländliche) Sozialräume erreicht. Bisher und weiterhin werden daher für die

künftigen Transferprojekte die von Amrhein (2021) skizzierten Ansätze eines »Social Franchise als Weg aus der Projektitis […]« berücksichtigt. Denn ebenfalls konstitutiv für das Projekt ALIA ist das von Amrhein hierzu formulierte Verständnis:

> »Projekte […] im sozialen Bereich sind das Gegenteil von Dauerhaftigkeit […] In Projekten verbrennen Geld, Kraft und Engagement, weil selten viel von ihnen übrigbleibt, wenn der ›Endtermin‹ gekommen ist und die Förderung endet […] In Projekten wird das sprichwörtliche Rad viel zu häufig neu erfunden […]. Kurz: Es mangelt nicht an innovativen Lösungen für gesellschaftliche Herausforderungen. Was fehlt, ist ihre dauerhafte praktische Anwendung und Weiterentwicklung. Es wird also in Zukunft für soziale Investoren und institutionelle Förderer stärker darum gehen, nicht bloß Projekte in ihrer Inkubationsphase zu finanzieren, sondern vor allem deren systematische Verbreitung zu unterstützen« (Amrhein 2021, S. 217/218).

Hierzu wird das Projekt ALIA auch künftig auf folgenden unterschiedlichen Ebenen »Skalieren statt erfinden […]« (Amrhein 2021, S. 219):

- Offener Transfer: Es müssen keine vertraglichen Beziehungen zwischen den Innovations- und Verantwortungspartnern entstehen und alle Beteiligten werden weiterhin Wissen und Erfahrungen teilen.
- Filialsystem: Es werden weitere Kommunen oder auch deren Unternehmen, respektive weitere Standorte zur Verbreitung beitragen.
- Social Franchising: Die LUCE Stiftung und deren Innovations- und Verantwortungspartner werden Partnerschaften zu anderen Organisationen und deren Partner*innen aufbauen, die das Projekt ALIA übernehmen und an anderen Standorten in eigener Verantwortung skalieren (Amrhein 2021, S. 220–222).

Meilen- und Stolpersteine

Das Projekt ALIA ist einerseits langfristig und ohne konkretes Ende formuliert. Ziel ist es dennoch, dass die Netzwerkpartner*innen den Umfang der externen Begleitung durch die LUCE Stiftung sukzessive reduzieren und mittelfristig (nach fünf bis acht Jahren) nur noch fakultativ in Anspruch nehmen. Sie können dadurch ideell wie materiell die aufgebauten Ressourcen und Kompetenzen weiter verstetigen. Dies ist für die Modellgemeinde Weiherhammer bereits gelungen. Mittlerweile wird die Kommune primär darin unterstützt, ihre etablierten gemeindlichen Maßnahmen im Sinne eines Lotsen-, Case- und Care-Managements weiterzuentwickeln.

So wurde u.a. das erfolgreiche Demenzpräventionsprogramm GESTALT weiterentwickelt und dessen Koordinatorin ist mittlerweile als lokale Präventionslotsin tä-

tig. Gleiches ist für die gemeindliche Nachbarschaftshilfe geplant, deren Koordinator künftig auch formal als Pflegelotse wirken soll.

Diese Verstetigungen stellen Meilensteine dar, sind im Übergang jedoch auch mögliche Stolpersteine, da die Maßnahmen ihren Projektstatus verlieren und so auch dauerhaft in Struktur und Kultur der Organisation (hier der Gemeindeverwaltung) etabliert werden (sollen). Hinzu kommt, dass die Maßnahmen für ein Lotsen-Management auf die Etablierung einer gemeindenahen Nachbarschaftspflege und/oder einem Community Health Nursing ausgerichtet sind. Sollte dies, bzw. die strukturierte Einbindung der lokalen/gemeindlichen Lotsen in gesundheitliche und pflegerische Versorgungsprozesse, nicht gelingen, würden deren Mehrwerte nur schwach wirksam werden können.

Innovationsökosystem

Für die im Projekt ALIA aufgezeigte Vorgehensweise zur Etablierung von Caring Communities sind daher das Pflegekompetenzgesetz[5], Forderungen für weitreichende Veränderungen im Gesundheitssystem wie im Positionspapier »CareShare 13« (IPAG 2023) formuliert, die weitere Unterstützung für eine »Demokratische Sorgehaltung: Caring Community« (Kremer-Preiß 2021, S. 30) sowie die Institutionalisierung der Deutschen Agentur für Transfer und Innovation (DATI) zur Strukturförderung »regionaler […] Innovationsökosysteme« (BMBF 2024, S. 5), die das Projekt ALIA als Reallabor und Living Lab hervorbringt, von hoher Bedeutung. Die LUCE Stiftung hatte sich dementsprechend an der Entwicklung der DATI im Rahmen von DATI-LOG im Jahr 2022 beteiligt. Exemplarisch hierfür steht auch das ALIA-Projekt zur »Betrieblichen Integration ausländischer Pflegekräfte« (BIAP), das mit einem Wissenschaftspartner (Hochschule Hof), einem Netzwerkpartner (Gesundheitsregion^{plus} Nordoberpfalz) und mehreren Bildungs- und Pflegedienstleister*innen entwickelt und noch bis August 2026 umgesetzt wird. In einem nächsten Schritt sollen hierauf basierend im Rahmen der Angebote zur Berufsorientierung für technische Berufe der LUCE Stiftung, Angebote für das Berufsfeld Pflege und Gesundheit etabliert werden.

Im Rahmen des Projekts ALIA wird sich die LUCE Stiftung zudem auch weiterhin als Praxis- und Transferpartner in wissenschaftliche Diskurse, wie der »Hochschulinitiative für eine personzentrierte und nachhaltige Gestaltung von Technik und Digitalisierung in der Pflege« (Kunhardt et al. 2023) einbringen. Hierzu sind u.a. eine Veröffentlichung zur kommunalen Daseinsvorsorge im Sozialraum am Beispiel von Community Health Nursing (CHN) mit verschiedenen Hochschulen sowie ein digitales Bildungsangebot zur Stärkung der Selbsthilfe informell Pflegender (SSiP) in Vorbereitung.

5 Zum Zeitpunkt der Niederschrift noch im Gesetzgebungsverfahren.

Literatur

Amrhein, Uwe (2021): »Social Franchise als Weg aus der »Projektitis«. Vom Leuchtfeuer zum Flächenbrand: Wie sich soziale Innovationen systematisch verbreiten lassen«, in: Uwe Schmidt/Katharina Schönheim (Hg.), Transfer von Innovation und Wissen. Wiesbaden: Springer VS, S. 217–225. DOI: 10.1007/978-3-658-33667-7_12.

AOVE GmbH – Arbeitsgemeinschaft Obere Vils-Ehenbach (2024): »Alt werden zu Hause – wo denn sonst«. Siehe https://www.altwerdenzuhause.de/, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (2018): »Brücken bauen. Dortmunder Erklärung«. Siehe https://www.bagso.de/publikationen/positionspapier/dortmunder-erklaerung/, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (2023): »Positionspapier. Sorge und Pflege: Neue Strukturen in kommunaler Verantwortung«. Siehe https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2023/Positionspapier_Sorge_und_Pflege.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2019): »Statistik kommunal 2018. Gemeinde Weiherhammer 09 374 166«. Siehe https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/statistik_kommunal/2018/09374166.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Bleck, Christian (2021): »Orientierungen zum Sozialraum in der stationären Altenhilfe«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 4, S. 324–329.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2024): »Deutsche Agentur für Transfer und Innovation. Konzept«. Siehe https://www.bmbf.de/SharedDocs/Downloads/DE/2024/Konzept_der_BReg_zur_Gr%C3%BCndung_der_DATI.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): »Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften«. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.

Braeske, Grit/Hahnel, Elisabeth/Neuwirth, Julia/Engelmann, Freja/Lingott, Nina (2021): »Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege.« Gütersloh: Bertelsmann. Siehe https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Potenziale_sozialer_Innovationen_in_der_ambulanten_Langzeitpflege_IGES_Studie.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Brandenburg, Hermann/Lörsch, Martin/Bauer, Judith/Ohnesorge, Bernadette/Grebe, Christian (Hg.) (2021): »Organisationskultur und Quartiersöffnung in der stationären Altenhilfe«. Wiesbaden: Springer.

Büscher, Andreas/Gruber, Eva Maria/Peters, Lara/Ostermann, Rüdiger/Becker, Tobias/Bruns, Monique (2022/VÖ 19.09.2024): »Evaluation eines Modellprojektes zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland. Abschlussbericht«. Projektträger: GKV-Spitzenverband. Osnabrück, Münster: Hochschule Osnabrück, FH Münster, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2022_Evaluation_Buurtzorg_Abschlussbericht_MP_8_Abs.3_SGB_XI.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Endres, Egon (2008): »Die Evaluation und Steuerung von Netzwerken durch Nutzwertanalysen«, in: Christoph Clases/Hartmut Schulze (Hg.), Kooperation konkret! 14. Fachtagung der Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftspsychologie. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 85–97.

Farin-Glattacker, Erik/Kirschning, Silke/Meyer, Thorsten/Buschmann-Steinhage, Rolf (2014): »Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung«. Siehe https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Fachausschuesse/Forschung/Partizipation_an_der_Forschung_%E2%80%93_eine_Matrix_zur_Orientierung.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Gemeinde Weiherhammer (2012): »Integriertes Ortsentwicklungskonzept. Weiherhammer Ort, Dürnast, Kaltenbrunn, Trippach«. München: Schober Architekten und Heinritz, Salm und Stegen Partnerschaft für angewandte Stadt- und Sozialforschung.

Guddat Carsten/Seeberger, Bernd (1999): »Projektmanagement«, in: Andrea Kerres/Juliane Falk/Bernd Seeberger (Hg.), Lehrbuch Pflegemanagement. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 205–242.

IPAG – Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V. (2023): »Care Share 13. Gesundheitsversorgung braucht Infrastruktur. Ein Architekturentwurf für einen neuen Systemtyp«. Siehe https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/wp-content/uploads/2023/07/ipag-Care-Share-13.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Klie, Thomas/Storm, Andreas (2024): »Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. Erste Ergebnisse DAK-Pflegereport 2024«. Siehe https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/64758/data/ba0055571628deb22062301330b216a6/240409-download-praesentation-pflegereport.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

König, Mathias/König, Wolfgang (2012): »Neue Formen der Bürgerbeteiligung in der Kommunalpolitik«, in: Georg Weißeno/Hubertus Buchstein (Hg.), Politisch handeln: Modelle, Möglichkeiten, Kompetenzen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 58–73.

König, Mathias/König, Wolfgang (2012): »Neue Formen der Bürgerbeteiligung in der Kommunalpolitik«, in: Georg Weißeno/Hubertus Buchstein (Hg.), Politisch handeln: Modelle, Möglichkeiten, Kompetenzen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 58–73.

Kremer-Preiß, Ursula (2021): »Wohnen 6.0 – mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege«. Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. Siehe https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Kruse, Andreas (2017): »Grußwort«, in: KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), Sozialraumorientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n). Kommunale Handlungsfelder des Siebten Altenberichts, in: Pro Alter, Sonderausgabe Oktober 2017, S. 6.

Kunhardt, Horst/Zerth, Jürgen/Eberl, Ingrid/Flemming, Daniel/Hilbert Josef/Weber, Karsten/Kohls, Nico/Rester, David (2023): »Hochschulinitiative für eine personenzentrierte und nachhaltige Gestaltung von Technik und Digitalisierung in der Pflege – Wege von der Anwendungsforschung zur Implementierung und Evaluierung in der Praxis und Lebenswelt«. DOI: 10.13140/RG.2.2.32095.64160.

Künzel, Alexander (2017): »Ein »Weiter so« wird es nicht geben! Nur im Quartier und nur in geteilter Verantwortung lässt sich Pflege sichern«, in: KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Sozialraumorientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n). Kommunale Handlungsfelder des Siebten Altenberichts. In: Pro Alter, Sonderausgabe Oktober 2017, S. 20.

Landesamt für Pflege (2020): »Informationen zu »Öffnung in den sozialen Nahraum« im Rahmen der Richtlinie zur investiven Förderung von Pflegeplätzen sowie der Gestaltung von Pflege und Betreuung im sozialen Nahraum (PflegesoNahFöR)«. Siehe https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2020/06/merkblatt_oeffnung_in_den_soz_nahraum.pdf, zuletzt abgerufen am 26.02.2021.

Landratsamt Neustadt an der Waldnaab (2009): »Handlungskonzept. Zukunftsorientierte Seniorenpolitik im Landkreis Neustadt a.d. Waldnaab«.

Pilhofer, Georg (2017): »Konzept für das Projekt »Neue Wohnformen und Begegnungsstätten für Senioren/-innen in Weiherhammer«. Amberg: Verein zur Förderung der seelischen Gesundheit im Alter e.V. (SEGA), unveröffentlicht.

Probst, Maximilian/Scholz, Anna-Lena (2021): »Manch Neues erscheint lange abstrus« In: Die Zeit 53, S. 35.

PUBinPLAN, Technische Hochschule Deggendorf (2021/2024): »Bürgerbeteiligung Projekt ALIA, Gemeinde Weiherhammer«. Siehe https://pubinplan.th-deg.de/, zuletzt abgerufen am 03.11.2024.

Reinert, Adrian/Sinnig, Heidi (1997): »Mobilisierung der Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger. Das Bürgergutachten ÜSTRA zum öffentlichen Nahverkehr in Hannover«, in: Theo Bühler (Hg.), Bürgerbeteiligung und Demokratie vor Ort. Bonn: Stiftung Mitarbeit, S143-157.

Scharfenberg, Elisabeth (2017): »Prävention und Kooperation: Mehr Kompetenzen für Kommunen«, in: KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), Sozialraum-

orientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n). Kommunale Handlungsfelder des Siebten Altenberichts. In: Pro Alter, Sonderausgabe Oktober 2017, S. 12–14.

Schmuderer, Sven (2024): »Gesellschaftliches Engagement und Partizipation in städtisch- und ländlich-digitalen Räumen«. Dissertation. Passau. Universität Passau. http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:739-opus4-14611, zuletzt abgerufen am 03.11.2024.

Schmuderer, Sven/Zink, Roland (2021): »Abschlussbericht: Wissenschaftliche Begleitung der Bürgerbeteiligung im Projekt ALIA in der Aktiven generationenfreundlichen Gemeinde Weiherhammer«. Siehe https://pubinplan.th-deg.de/static/Abschlussbericht_ALIA_THD.pdf, zuletzt abgerufen am 03.11.2024.

Schröer, Andreas/Freis, Tamara/Vonhoff, Katja (2024): »Innovationsentwicklung für die Pflege im Quartier – Beitrag von sozialen Innovationslaboren«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1, S. 543–549.

Seeberger, Bernd/Rester, David (2018): »Die ergraute Gesellschaft – Herausforderungen für die Zukunft«, in: Pflegezeitschrift, 3, S. 10–13.

Stadt Arnsberg (2011): »Arnsberger »Lern-Werkstadt« Demenz. Handbuch für Kommunen«. Siehe www.projekt-demenz-arnsberg.de/handbuch, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Stauner, Gerda (2022): »Ein generationenübergreifendes Projekt: Agil leben im Alter«. Siehe https://goodnews-for-you.de/ein-generationenuebergreifendes-projekt-agil-leben-im-alter/, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

StMGP – Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2022): »Gute Pflege. Daheim in Bayern. Gemeinsames Strategiepapier Kommunale Strategien zur Stärkung bedarfsgerechter pflegeorientierter Sorgestrukturen«. Siehe https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/11/strategiepapier_gute-pflege.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Zacher, Johannes/Prestel, Philipp/Boehnki, Karina/Fischer, Lisa/Gross, Magdalena/Konrad, Eva (2023): »Gutachten Fortentwicklung der Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste im Auftrag des StMGP«. Kempten: IGG – Institut für Gesundheit und Generationen, Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten. Siehe https://www.stmgp.bayern.de/pflege/aktuelles-aus-der-pflege/, zuletzt abgerufen am 12.12.2024.

Translationsregionen als habitueller Raum für die digitalisierte Gesundheitsversorgung

Digitalisierung als Säule einer gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitsversorgung

Sebastian Hofstetter, Bernhard Kraft, Annabell Gangnus, Uta Kirchner-Heklau, Karsten Schwarz, Patrick Jahn

Translationsregionen als habitueller Raum einer gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitsversorgung

Die digitale Transformation durchdringt zunehmend alle Bereiche der postindustriellen Gesellschaft – auch die Gesundheitsversorgung (Kricheldorff 2024, S. 62). Dabei besteht die Aussicht auf eine sinnvolle, ethisch verantwortliche und sogar über »die Verwendung von Robotern« (Steineck 211, S. 57) hinausgehende digitale Transformation der Gesundheitsversorgung. Digitale und assistive Technologien (DAT) bieten dazu neue Möglichkeiten und Herausforderungen. Sie verändern die Art der pflegerischen Versorgung und die Räume, in denen sie stattfindet. Vor diesem Hintergrund gewinnen Translationsregionen an Bedeutung. Dabei handelt es sich um interdisziplinär angelegte Räume, in denen es einen wechselseitigen Verstehens- und Wissenstransfer zwischen Wissenschaft, Technologieentwicklung und Pflegepraxis geben soll, der zum Verständnis professionsspezifischer Handlungslogiken beiträgt (Jahn/Schwarz 2024, S. 13–14), ohne dabei eine Sphäre zugunsten einer anderen zu benachteiligen. Der Transfer beinhaltet sowohl die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis als auch die Rückführung praktischer Erfahrungen in Forschung und Entwicklung (Jahn et al. 2020, S. 32). Translationsregionen verbinden als regionale Innovationsräume digitale und analoge Versorgungsstrukturen, indem sie Forschung, Praxis und Technologieentwicklung zusammenführen. Als eine Form des »*hybriden Sozialraumes*« (Welskoop-Deffaa 2018) integrieren sie etablierte Formen der Gesundheitsversorgung und DAT, damit neue Versorgungsansätze erprobt und angepasst werden können. So haben Translationsregionen das Potential nicht nur die technische Implementierung neuer Systeme zu fördern, sondern auch deren nachhaltige Verankerung in Versorgungsstrukturen (Kühling 2023).

Zum Verstehen helfen Pierre Bourdieus Konzepte des Habitus und Habitats, indem sie einen theoretischen Rahmen liefern. Bourdieu beschreibt den Habitus als ein durch soziale Praktiken geprägtes, internalisiertes System von Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmustern, das in Wechselwirkung mit seiner Umwelt (Habitat) steht. Da das Habitat – als materielle und soziale Umgebung – den Habitus formt (Bourdieu 2020b, S. 111–115; Schultheis et al. 2023, S. 6–7), führen tiefgreifende Veränderungen, etwa durch die Digitalisierung, langfristig zu einer Transformation pflegerischer Praktiken. Transformationen können etablierte Handlungsroutinen destabilisieren und Anpassungsprozesse erfordern (Bourdieu 2018, S. 41). Übertragen auf die digitale Transformation der Pflege bedeutet dies, dass der Wandel von analogen, erfahrungs- und evidenzgeleiteten Praktiken hin zu datenbasierten, technisierten Routinen Arbeitsabläufe verändert und tradierte Routinen Pflegender herausfordert. Die Nutzung neuer Technologien, z.B. Telemedizin, KI-gestützte Diagnosen oder die elektronische Patient*innendokumentation, erfordert nicht nur technische Anpassungen, sondern auch die nachhaltige Integration in berufliche Routinen und institutionelle Strukturen (Franke et al. 2021, S. 4).

Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ist keine bloße Modernisierung, sondern ein umfassender sozialer Transformationsprozess, der Routinen, Wahrnehmungsmuster und professionelle Identitäten neu strukturiert, wozu neue Kommunikations- und Versorgungsformen in die Gesundheitsversorgung integriert werden sollten (Hofstetter 2020, S. 126). Die Implementierung von DAT erfordert eine ganzheitliche Betrachtung, die technische, organisatorische, emotionale und kulturelle Aspekte einbezieht (Franke et al. 2021, S. 9; Schlicht et al., S. 2 & 16). Dies verändert die Anforderungen an Pflegende grundlegend: Sie sollten nicht nur mit neuen Technologien umgehen, sondern auch deren Auswirkungen auf Arbeitsprozesse und zwischenmenschliche Interaktionen reflektieren können. Digitale Kompetenz ermöglicht die effektive Integration technologischer Lösungen, technisches Verständnis ist essenziell für die Bewertung der Funktionsweise und der Grenzen digitaler Systeme. Gleichzeitig erfordert die zunehmende Virtualisierung der Kommunikation – etwa in der interprofessionellen Zusammenarbeit über digitale Plattformen – neue Formen der Interaktion, die über die traditionelle Gesprächsführung hinausgehen (vgl. Hofstetter et al. 2024a, 2024b; Walzer et al. 2025, S. 2).

Am Beispiel der Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) zeigen wir im Folgenden, wie DAT in die Pflegepraxis implementiert werden können und Translationsregionen dazu beitragen, Versorgungsprozesse neu zu denken (Jahn/Schwarz 2024). Eine TDG ist ein durch die digitale Transformation geprägter Raum, in dem traditionelle Pflegepraktiken durch digitale Lösungen ergänzt werden. Für ein besseres Verständnis erläutern wir, welche Rolle die TDG in der Gesundheitsversorgung einnimmt. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie DAT in neue

Versorgungsräume integriert, internalisiert und habitualisiert werden können. Die TDG fungiert als regionales und missionsorientiertes Innovationsökosystem (Schraad-Tischler et al. 2021, S. 14 & 20), in dem Akteur*innen aus Wissenschaft, Pflegepraxis und Technologieentwicklung interprofessionell zusammenarbeiten, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu transformieren (Jahn/Schwarz 2024). So können technische und kulturelle Anpassungsprozesse gestaltet und Translationsregionen als dynamische Räume konzeptualisiert werden, die eine Schlüsselrolle für die Analyse und Gestaltung digitaler Transformationsprozesse übernehmen (Kühling 2023).

Habitualisierung der digital unterstützten Pflege- und Gesundheitsversorgung

Räume und Habitate sind Teil des Metaparadigmas der Pflegewissenschaft (Fawcett 1999, S. 13). Metaparadigmen dienen allgemein als taxonomische Kategorien für die Differenzierung wissenschaftlicher Disziplinen und definieren deren Rahmen für die Wissensproduktion, Forschung und Praxis. Das Metaparadigma der Pflege umfasst vier Dimensionen: *Umwelt*, *Mensch*, *Gesundheit* und *Pflege* (Fawcett 1994, S. 84–85). Während *Mensch* die Rezipient*innen der Pflege betrifft und *Gesundheit* deren Status im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beschreibt, umfasst *Pflege* alle formellen und informellen Handlungen der gesundheitlichen Versorgung. Die Dimension *Umwelt* ist besonders relevant, weil sie physische, aber auch soziale und digitale Räume der Pflege einbezieht (World Health Organisation 2001a, 2001b). Traditionell wird *Umwelt* als geografischer Raum verstanden, Purisima et al. (2024) erweitern diesen Umweltbegriff jedoch: Sie beschreiben digitale Interaktionsräume als zentrale Elemente des »environments« für pflegerische Versorgung. Umwelt wird damit nicht mehr ausschließlich als physischer Raum verstanden, sondern als multidimensionales Konstrukt, das sozialräumliche und digitale Aspekte integriert. Fürsorgeaspekte, ein habitueller Teil professionellen pflegerischen Handelns, können auch in digitalisierten Umwelten als Performanz sichtbar und wirksam werden. Dies setzt jedoch voraus, dass digitale Räume so gestaltet werden, dass sie verschiedene Akteur*innen als Gestaltende innovativer Lösungen in der Pflegeversorgung zusammenbringen.

Damit dieses Potenzial entfaltet werden kann, bedarf es förderlicher Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund umfasst die Dimension *Umwelt* die Bereiche Person, Pflege und Gesundheit (vgl. Fawcett 1999, S. 126). Dazu müssen digital angereicherte Umwelten so konzipiert sein, dass sie Akteur*innen einbinden und als offene Innovationsräume dienen. Hier könnten neue, digital unterstützte Pflegekonzepte entwickelt, erprobt und in die Praxis überführt werden. Translationsregionen könnten dazu beitragen, dass die durch die Digitalisierung angestoßene Verände-

rung versorgerischer Praktiken aufgegriffen und Interaktionsmuster innerhalb der Pflege angepasst und tiefgreifend transformiert werden.

Obwohl *Umwelt* als pflegerische Dimension anerkannt ist, wurde sie bislang vergleichsweise wenig erforscht (Purisima et al. 2024, S. 615). Die Auseinandersetzung mit *Umwelt* als Bestandteil des pflegerischen Metaparadigmas gewinnt insbesondere im Zuge der Digitalisierung an Bedeutung (Kleffel 1996, S. 2; Schlicht et al. 2025, S. 14). Wenn aber Pflegepraktiken sich zunehmend auch in digital erweiterten Umwelten vollziehen, ist die Reflexion von Annahmen und die Weiterentwicklung pflegerischer Handlungskonzepte erforderlich (World Health Organisation 2016, S. 31). Die TDG nun ist der Raum, in dem die Transformation pflegerischer Umwelten untersucht werden kann, um digitale Einflüsse auf pflegerische Interaktionsprozesse besser zu verstehen. Entscheidend ist, dass dabei Digitalisierung nicht nur als technische Anpassung betrachtet wird, sondern als langfristiger Prozess der Habitualisierung – also der nachhaltigen Integration digitaler Praktiken in versorgerische Routinen.

An der TDG-Region zeigt sich eine durch drei zentrale Kategorien charakterisierte Dynamik: *Translation*, *Transformation* und *Co-Kreation* (Jahn et al. 2020, S. 32–33). Diese Struktur hilft bei der Analyse der Voraussetzungen, unter denen DAT in die Versorgung eingeführt und langfristig einsetzbar werden können. Damit bildet die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Forschung, Entwicklung und Praxis das zentrale Element einer erfolgreichen Translation, denn gegenseitiges Lernen trägt dazu bei, dass digitale Lösungen den Anforderungen der Versorgungspraxis entsprechen und Versorgungsprozesse gezielt unterstützen können. Ein Beispiel ist die elektronische Patient*innendokumentation, die Dokumentationsprozesse optimiert und die Kommunikationsstrukturen für Gesundheitsakteur*innen verbessert (Rusniok et al. 2022, S. 788).

Translation allein reicht jedoch nicht aus, um die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung erfolgreich zu meistern. Auch bedarf es der Schulungen und Anpassungen der Versorgungsrealitäten Pflegender (Schlicht et al. 2025, S. 9). Die digitale Transformation umfasst also die Einführung digitaler Technologien *und* deren Einpassung in bestehende und neue Versorgungsstrukturen. Dazu gehört die Neugestaltung von Pflegeprozessen, die Überprüfung von Rollenverteilungen und die Anpassung beruflicher Routinen an neue Anforderungen. Hierbei dient die TDG-Region als Transformationsmodell, in dem DAT in Pflegepraktiken integriert werden können – was zu effizienteren und flexibleren Versorgungsprozessen führen soll, wie beispielsweise durch ein pflegegeleitetes, hybrides Herzinsuffizienznetzwerk (vgl. dazu Rothmann et al. 2023, 2024). Dies zeigt, dass die digitale Transformation strukturelle Veränderungen erfordert, die durch die Beteiligung aller Akteur*innen legitimiert und akzeptiert werden müssen (Jahn et al. 2020, S. 32).

Ein zentraler Bestandteil dessen ist die Co-Kreation. In diesem partizipativen Entwicklungsprozess werden Pflegefachpersonen, Forschende, Entwickelnde und weitere Stakeholder*innen frühzeitig in Gestaltungsprozesse eingebunden (ebd., S. 33). Co-Kreation setzt auf die partizipative Entwicklung, um praxisnahe und anwendungsfreundliche digitale Lösungen zu schaffen (Müller/Jahn 2024, S. 7). Die TDG-Region zeigt, dass Co-Kreation die Akzeptanz und Effektivität neuer Technologien steigern und so der Herausforderung, partizipative Prozesse langfristig institutionell zu verankern, begegnet werden kann (vgl. Dalko et al. 2023; Müller et al. 2025). Sie fungiert als Knotenpunkt für Translation, Transformation und Co-Kreation. Dabei nehmen nichtärztliche Gesundheitsberufe eine Schlüsselrolle ein, indem sie an der Gestaltung und Implementierung digitaler Versorgungsansätze mitwirken.

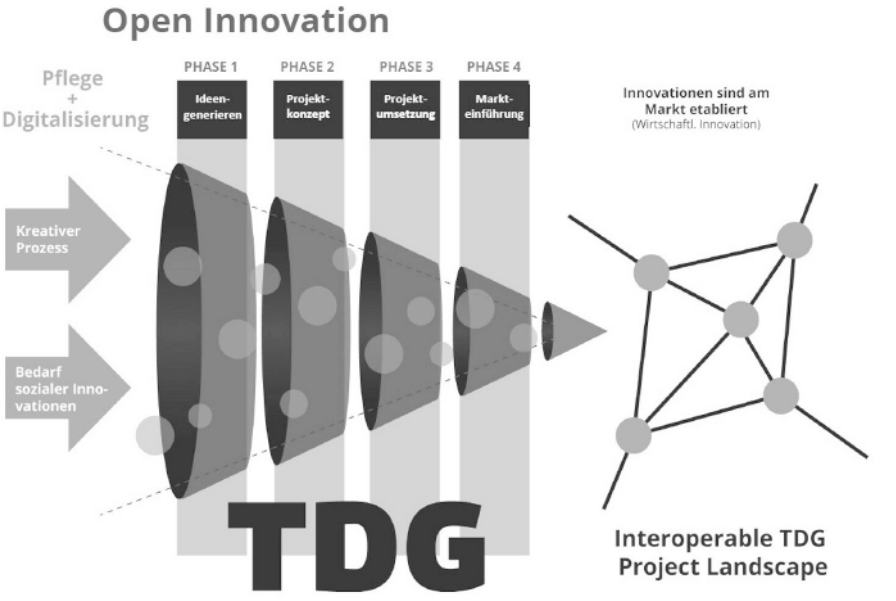
Die Digitalisierung als habitualisierter Prozess

Der kontinuierliche und dynamische Prozess der Translation, Transformation und Co-Kreation ist für die erfolgreiche Implementierung von DAT in die Versorgungspraxis hoch bedeutsam. Dabei ist die TDG das zentrale Innovationsinstrument, das die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Technologieentwicklung und Pflegeinstitutionen strukturiert und langfristig absichert, sodass digitale Lösungen über die Forschungs- und Pilotphase hinaus in Versorgungsprozesse integriert werden können.

Die TDG-Region strukturiert die digitale Gesundheitsversorgung durch Translation, Transformation und Co-Kreation. Die Nachhaltigkeit des Forschungstransfers hängt davon ab, ob DAT eingeführt *und* in sozialräumliche und berufliche Strukturen eingebettet werden. Bourdieus (2020a, S. 97) »strukturierende[n] Struktur« beschreibt diesen Prozess: Neue Technologien formen Pflegepraktiken, die wiederum neue Thematisierungs- und Betrachtungsweisen etablieren (Jahn et al. 2020, S. 19; Hofstetter et al. 2024a, S. 97). Die TDG fungiert nicht nur als Testumgebung für DAT, sondern auch als Habitualisierungsraum für digitale Pflegepraktiken. Szenarienbasierte Reflexionen und strukturierte Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Schmiljun et al. 2023; Steindorff et al. 2024b; Hofstetter et al. 2024a; Kraft et al. 2024) unterstützen diesen Prozess. Werte wie Empathie, Fürsorge und soziale Verantwortung (Fawcett 1999, S. 58) werden durch die Transformation dann nicht ausgeschlossen, wenn Umwelten wie die TDG als Raum der Habitualisierung digitaler Pflegepraktiken verstanden werden und der digitale Wandel die Anforderungen von Pflege berücksichtigt. Ein Beispiel: die Aufwertung von Pflegeberufen durch digitale Kompetenz (Grbic 2024, S. 12). Zentrale pflegerische Werte bleiben bestehen, während sich Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata durch digitale Kompetenzen erweitern. Hierfür ist die TDG die strukturelle Rahmung: Sie fungiert als hybrider Raum, in dem etablierte analoge und innovative digitale Ver-

sorgungsformen ineinandergreifen (Welskoop-Deffaa 2018, S. 3) und zur Nachhaltigkeit digitaler Pflegeansätze beiträgt, indem die personenzentrierte Versorgung mit technologischen Innovationen kombiniert wird (Phanareth et al. 2017). So werden nicht nur singuläre Praktiken, sondern auch Arbeitskulturen und Organisationsstrukturen verändert. Dadurch könnten sich verbesserte Rahmenbedingungen ergeben, die sich positiv auf Gesundheitsberufe und die Versorgungsqualität auswirken (Franke et al. 2021, S. 11).

Abbildung 1: Open Innovation in der Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG)



Quelle: Eigene Darstellung

Der Pflegehabitus in der Technosphäre

Die durch die Digitalisierung hervorgerufenen strukturellen Veränderungen manifestieren sich in Organisationen und Arbeitskulturen und induzieren zudem Veränderungen in individuellen Dispositionen und Interaktionsweisen Pflegender im digitalen Umfeld. Für das Verständnis der Wechselwirkungen von Interaktionsweisen Pflegender im digital angereicherten Umfeld bietet der Ansatz des »*technoökologischen Habitus*« eine hilfreiche Perspektive, die es erlaubt, die technoökologisch eingebettete Position der Menschen als Habitus zu begreifen (Herberg/

Schmieg 2018, S. 177). Mit Blick auf die TDG spielt dabei insbesondere die Umverteilung von Ressourcen eine zentrale Rolle. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass Pflegende technologische Kompetenzen erwerben und digitale Sorgeprozesse steuern können, weil sie über die notwendigen Fähigkeiten verfügen müssen, um Prozesse der der Gesundheitsförderung und Versorgung in digitalen Umgebungen erfolgreich umzusetzen (Geukes et al. 2022, S. 168). Dies erfordert die Anpassung von Handlungsroutinen und die Reflexion veränderter Rollenbilder und pflegerischer Identitäten (Jahn/Schwarz 2024, S. 18). Besonders die digitale Gesundheitskompetenz *(digital health literacy)* wird zur zentralen Fähigkeit professionellen pflegerischen Handelns, also zur Fähigkeit, erworbenes Gesundheitswissen in digitalen Umgebungen in Handlungen umzusetzen. Sie umfasst die zielgerichtete Regulation, Informationsverarbeitung, Kommunikation und Nutzung (Ban et al. 2024, S. 14). Ihre Relevanz für Pflegende ergibt sich vor allem aus der präventiven Ausrichtung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, weil ein zentraler Schwerpunkt der Berufe auf Prävention und Gesundheitsförderung liegt (vgl. Schaeffer/Horn 2023). Digitale Gesundheitskompetenz ermöglicht es Pflegenden, evidenzbasiertes Wissen zu digitalen Präventionsstrategien zu nutzen, Patient*innen in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken und interaktive digitale Versorgungsangebote gezielt in den Pflegealltag zu integrieren. Dadurch leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Patient*innenautonomie und zur Verbesserung präventiver Versorgungsstrukturen (vgl. Rothmann et al. 2023, 2024) und der nachhaltigen Entlastung eines unter finanziellem Druck stehenden Gesundheitssystems.

Herausforderungen für die Habitualisierung in der Pflege

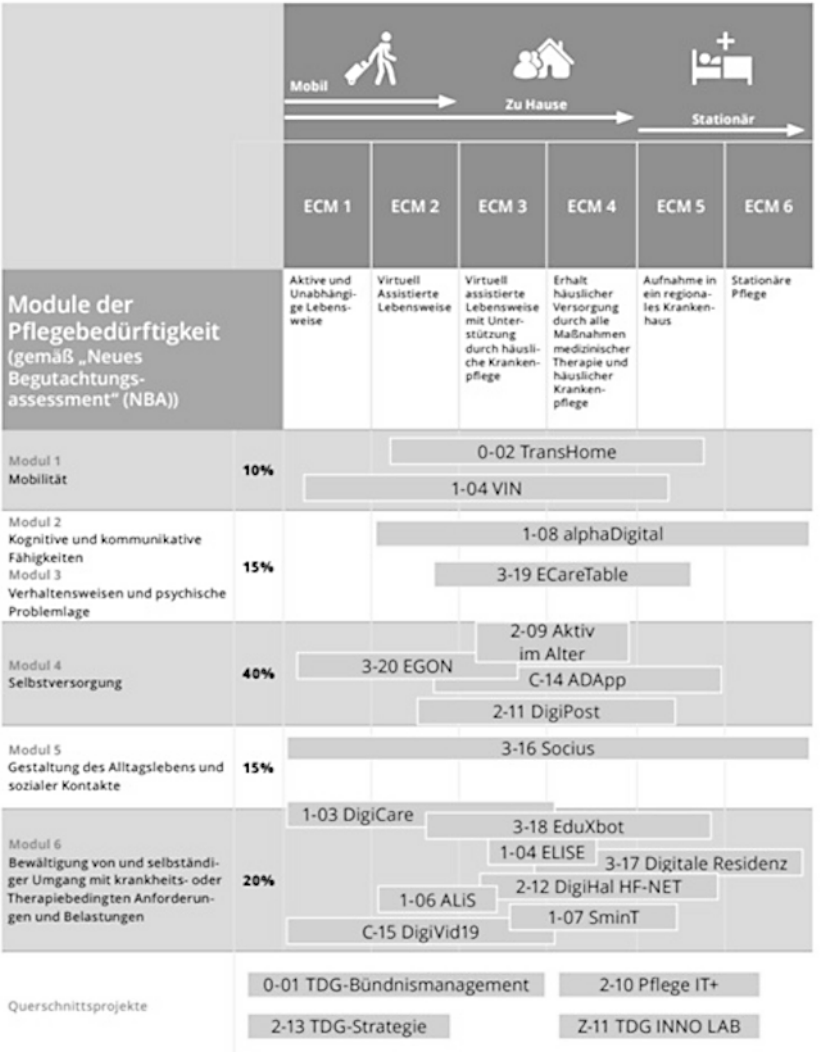
Digitale Gesundheitskompetenz beinhaltet auch die Überwindung struktureller, kultureller und technologischer Barrieren. Obwohl digitale Systeme wie die elektronische Dokumentation eine effizientere Kommunikation und eine frühzeitige Risikoerkennung ermöglichen (Schäpke et al. 2017, 4–5) zeigen sich praktisch vielfältige Herausforderungen. Ein zentrales Hindernis ist die Nutzenabsicht neuer Technologien. Endnutzende müssen digitale Systeme als sinnvolle Unterstützung wahrnehmen (Hofstetter et al. 2023, 40–41). Ohne Schulungen und die partizipative Einbindung in Entwicklungsprozesse bleibt die Passgenauigkeit digitaler Lösungen auf versorgungsrelevante Probleme oft unzureichend, was dazu führt, dass sie eher als Belastung statt als Entlastung empfunden werden. Fehlende digitale Gesundheitskompetenz kann Unsicherheiten verstärken und den Wandel verlangsamen. Problematisch sind darüber hinaus finanzielle und infrastrukturelle Hürden, insbesondere in kleineren Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten (Purisima et al. 2024, 618). Neben den pragmatischen Herausforderungen, die sich aus der technischen Entwicklung ergeben, sind ethische Fragen zu berücksichtigen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn es um den Umgang mit subjektsimulierenden

Technologien geht (Scholtz 2011, 118). Thematisch relevant sind der Datenschutz, die Patient*innensouveränität und der Erhalt zwischenmenschlicher Pflegeinteraktionen, für deren bewusste Gestaltung die Schaffung digitaler Versorgungsräume erforderlich ist (Schäpke et al. 2017, 5). Die Digitalisierung hat das Potenzial, Ressourcen neu zu verteilen und Machtstrukturen in der Pflegepraxis zu verändern, wenn technische Kompetenz zur Neudefinition von Hierarchien und Verantwortlichkeiten führt. Dies erfordert die Reflexion der Rolle der Pflege in der digitalen Ära. In diesem Zusammenhang könnte die TDG-Region als Reallabor fungieren, in dem Herausforderungen untersucht, digitale Innovationen erprobt und Strategien für eine nachhaltige Integration in die berufliche Praxis entwickelt werden. Durch eine partizipative Gestaltung digitaler Transformationsprozesse könnten Gesundheitsberufe ihre Digitalkompetenzen erweitern und die digitale Transformation durch professionelle Expertise aktiv mitgestalten.

Die Rolle der TDG als Realabor

Die TDG-Region orientiert sich am Modell eines Reallabors und schafft eine Umgebung, in der neue DAT auf ihre Funktionalität geprüft und in Arbeitsprozesse sowie berufliche Routinen integriert werden können (Schäpke et al. 2017, S. 15). Dabei geht es sowohl um die Einführung neuer Systeme als auch deren schrittweise Einpassung in pflegerische Routinen. In praxisnahen Testumgebungen können digitale Versorgungsmodelle kontinuierlich weiterentwickelt und neue Handlungsweisen nachhaltig im beruflichen Habitus der Pflegenden verankert werden, wodurch neben der technologischen Erprobung auch soziale und kulturelle Transformationen angestoßen werden. Ein zentrales Instrument zur Steuerung dieser Translationsaktivitäten ist die *TDG Social Innovation Matrix* (TDG SIM). Sie verbindet die Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (SGB XI) zur Quantifizierung der Beeinträchtigung der Teilhabe (Schaeffer/Wingenfeld 2011) mit dem Epital Care Model (ECM) (Phanareth et al. 2017). Die SIM beschreibt eine ko-kreative, patient*innenzentrierte Methode zur Versorgungsintegration von DAT und umfasst sechs Phasen von der selbständigen Lebensführung bis zur stationären Versorgung. Als Modell für eine digital erweiterte Gesundheitsversorgung verfolgt es einen präventiven und proaktiven Ansatz zur Stärkung des Selbstmanagements von pflegeempfangenden Menschen.

Abbildung 2: Social Innovation Matrix (TDG SIM)



Quelle: Eigene Darstellung

Ausgestaltungmöglichkeiten werden durch transformative Forschungsansätze untersucht (Schäpke et al. 2017, S. 41) und durch die transdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegepraxis, Wissenschaft, Politik und Technologieentwicklung unterstützt – durch die innovationsoffene Umwelt der TDG. Die TDG ist also ein Experimentierfeld, in dem digitale Lösungen unter realen Bedingungen evaluiert, skaliert

und auf Versorgungssettings übertragen werden (Jahn/Schwarz 2024, S. 18). Erste Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass eine erfolgreiche Integration digitaler Innovationen in den Versorgungsalltag die Anpassung an sozialräumliche und berufliche Strukturen erfordert, wozu eine effektive Zusammenarbeit und die gezielte Entwicklung neuer Teamstrukturen und -rollen förderlich ist (Dalko et al. 2023, S. 9).

Digitale Vernetzung und hybride Versorgungsräume in der Pflege

Pflege war historisch primär an physische Orte gebunden (Schweikardt 2008, S. 25–31). Mit der Digitalisierung entstehen nun hybride Versorgungsräume, in denen physische und virtuelle Dimensionen verschmelzen. Die TDG als Translationsregion steht exemplarisch für diesen Wandel: Sie bricht traditionelle Strukturen auf und erweitert sie um vernetzte, digital unterstützte Versorgungsansätze. Der Pflegeort ist nicht mehr ausschließlich materiell definiert, sondern als Interaktion zwischen Menschen, Digitalisierung und Umgebung. Dies entspricht aktuellen Anforderungen an eine dynamische Gesundheitsversorgung, in der Pflegepraktiken, soziale Beziehungen und Digitalisierung ineinandergreifen (Purisima et al. 2024, S. 615).

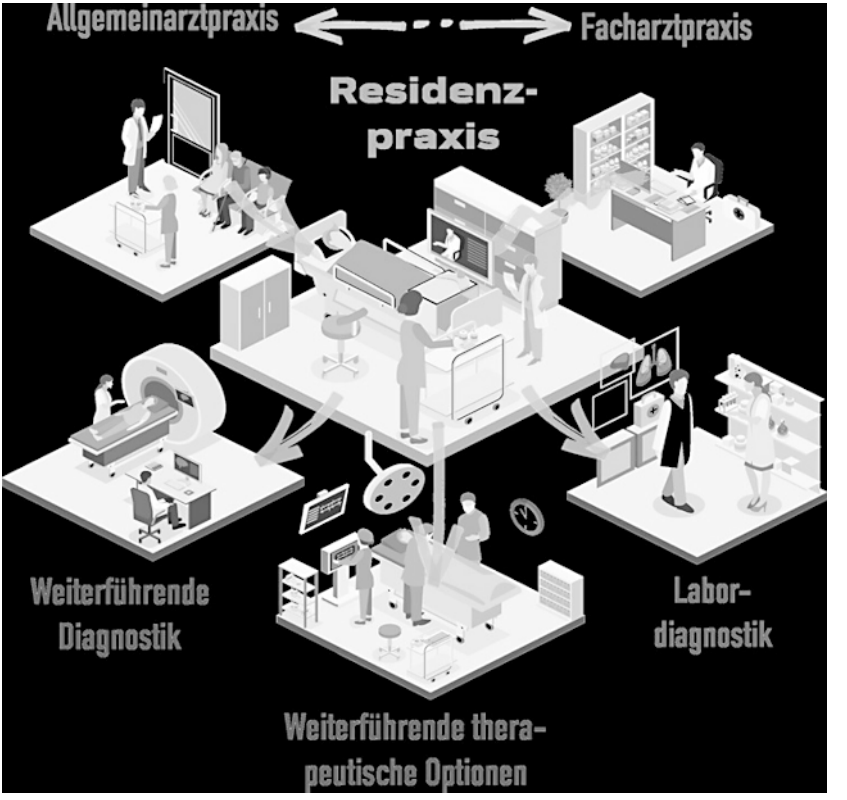
In ihrer geografischen Dimension umfasst die hier beschriebene TDG fünf Landkreise mit 5.900 km² und 764.000 Einwohner*innen (Jahn/Schwarz 2024, S. 17–19) im südlichen Teil des Bundeslandes Sachsen-Anhalt. Als digital unterstütztes Ökosystem zielt sie darauf, wohnortnahe Pflege-, Versorgungs- und Präventionsangebote zu initiieren. Ein Beispiel ist das Projekt *Smarte Innovationsstruktur vor Ort* (SMINT) (Stoevesandt/Schirmer 2024), in dem mit Senior*innen DAT zur Förderung der Autonomie im häuslichen Umfeld entwickelt werden. Allerdings bringt die Transformation hier Herausforderungen mit sich: Digitale Disparität *(digital divide)* erschwert den gleichberechtigten Zugang zu digitalen Pflegeangeboten (Brand et al. 2024, S. 268). Während technikaffine Personen profitieren, sind andere durch fehlende Ressourcen oder geringe digitale Kompetenzen benachteiligt, weswegen Maßnahmen zur Vermeidung digitaler Exklusion zu bedenken sind. Ein weiteres Problem könnte der Verlust physischer Pflegeorte als soziale Räume sein. Pflege ist eine technische und soziale Praxis, die von zwischenmenschlichen Beziehungen geprägt ist (Remmers 2018, S. 167). Die zunehmende Virtualisierung der Pflege wirft die Frage auf, inwieweit digitale Lösungen soziale und emotionale Begegnungen ersetzen können (vgl. Scholtz 2011, S. 116; Kreis 2018, S. 220). Zwar erleichtert z.B. Videotelefonie den Kontakt, kann aber soziale Isolation nicht vollständig ausgleichen. Die Herausforderung besteht darin, digitale und analoge Interaktionsformen so zu kombinieren, dass eine ganzheitliche soziale Einbindung Pflegeempfangender gewährleistet ist (Gangnus 2024,

S. 44). Neben sozialen und strukturellen Aspekten bleiben Interoperabilität und Datensicherheit zentrale Herausforderungen der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Eine nachhaltige Integration von DAT erfordert daher zum einen technische Lösungen und zum anderen regulatorische Maßnahmen, die digitale Teilhabe, Datenschutz und soziale Interaktion gleichermaßen berücksichtigen. Ziel muss es sein, die notwendigen Debatten in einer Art zu gestalten, die produktiver technischer Entwicklung ihren Raum lässt und zugleich deren soziale Integration ermöglicht (Steineck 2011, S. 47). Die TDG eröffnet den notwendigen Raum, diese Herausforderungen in ihrer ganzen Bandbreite abzubilden und sichtbar zu machen.

Ein Beispiel ist das Projekt »Digitale Residenz-Praxis« (DRP), das die medizinische Versorgung in Pflegeheimen durch den Einsatz von DAT und interprofessionelle Zusammenarbeit optimieren soll (vgl. Jahn et al. 2025). In zwei Einrichtungen wurden DRP etabliert, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterten heilberuflichen Kompetenzen Bewohner*innen betreuen, mittels Telemedizin mit Ärzt*innen kommunizieren und therapeutisch wirken. Das Konzept erleichtert den Zugang zur medizinischen Versorgung, stärkt die Rolle der Pflegenden und fördert die digitale Vernetzung zwischen Gesundheitsberufen. Gleichzeitig bleibt Versorgung durch die Kombination physischer Interaktionen und digitalen Lösungen sozial eingebettet.

Die räumliche Transformation der Pflege eröffnet neue Möglichkeiten für eine selbstbestimmte Lebensführung älterer Menschen, indem digitale Gesundheitsdienstleistungen die Versorgung vor Ort ergänzen. Projekte wie die DRP zeigen, wie hybride Versorgungsformen die traditionelle Versorgung unterstützen und gesundheitliche Betreuung flexibler gestalten. Diese Entwicklung braucht aber die Anpassung sozialer Netzwerke, Pflegeinstitutionen und politischer Steuerungsmechanismen, um den veränderten Versorgungsrealitäten gerecht zu werden. Damit die Integration digitaler Pflegekonzepte langfristig erfolgreich ist, müssen technologische und organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen und die soziale und kulturelle Dimension der Digitalisierung berücksichtigt werden.

Abbildung 3: Digitale Residenzpraxis



Quelle: Eigene Darstellung

Die digitale Pflegegesellschaft: Chancen und Herausforderungen

Digitale Pflegekonzepte eröffnen neue Möglichkeiten für die Autonomie und Teilhabe älterer Menschen, bringen aber zugleich tiefgreifende gesellschaftliche, kulturelle und ethische Herausforderungen mit sich. Sie beeinflussen nicht nur die unmittelbare Versorgungsstruktur, sie prägen langfristig auch soziale Prozesse und die gesellschaftliche Wahrnehmung von Pflege. Für Viele zentral ist der Aspekt, dass Digitalisierung es ermöglicht, im Versorgungsfall länger in der vertrauten Umgebung zu bleiben. DAT, vernetzte Smart-Homes und Telepflege können bis zu einem gewissen Grad den Handlungsspielraum pflegeempfangender Menschen erweitern und Abhängigkeiten reduzieren. DAT haben das Potenzial, Pflegeeinrichtungen zu entlasten und gleichzeitig die Lebensqualität zu verbessern, indem sie unterstüt-

zende Funktionen übernehmen sowie kognitive und soziale Aktivierung fördern (Di Lorito et al. 2022, S. 22). Interaktive Betreuungs- und Beschäftigungstools wie digitales Gedächtnistraining oder virtuelle Austauschplattformen können geistige Aktivität fördern und möglicherweise zur Reduktion sozialer Isolation beitragen. Gleichzeitig erfordert die zunehmende Digitalisierung der Pflegegesellschaft Maßnahmen, mit denen sichergestellt ist, dass sozialer Kontakt und emotionale Unterstützung erhalten bleiben. Eine Möglichkeit, diese beiden Ansätze zu vereinen, könnte sein, digitale Versorgungslösungen mit analogen Begegnungen zu kombinieren und so die psychosoziale Stabilität älterer Menschen zu fördern und ihre sozialen Netzwerke zu stärken.

Die Implementierung digitaler Pflegekonzepte bedingt eine umfassende Adaption gesellschaftlicher Strukturen. Bildungssysteme sind gefordert, digitale Kompetenzen in die Ausbildung von Pflegekräften zu integrieren, um eine effektive Nutzung neuer Technologien zu gewährleisten (vgl. dazu Hofstetter 2020; Hofstetter et al. 2024b; Walzer et al. 2025). Zudem sind politische Entscheidungsträger*innen aufgefordert, rechtliche und ethische Rahmenbedingungen anzupassen, um Datenschutz, Fairness und Qualität in digitalen Pflegeräumen sicherzustellen (vgl. Hofstetter et al. 2022). Auch Finanzierungsmodelle müssen überarbeitet werden, um eine soziale und versorgerische Schlechterstellung vulnerabler Gruppen zu verhindern. Modellregionen wie die TDG-Region können als Reallabore dienen, in denen Unternehmen und Institutionen aus Pflege, Prävention, IT und Gesundheitswirtschaft gemeinsam digitale Versorgungsstrukturen erproben (Jahn/Schwarz 2024, S. 51).

Die digitale Transformation der Pflege wirft grundlegende Fragen zur Rolle der Leistungsträger*innen auf. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass digitale, sensorische und physische Unterstützungssysteme nutzer*innenzentriert entwickelt und nachhaltig erfolgreich in die Praxis transferiert werden (ebd. 2024, S. 53). Dabei ist die Finanzierung eine Herausforderung. Jedoch sollte deren Fokus nicht allein auf die Steigerung der Effizienz gerichtet sein, sondern auch individuelle Bedürfnisse der Pflegebedürftigen berücksichtigen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass technologische Innovationen zur Standardisierung und Automatisierung der Pflege führen und den zwischenmenschlichen Charakter der Versorgung beeinträchtigen (Remmers 2018, S. 163). Damit DAT als Ergänzung traditioneller Pflegeformen erfolgreich etabliert werden können, ist es empfehlenswert, ein Gleichgewicht zwischen technologischem Fortschritt und sozialer Integration zu schaffen. Dies betrifft sowohl formelle, professionelle Pflegebeziehungen als auch informelle, persönliche Netzwerke. Wichtig ist es, den sozialen Kern der Pflege zu bewahren und gleichzeitig deren Effizienz und Effektivität zu steigern.

Allerdings verläuft der Transformationsprozess nicht immer linear, sondern ist oft durch Widerstände und Verzögerungen geprägt, da soziale und organisatorische Strukturen zeitversetzt auf technologische Veränderungen reagieren

(Herberg/Schmieg 2018, S. 167). Der Habitus der Gesundheitsberufe kann die Integration neuer DAT erschweren. Dieser Übergang erfolgt phasenweise: von anfänglicher Skepsis über die schrittweise Erprobung bis hin zur institutionellen Verankerung neuer Versorgungsmodelle. Damit technologische Innovationen Versorgungsqualitäten verbessern, braucht es begleitende Maßnahmen wie Schulung und Reflexion, um den pflegerischen Habitus anzupassen. Die TDG-Region dient hier als Modellraum für die gezielte Integration digitaler Assistenztechnologien. Die Reduzierung hysteresebedingter Verzögerungen erfordert das Zusammenspiel von Bildung, Praxis und politischer Steuerung.

Digitale Pflegeumgebung in der TDG-Region: Ein interdisziplinäres Modell

Die TDG-Region integriert physische, soziale, technologische und emotionale Aspekte der Pflege. Damit bezieht sie sich auf die Dimension *Umwelt* des Metaparadigmas Pflege. Digitale Lösungen tragen dazu bei, Pflegeumgebungen dynamischer und anpassungsfähiger zu gestalten, was eine individuellere, technologiegestützte Patient*innenversorgung ermöglicht. Dies geschieht durch die Verbindung pflegepraktischer Anforderungen und innovativer Technologien, die sowohl individuelle Bedürfnisse als auch strukturelle Gegebenheiten berücksichtigen.

1. Geografische und physische Umgebung: Die TDG strebt die Etablierung eines regionalen Innovationsökosystems für die Erforschung und Implementierung digitaler Gesundheitslösungen an (Jahn/Schwarz 2024, S. 17–19).
2. Soziale und kulturelle Dimensionen: Die transdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft ermöglicht eine Kultur der Innovation und kooperativen Pflegeentwicklung (ebd., S. 20).
3. Technologische Umgebung: Digitale Plattformen und DAT verbessern die Versorgungsqualität und fördern digitale Lehr- und Lernszenarien in der Pflegeausbildung (vgl. auch Steindorff et al. 2024b).
4. Emotionale und spirituelle Dimensionen: Projekte wie ALiS (Augmented Living Spaces) oder ADApp und PalliDrohne (drohnenbasierte Medikamentenlieferung in der stationären und ambulanten Versorgung) (Fink et al. 2023) entwickeln Technologien, die die Autonomie und Lebensqualität im Alter fördern.
5. Patient*innenzentrierung und technologische Entwicklung: Die TDG-Region verbindet individuelle Pflegebedürfnisse mit technologischen Innovationen, um bedarfsgerechte und praxistaugliche Lösungen zu entwickeln (Fink et al. 2024).
6. Flexibilität digitaler Pflegekonzepte in der TDG-Region: Durch adaptive Versorgungsmodelle reagiert die TDG-Region auf den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel.

Die Digitalisierung der Pflege verändert das soziale Feld der Gesundheitsversorgung: In Bourdieus Verständnis konkurrieren Akteure mit unterschiedlichem Kapital um Einfluss und Positionen innerhalb sozialer Felder (Bourdieu 2020a). Dies erfordert die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, mit der sichergestellt ist, dass Pflegeprofessionen in digitale Transformationsprozesse eingebunden bleiben und ihre Expertise einbringen. Die TDG-Region zeigt, dass sich die Anpassung pflegerischer Praktiken an sich wandelnde technologische, organisatorische und professionsbezogene Anforderungen durch Bildungsmaßnahmen, partizipative Entwicklung digitaler Assistenzsysteme und die enge Verzahnung zwischen Theorie und Praxis beschleunigen lässt.

In der pflegewissenschaftlichen Forschung wird der Umweltbegriff zunehmend als Zusammenspiel physischer, sozialer, kultureller und technologischer Faktoren verstanden (Fawcett 1984, 2016; Kayser/Phanareth 2023, S. 80–81). Die TDG-Region veranschaulicht, dass die erfolgreiche digitale Transformation in der Pflege nicht als isolierte technologische Entwicklung betrachtet werden kann, sondern in soziale Normen und pflegekulturelle Werte eingebettet sein muss, um nachhaltige Ergebnisse zu erzielen. Die Gestaltung digitaler Versorgungslandschaften muss daher ethische und sozialnormative Fragen (z.B. Datenschutz, soziale Isolation, Nutzen und Nützlichkeit, Passgenauigkeit auf Versorgungsproblem) zentral berücksichtigen, um die digitale Teilhabe sowie den Nutzen der Entwicklung sicherzustellen und soziale Ungleichheiten zu vermeiden.

Tabelle 1: Analyse der TDG entlang der thematischen Vorschläge nach Purisima

Kategorie	**Beschreibung**	**Beispiele von der TDG-Homepage**
1. Geografische und physische Umgebung	Die TDG fungiert als Modellregion für die Digitale Gesundheitsversorgung, um in ländlichen Gebieten die Gesundheitsversorgung zu verbessern (Jahn/Schwarz 2024).	Region mit hohem Anteil älterer Menschen, getestet in Sachsen-Anhalt (Kühling 2023).
2. Soziale und kulturelle Dimensionen	Förderung von Innovation durch Vernetzung von Wissenschaft, Wirtschaft und Politik für die digitale Pflegeentwicklung (Jahn/Schwarz 2024).	Innovationspartnerschaften mit Wirtschaft und Gesundheitsakteuren (Jahn/Schwarz 2024).
3. Technologische Umgebung	Entwicklung von Technologien zur Förderung der Autonomie und Lebensqualität im Alter.	Virtuelle Lehr- und Lernszenarien durch »DIGICARE« (Jahn et al. 2024b).

Kategorie	Beschreibung	Beispiele von der TDG-Homepage
4. Emotionale und ethische Aspekte	Die TDG berücksichtigt das Wohlbefinden von Patient*innen, indem sie Technologien entwickelt, die die Autonomie und Lebensqualität im Alter fördern. TDG (Jahn/Schwarz 2024).	Projekte wie ALiS (Augmented Living Spaces) (Schwarz/Sackmann 2023) und ADApp (Fink et al. 2024).
5. Patient*innenzentrierung und technologische Entwicklung	Integration individueller Pflegebedürfnisse mit technologischen Innovationen zur personalisierten Versorgung (Jahn/Schwarz 2024).	RehaTransHome für smarte Wohnraumassessments (Jahn et al. 2022) und LoRaLAB (Jahn et al. 2024a).
6. Flexibilität digitaler Pflegekonzepte	Entwicklung anpassungsfähiger Versorgungsmodelle als Reaktion auf den Fachkräftemangel und demografischen Wandel (Jahn/Schwarz 2024).	Digitale Therapieansätze (z.B. DIGIVID19 für Post-COVID-Patient*innen (Jahn et al. 2023).

Die in Tabelle1 dargestellten Dimensionen zeigen, dass die Digitalisierung der Pflege nicht nur technologische Anpassungen erfordert, sondern auch tief in soziale und kulturelle Praktiken eingebunden sein muss, um nachhaltig wirksam zu sein. Deshalb muss es neben der technischen Implementierung von DAT zusätzlich Maßnahmen zur Heranführung Pflegender an diese Technologien geben, damit sich digitale Praktiken langfristig im pflegerischen Habitus verankern können. Der berufliche Habitus Pflegender ist durch Routinen, erlernte Verhaltensmuster und soziale Erwartungen geprägt (vgl. Greenhalgh 2008). Die Einführung von DAT ist also mehr als eine Veränderung der Arbeitsmittel: Sie ist die Neustrukturierung der pflegerischen Praxis, und die kann zunächst auf Widerstände und Verzögerungen stoßen. Um Adaptionsverzögerungen zu überwinden, müssen Bildungsmaßnahmen, partizipative Entwicklungsprozesse und technologische Passgenauigkeit gewährleistet sein. Die TDG-Region zeigt, dass die Habitualisierung digitaler Pflegepraktiken durch diese Maßnahmen gefördert werden kann:

- Berufsbegleitende Schulungen zur Förderung digitaler Kompetenz in der Pflege.
- Partizipative Technikentwicklung, bei der Pflegekräfte frühzeitig in die Gestaltung neuer Technologien eingebunden werden.
- Anpassungsfähige Versorgungsmodelle, die digitale und analoge Pflegeformen flexibel kombinieren.

- Ethische Reflexion und soziale Integration digitaler Innovationen, um technologische Entwicklungen an Bedürfnissen Pflegebedürftiger auszurichten.

Diese Punkte deuten an, dass die erfolgreiche Integration digitaler Technologien nur durch technische Optimierung und Passung auf relevante Pflegeprobleme sowie die systematische Anpassung sozialer und beruflicher Strukturen erreicht werden kann. Die TDG-Region könnte als Beispiel für eine Translationsregion dienen, in der technologische Innovationen mit sozialer Teilhabe und ethischen Prinzipien in Einklang gebracht werden.

Fazit

Die Implementierung digital unterstützter Pflegepraktiken ist nicht nur eine technologische Innovation, sie erfordert zudem einen tiefgreifenden kulturellen Wandel. Mittels Bourdieus Habitualisierungskonzepts konnten wir darlegen, dass DAT nur dann nachhaltig in den Pflegealltag integriert werden können, wenn sie an soziale, berufliche und institutionelle Strukturen angepasst werden und gleichzeitig Strukturveränderungen anstoßen. Die singuläre Betrachtung einzelner digitaler Interventionen scheint dabei an Grenzen zu stoßen. Die vorliegende Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass die Digitalisierung der Pflege zur Entstehung hybrider Versorgungsräume führt, in denen physische und virtuelle Pflegepraktiken miteinander verschmelzen. Die Analyse der TDG-Region zeigt, dass digitale Pflegeprozesse nicht isoliert implementiert werden können; dies erfordert die enge Verzahnung mit sozialen, ethischen und organisatorischen Aspekten. Für die erfolgreiche Integration ist demnach eine frühzeitige Schulung der Akteur*innen sowie eine partizipative Gestaltung digitaler Systeme entscheidend. Widerstände entstehen häufig, wenn Technologien eingeführt werden, ohne dass Nutzende strukturiert in den Entwicklungsprozess eingebunden sind (Steindorff et al. 2024a). Zudem bleiben Herausforderungen wie die Sicherstellung der Interoperabilität, der Datenschutz sowie die Überwindung digitaler Disparitäten bestehen und erfordern eine gezielte Weiterentwicklung. Dabei ist die Einbindung der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe schon allein deshalb eine *condito sine qua non*, da sie traditionell die Aufgabe übernehmen, u.a. ethische Diskussionen mit Blick auf die Versorgung vulnerabler Gruppen anzustoßen.

Die Digitalisierung bietet jedoch erhebliche Potenziale: Sie kann die Versorgungsqualität steigern, die Autonomie Pflegeempfangender fördern und Pflegende durch intelligente Assistenzsysteme entlasten (vgl. Rothmann et al. 2024). Damit diese Vorteile langfristig wirksam werden, muss die Digitalisierung als Prozess der Habitualisierung verstanden werden, der nicht nur technologische, sondern auch soziale, kulturelle und ethische Aspekte einbezieht. Die TDG-Region nimmt eine

Vorreiterrolle bei der Erforschung und Erprobung neuer Versorgungsformen ein. Sie zeigt, wie digitale Pflegepraktiken nachhaltig in gesellschaftliche Strukturen integriert werden können, und generiert Erkenntnisse, die auf andere Regionen übertragbar sind. Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt damit befassen, wie DAT so gestaltet werden können, dass sie die Effizienz steigern *und* die sozialen und emotionalen Aspekte der pflegerischen Versorgung stärken. Dies erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft, und Pflegepraxis sowie Technikentwicklung, Ethik und Sozialwissenschaften, um tragfähige Konzepte für eine digital unterstützte Gesundheitsversorgung der Zukunft entwickeln zu können.

Literatur

Ban, Suyeon/Kim, Yirang/Seomun, GyeongAe (2024): »Digital health literacy: A concept analysis«, in: Digital Health 10, S. 1–15. DOI: 10.1177/20552076241287894.

Bourdieu, Pierre (2018): »Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns«. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre (2020a): »Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft«. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre (2020b): »Tradition und Reproduktion«. Berlin: Suhrkamp.

Brand, Tilman/Herrera-Espejel, Paula/Muellmann, Saskia/Wiersing, Rebekka/Busse, Heide (2024): »Soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen: Digitale Spaltungen in den Bereichen Zugang, Nutzung, Wirksamkeit und Privatsphäre«, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 67(3), S. 268–276. DOI: 10.1007/s00103-024-03832-6.

Dalko, Katharina/Kraft, Bernhard/Jahn, Patrick/Schildmann, Jan/Hofstetter, Sebastian (2023): »Cocreation of assistive technologies for patients with Long COVID: Qualitative analysis of a literature review on the challenges of patient involvement in health and nursing sciences«, in: Journal of Medical Internet Research 25, S. e46297. DOI: 10.2196/46297.

Di Lorito, Claudio/Bosco, Alessandro/Rai, Harleen/Craven, Michael/McNally, Donal/Todd, Chris/Booth, Vicky/Cowley, Alison/Howe, Louise/Harwood, Rowan H. (2022): »A systematic literature review and meta-analysis on digital health interventions for people living with dementia and mild cognitive impairment«, in: International Journal of Geriatric Psychiatry 37(6), S. 1–25. DOI: 10.1002/gps.5730.

Fawcett, Jacqueline (1984): »The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements«, in: Image – The Journal of Nursing Scholarship 16(3), S. 84–89. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x.

Fawcett, Jacqueline (1999): »Spezifische Theorien der Pflege im Überblick«. Bern: Hans Huber.

Fawcett, Jacqueline (2016): »Applying conceptual models of nursing. Quality improvement, research, and practice«. New York: Springer.

Fink, Franziska/Kalter, Ivonne/Steindorff, Jenny-Victoria/Helmbold, Hans Konrad/Paulicke, Denny/Jahn, Patrick (2024): »Identifying factors of user acceptance of drone-based medication delivery: User-centered design approach«. JMIR Human Factors 11, S. e51587. DOI: 10.2196/51587.

Fink, Franziska/Paulicke, Denny/Grünthal, Martin/Jahn, Patrick (2023): »Of course, drones delivering urgent medicines are necessary. But I would not use them until …«. Insights from a qualitative study on users' needs and requirements regarding the use of medical drones«, in: PloS One 18 (5), S. e0285393. DOI: 10.1371/journal.pone.0285393.

Franke, Annette/Nass, Elmar/Piereth, Anna-Kathleen/Zettl, Annabel/Heidl, Christian (2021): »Implementation of assistive technologies and robotics in long-term care facilities: A three-stage assessment based on acceptance, ethics, and emotions«, in: Frontiers in Psychology 12, S. 1–13. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.694297.

Gangnus, Annabell (2024): »Stationäre Langzeitpflege: Soziale Teilhabe und wahrgenommene gesundheitliche Folgen der COVID-19-Pandemie«. Dissertation. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. DOI: 10.17169/refubium-44726.

Geukes, Cornelia/Stark, Anna Lea/Dockweiler, Christoph (2022): »eHealth Literacy als Grundlage zur Entwicklung digitaler Technologien in der Gesundheitsförderung und Prävention? Eine systematische Übersicht der Literatur«, in: Prävention und Gesundheitsförderung 17(2), S. 163–169. DOI: 10.1007/s11553-021-00858-5.

Grbic, Loren (2024): »Digitalisierung im Feld der Altenpflege. Eine Bourdieu'sche Feldanalyse«. Masterarbeit. Linz, Johannes Kepler Universität Linz. Siehe https://epub.jku.at/obvulihs/download/pdf/9843396, zuletzt abgerufen am 09.01.2025.

Greenhalgh, Trisha (2008): Role of routines in collaborative work in healthcare organisations. BMJ (Clinical research ed.) 337, a2448. https://doi.org/10.1136/bmj.a2448.

Herberg, Jeremias/Schmieg, Gregor (2018): »Ein technoökologischer Habitus? Die Sozialmorphologie im Modell der Technosphäre«, in: Henning Laux/Anna Henkel (Hg.), Die Erde, der Mensch und das Soziale. Bielefeld: transcript, S. 161–180.

Hofstetter, Sebastian (2020): »Technikbildung für Pflegende als Teil der nationalen, japanischen Robotikstrategie. Eine L(e)ehrstelle«, in: Jannis Hergesell/Arne Maibaum/Martin Meister (Hg.), Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes. Weinheim: Beltz Juventa, S. 121–145.

Hofstetter, Sebastian/Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten (2024a): »Der SEQI-Prozess. Kompetenzerwerb als Voraussetzung für die Anwendung von digitalen und assistiven Technologien als ergänzende Ressourcen in der Gesundheitsversorgung«, in: Ulrike Weyland/Wilhelm Koschel/Karin Eleonore Reiber/Lena Dorin/Miriam Peters (Hg.), Digitalisierung in den Gesundheitsberufen. Bonn, Bundesinstitut für Berufsbildung, S. 95–117. Siehe https://www.agbfn.de/dokumente/pdf/FzbB_Weyland_Gesundheitsberufe_online.pdf, zuletzt abgerufen am 29.07.2025.

Hofstetter, Sebastian/Kraft, Bernhard/Jahn, Patrick (2023): »Roboter – die neuen Kollegen im Team? Zu Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarfen professionell Pflegender im Umgang mit digital assistiven Technologien«, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 77(2), S. 38–46. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-38.

Hofstetter, Sebastian/Lehmann, Lisa/Zilezinski, Max/Steindorff, Jenny-Victoria/Jahn, Patrick/Paulicke, Denny (2022): »Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Pflegeausbildung – eine Vergleichsanalyse der Rahmenpläne von Bund und Ländern«, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 65(9), S. 891–899. DOI: 10.1007/s00103-022-03575-2.

Hofstetter, Sebastian/Zilezinski, Max/Behr, Dominik/Kraft, Bernhard/Buhtz, Christian/Paulicke, Denny/Wolf, Anja/Klus, Christina/Stoevesandt, Dietrich/Schwarz, Karsten/Jahn, Patrick (2024b): »Integrating digital assistive technologies into care processes: Mixed methods study«, in: JMIR Medical Education 10, S. e54083. DOI: 10.2196/54083.

Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten (2024): »Projekt »Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Kooperation mit Univations GmbH«. Medizinische Fakultät, Halle (Saale). Siehe https://inno-tdg.de/projekte/, zuletzt abgerufen am 08.01.2025.

Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten/Haucke, Elisa (2024a): »Methodische Erforschung eines partizipativen Technikentwicklungsprozesses am Beispiel der LoRaWAN-Technologie im Raum Nauendorf«. LoRaLAB, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Siehe https://inno-tdg.de/projekte/loralab/, zuletzt abgerufen am 29.01.2025.

Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten/Kirchner-Heklau, Uta (2025): »Digitale Residenz-Praxis. TDG-Region durch digitalisierte Medizin für die Zukunft rüsten. Digitale Residenz-Praxen mit direkter Vernetzung zwischen Pflegefachpersonal und Ärzt:innen. Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung«. Siehe https://inno-tdg.de/projekte/digitale-residenz-praxis/, zuletzt abgerufen am 19.02.2025.

Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten/Paulicke, Denny/Steindorff, Jenny-Victoria (2024b): »Entwicklung virtueller Lehr- und Lernszenarien in der Pflegeausbildung. Digi-

Care«. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Siehe https://inno-tdg.de/projekte/digicare/, zuletzt abgerufen am 29.01.2025.

Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten/Saal, Susanne (2022): »Entwicklung und Pilotierung eines Smarten Wohnraumassessments zur Verbesserung der teilhabeorientierten Überleitung aus der Rehabilitation nach Hause – RehaTransHome«. REHATRANSHOME, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Siehe https://inno-tdg.de/projekte/rehatranshome/, zuletzt abgerufen am 29.01.2025.

Jahn, Patrick/Schwarz, Karsten/Wolf, Anja/Paulicke, Denny/Stoevesandt, Dietrich (2023): »Entwicklung eines digitalen Therapieansatzes zur Atemtherapie und Stressreduktion nach überstandener COVID-19-Infektion«. DigiVID19, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Siehe https://inno-tdg.de/projekte/digivid19/, zuletzt abgerufen am 29.01.2025.

Jahn, Patrick/Stoevesandt, Dietrich/Schwarz, Karsten/Gekle, Michael (2020): »health care – FORMAT PROJEKT. Assistive Technologien und Gesundheitsversorgung«. Dorothea-Erxleben-Lernzentrum, Halle (Saale). Siehe https://format.medizin.uni-halle.de/wp-content/uploads/2021/04/2020-Format-Report_Web_final-1.pdf, zuletzt abgerufen am 27.01.2025.

Kayser, Lars/Phanareth, Klaus (2023): »Leave no one behind: The role of digital health literacy«, in: Hilary Pinnock (Hg.), Digital Respiratory Healthcare. Sheffield: European Respiratory Society, S. 79–94.

Kleffel, Dorothy (1996): »Environmental paradigms: Moving toward an ecocentric perspective«, in: ANS – Advances in Nursing Science 18(4), S. 1–10. DOI: 10.1097/00012272-199606000-00004.

Kraft, Bernhard/Kuscher, Thomas/Zawatzki, Susann/Hofstetter, Sebastian/Jahn, Patrick (2024): »Evaluation of the continuing education training »Beratende für Digitale Gesundheitsversorgung« (»Consultant for digital healthcare«): Protocol for an effectiveness study«, in: JMIR Research Protocols 13, S. e57860. DOI: 10.2196/57860.

Kreis, Jeanne (2018): »Umsorgen, überwachen, unterhalten – sind Pfegeroboter ethisch vertretbar?«, in: Oliver Bendel (Hg.), Pflegeroboter. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 213–228.

Kricheldorff, Cornelia (2024): »Digitalisierung und Interventionsgerontologie«, in: Paul Gellert/Hans-Werner Wahl (Hg.), Interventionsgerontologie. 100 Schlüsselbegriffe für Forschung, Lehre und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 62–67.

Kühling, Sophie (2023): »Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG)«. Industrie- und Handelskammer Halle-Dessau. Siehe https://www.ihk.de/halle/produktmarken/innovation-und-infrastruktur/wissenschaft-und-kooperation/tdg-5455926, zuletzt abgerufen am 29.07.2025.

Müller, Pascal/Gali, Hari Krishna Reddy/Rajanayagam, Subashkumar/Twieg, Stefan/Jahn, Patrick/Hofstetter, Sebastian (2025): »Making complex technologies

accessible through simple controllability: Initial results of a feasibility study«, in: Applied Sciences 15(2), S. 1002. DOI: 10.3390/app15021002.

Müller, Pascal/Jahn, Patrick (2024): »Cocreative development of robotic interaction systems for health care: Scoping Review«, in: JMIR Human Factors 11, S. e58046. DOI: 10.2196/58046.

Phanareth, Klaus/Vingtoft, Søren/Christensen, Anders Skovbo/Nielsen, Jakob Sylvest/Svenstrup, Jørgen/Berntsen, Gro Karine Rosvold/Newman, Stanton Peter/Kayser, Lars (2017): »The Epital Care Model: A new person-centered model of technology-enabled integrated care for people with long term conditions«, in: JMIR Research Protocols 6(1), S. e6. DOI: 10.2196/resprot.6506.

Purisima, Epifania Marlene/Arde, Bernardo Oliber/Nero, Francis Don/Locsin, Rozzano C./Montayre, Jed (2024): »Reframing the environment domain of the nursing metaparadigm: Exploring space, place, and technology«, in: Belitung Nursing Journal 10(6), S. 614–623. DOI: 10.33546/bnj.3458.

Remmers, Hartmut (2018): »Pflegeroboter: Analyse und Bewertung aus Sicht pflegerischen Handelns und ethischer Anforderungen«, in: Oliver Bendel (Hg.), Pflegeroboter. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 161–179.

Rothmann, Laura/Ritter-Herschbach, Madeleine/Jahn, Patrick/Sedding, Daniel (2023): »DigitHAL HF-Net – Digitales Herzinsuffizienz-Netzwerk in der Region Halle (Saale): Eine Living-Lab-Studie zur nutzerzentrierten Entwicklung eines hybriden Versorgungsmodells für Patient:innen mit Herzinsuffizienz«. 24. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. DOI: 10.3205/23EBM021.

Rothmann, Laura/Ritter-Herschbach, Madeleine/Müller, Julia/Rosenbusch, Lena/Lili-Kokkori, Stavroula/Tongers, Jörn/Sedding, Daniel/Jahn, Patrick (2024): »Entwicklung und Pilotierung einer pflegegeleiteten mHealth-Versorgung für Herzinsuffizienz-Betroffene«, in: Pflege 37(6), S. 339–348. DOI: 10.1024/1012-5302/a001019.

Rusniok, C./Dittmer, K./Jaschke, J./Karbach, U./Köberlein-Neu, J./Okumu, M.-R./Pfaff, H./Wurster, F./Beckmann, M. (2022): »Interprofessionelles Arbeiten im Krankenhaus vor und nach der Umstellung auf die elektronische Patientenakte – eine Grounded-Theory-Studie«. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 84(08-09), S. 788–789. DOI: 10.1055/s-0042-1753770.

Schaeffer, Doris/Horn, Annett (2023): »Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege«. Köln. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-i049-3.0.

Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (2011): »Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung«, in: GGW – Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft 11(3), S. 7–13. Siehe https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0311_wingenfeld_schaeffer.pdf, zuletzt abgerufen am 19.02.2025.

Schäpke, Nico/Stelzer, Franziska/Bergmann, Matthias/Singer-Brodowski, Mandy/Wanner, Matthias/Caniglia, Guido/Lang, Daniel J. (2017): »Reallabor im Kontext transformativer Forschung. Ansatzpunkte zur Konzeption und Einbettung in den internationalen Forschungsstand«. Institut für Ethik und transdisziplinäre Nachhaltigkeitsforschung. Lüneburg. Siehe https://epub.wupperinst.org/frontdoor/deliver/index/docId/6629/file/6629_Schaepke.pdf, zuletzt abgerufen am 27.01.2025.

Schlicht, Larissa/Wendsche, Johannes/Melzer, Marlen/Tschetsche, Letizia/Rösler, Ulrike (2025): »Digital technologies in nursing: An umbrella review«, in: International Journal of Nursing Studies 161, S. 1–20. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104950.

Schmiljun, Laura/Schmidt, Elisabeth/Hofstetter, Sebastian/Kellner, Juliane/Stoevesandt, Dietrich (2023): »Entwicklung, Pilotierung und Evaluation einer interprofessionellen Lehreinheit am Beispiel »Digitale Wundversorgung«. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). DOI: 10.3205/23GMA092.

Scholtz, Christopher (2011): »Ethische Herausforderung für den Umgang mit subjektsimulierenden Maschinen. Betrachtungen aus einer westlich-christlichen Perspektive«. In: Yōichi Shimizu (Hg.), Mensch-Roboter-Interaktion aus interkultureller Perspektive. Japan und Deutschland im Vergleich. Berlin: JDZ Berlin, S. 115–123. Siehe https://jdzb.de/sites/default/files/2021-03/D62-p1338_0.pdf, zuletzt abgerufen am 23.09.2025.

Schraad-Tischler, Daniel/Berghäuser, Hendrik/Breitinger, Jan C./Jackwerth-Rice, Thomas/Lindner, Ralf/Wortmann, Marcus (2021): »Austausch und Vernetzung in missionsorientierten Innovationsprozessen. Innovation for Transformation – Ergebnispapier 2«. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Siehe https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_NW_Austausch_und_Vernetzung_in_missionsorientierten_Innovationsprozessen_2021.pdf, zuletzt abgerufen am 17.02.2025.

Schultheis, Franz/Egger, Stephan/Hüser, Charlotte (2023): »Habitat und Habitus«. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Schwarz, Karsten/Sackmann, Stefan (2023): »Augmented Living Spaces für mehr Unabhängigkeit und Lebensqualität im Alter«. ALiS, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Siehe https://inno-tdg.de/projekte/alis/, zuletzt abgerufen am 29.01.2025.

Schweikardt, Christoph Johannes (2008): »Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik«. München: Meidenbauer.

Steindorff, Jenny-Victoria/Dalko, Katharina/Schirmer, Marielle/Müller, Julia/Dinklage, Hannah/Paulicke, Denny/Jahn, Patrick (2024a): »Rahmenbedingungen innovativer Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Bereich Digitalisierung der Gesundheitsversorgung – eine vergleichende qualitative Sekundärdaten-Analyse«. 25. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. DOI: 10.3205/24EBM115.

Steindorff, Jenny-Victoria/Redlich, Lisa-Marie/Paulicke, Denny/Jahn, Patrick (2024b): »Use and design of virtual reality-supported learning scenarios in the vocational qualification of nursing professionals: Scoping review«, in: JMIR Serious Games 12, S. e53356. DOI: 10.2196/53356.

Steineck, Raji C. (2011): »Roboter in der Altenpflege. Technikethischer Kommentar«, in: Yōichi Shimizu (Hg.), Mensch-Roboter-Interaktion aus interkultureller Perspektive. Japan und Deutschland im Vergleich. Berlin: JDZ Berlin, S. 46–60. Siehe https://jdzb.de/sites/default/files/2021-03/D62-p1338_0.pdf, zuletzt abgerufen am 23.09.2025.

Stoevesandt, Dietrich/Schirmer, Marielle (2024): »Projekt »SmInT – Smarte Innovation vor Ort«. Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Siehe https://www.smarte-hilfe-vor-ort.de/, zuletzt abgerufen am 02.02.2025.

Walzer, Stefan/Barthel, Carolin/Pazouki, Ronja/Marx, Helga/Ziegler, Sven/Koenig, Peter/Kugler, Christiane/Jobst, Stefan (2025): »Teaching in the digital age – Developing a support program for nursing education providers: Design-based research«, in: JMIR Formative Research 9, S. e66109. DOI: 10.2196/66109.

Welskoop-Deffaa, Eva M. (2018): »Hybride Sozialräume gestalten – Virtuelle und analoge Angebote vernetzen. Wie die Digitale Transformation unsere wohlfahrts-verbandlichen Aufgaben verändert«. Nürnberg, 07.11.2018. Siehe https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/dcv-zentrale/vorstand/welskop-deffaa/interviews-vortraege/2018-11-07-hybride-s/hybride_sozialraeume_gestalten_-_virtuelle_und_analoge_angebote_vernetzen.pdf, zuletzt abgerufen am 29.07.2025.

World Health Organisation (2001a): »54. Generalversammlung«. Genf: WHO. Siehe http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf, zuletzt abgerufen am 27.01.25.

World Health Organisation (2001b): »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)«. Genf: WHO. Siehe https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health, zuletzt abgerufen am 27.01.2025.

World Health Organisation (2016): »Global strategy on human resources for health: Workforce 2030«. Genf: WHO. Siehe https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf, zuletzt abgerufen am 07.02.2025.

Digitalisierung in der Pflege

Katalysator für Veränderung und Kulturwandel?

Marlene Klemm, Tanja Pollak, Gabriele Obser

Digitalisierung nimmt Einfluss auf alle Bereiche unseres Lebens. Dass der Lebenszyklus von Technologien immer kürzer wird, bedeutet gleichzeitig, dass technische Fortschritte in immer höherem Tempo realisiert werden (Rieke/Klasen 2019, S. 97). Auch für Pflegeeinrichtungen sind damit spezifische Chancen wie auch Herausforderungen verbunden. Innovative, digitale Lösungen haben bspw. das Potenzial, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, indem Arbeitsprozesse vereinfacht und die Qualität verbessert wird. Wenn für Pflegeeinrichtungen daraus jedoch ein unreflektierter Innovationsdruck entsteht, kann dies auch zu Überforderung und Unzufriedenheit führen. Insbesondere wenn für die Einführung neuer Technologien nicht ausreichend Zeit geplant ist oder zu wenig Schulung stattfindet, entsteht ein Spannungsfeld zwischen Fortschritt und Belastung. Für Pflegeeinrichtungen stellt sich spätestens dann meist die Frage, wie sie den digitalen Wandel erfolgreich gestalten und dabei sowohl die Qualität der Pflege sichern als auch das Wohlbefinden der Mitarbeitenden und damit zentrale Bestandteile ihrer Unternehmenskultur schützen können.

Unternehmenskultur kann nach Doppler (2019, S. 498) mit der »Software« eines Unternehmens verglichen werden. In diesem Sinne ist sie definiert durch die Gesamtheit der Normen und Werte, die den Geist eines Unternehmens ausmachen. Die Unternehmenskultur beeinflusst und kanalisiert das Verhalten der in ihm tätigen Mitarbeitenden und dient dazu die Art und Weise ihres Zusammenwirkens zu regeln. Normen und Werte tragen dazu bei, Komplexität zu reduzieren, die gerade soziale Einrichtungen mit sich bringen. Damit kann die einzelne Person besser einschätzen, welches Verhalten »erlaubt« und akzeptiert ist.

In den von uns im Folgenden geschilderten Beispielen müssen Technologien als Interventionen verstanden werden, die diesen »sicheren« Orientierungsrahmen ins Wanken bringen. Die Orientierung innerhalb der eigenen Lebenswelt, die gleichzeitig als Schutzmechanismus durch Abgrenzung nach »außen« gegenüber »dem Anderen« (Henneking 2015) (in unserem Fall der Technologie) verstanden werden kann, muss neu definiert werden. Denn eine zunächst auftretende Irritation durch

das Neue, Unbekannte (eine Pflegetechnologie) kann Ablehnung zur Folge haben. Spielregeln werden geändert, was in Konflikten münden kann.

Das Pflegepraxiszentrum (PPZ) Nürnberg hat seit 2018 unterschiedliche Pflegetechnologien auf Praxistauglichkeit geprüft. Dabei hat sich gezeigt, dass bei einer Technologieimplementierung die Akzeptanz und das Erleben von Selbstwirksamkeit eine entscheidende Rolle für den Erfolg einer solchen Produktimplementierung spielen. Uns beschäftigt daher die Frage, wie z. B. die Selbstreflexion von Führungskräften und Mitarbeitenden gestärkt werden kann und mittels welcher Methodik für alle am Prozess beteiligten Akteur*innen ein Orientierungsrahmen und mehr Sicherheit in einer sich transformierenden Unternehmenskultur entstehen kann.

Außerdem befassen wir uns kontinuierlich mit der Frage, wie der hohe Grad an Komplexität, den eine Technologieimplementierung mit sich bringt, in eine bestehende Unternehmenskultur eingebettet werden kann. Das PPZ Nürnberg hat mit dieser Zielsetzung einen Implementierungsleitfaden veröffentlicht (Würdig et al. 2022), der sich als praxisbezogene Arbeitshilfe zur Einführung technischer Innovationen in der Pflege versteht und sich inhaltlich an den sog. »ELSI+«-Kriterien orientiert (Bauer et al. 2018). Der Leitfaden bietet einen Fragenkatalog, der die in der Technologiebewertung üblichen ethischen, rechtlichen und sozialen Dimensionen umfasst (ethical, legal, social implications), diese aber noch durch Impulse zu gesundheitsökonomischen, wirtschaftlichen, pflegepraktischen und technischen Überlegungen ergänzt.

Komplexität erkennen, verstehen und beherrschen – das NASSS-Framework

Zur Komplexitätsanalyse und Komplexitätsreduktion kommt man derzeit am sogenannten NASSS-Framework (Greenhalgh et al. 2017, deutsche Übersetzung: Kunze 2020) sowie den daraus abgeleiteten NASSS-CAT-Tools (Greenhalgh et al. 2019, deutsche Version: Walzer et al. 2022) nicht mehr vorbei.

NASSS steht für »Nonadoption, Abandonment and challenges to the Scale-up, Spread and Sustainablity for health and care technologies« und beschreibt den Inhalt des als Analyseraster konzipierten Modells zum Verständnis der (Nicht-)Nutzung, des Transfers, der Verbreitung und Nachhaltigkeit von Gesundheitstechnologien.

Das NASSS-Modell beschreibt sieben Themenbereiche (Domänen), in denen bei Projekten zur Implementierung von Gesundheitstechnologien Komplexität auftreten kann: der Anwendungsbereich, die Technologie, das Kosten-/Nutzenversprechen, die Anwender*innen, Institutionen, Makro-Ebene und die langfristige Einbettung bzw. Anpassung.

Komplexität bezieht sich dabei auf Systeme, deren Komponenten auf vielfältige, nicht-lineare Weise gegenseitig voneinander abhängig sind, deren interne Regeln nicht explizit bekannt oder modellierbar sind und deren Veränderung daher nicht vorhersehbar ist (Plsek/Greenlagh in Kunze 2020, S. 2). Die sieben Domänen des Modells sind daher voneinander abhängige Bereiche, die zur Gesamtkomplexität eines Projekts beitragen.

Die praktische Arbeit mit dem Modell wird durch die daraus abgeleiteten Assessment-Tools moderiert. Damit Komplexität am Ende jedoch nicht nur verstanden, sondern die Folgen besser beherrscht oder akzeptiert werden können, sollen alle fachlichen Disziplinen zusammenkommen und in einen Austausch gehen. Beteiligung ist daher ein zusätzlicher Nutzen, der aus der Arbeit mit dem NASSS-Framework und den Tools entsteht.

Je nach Interessenlage und individueller Kompetenz reagieren Beschäftigte jedoch höchst unterschiedlich auf Innovation und Veränderung. Gleichzeitig teilen sie ein Grundbedürfnis nach Gemeinschaft und Zugehörigkeit. Dies gilt es ernst zu nehmen und integrierend zu wirken, so dass eine Kultur entstehen kann, in der Technologie nicht als das Neue, Unbekannte, sondern als etwas erlebt wird, was Neugier und Lust auf mehr weckt (Doppler 2019).

So überrascht es aber auch nicht, dass sich in jeder der sieben Domänen des NASSS-Frameworks Variablen finden, die mit der Unternehmens- und Pflegekultur in Verbindung stehen und es wird deutlich, dass diese immer einen Beitrag entweder zur Erhöhung oder Reduzierung von Komplexität leisten.

Als handlungsprägende Elemente einer technikunterstützenden Unternehmenskultur möchten wir im Folgenden exemplarisch vier Dimensionen beleuchten: die Rolle der Führung, die Bedeutung von Schlüsselpersonen, Teamarbeit und die Etablierung einer Kultur des Ausprobierens.

Digitalisierung erfolgreich umsetzen – die Rolle der Führung

Personalmangel, hohe Fluktuation und eine hochgradig angespannte Finanzlage im Gesundheitswesen versetzen das Management und die Belegschaften von Pflegeeinrichtungen zunehmend in Krisenstimmung. Verantwortungs- und Entscheidungsdruck lassen in den Führungsebenen immer weniger Raum für strategische, zukunftsorientierte Überlegungen. Um die Situation irgendwie im Griff zu behalten, reagieren Führungskräfte inzwischen wieder häufiger mit kontrollierendem, autoritärem Verhalten (Starker et al. 2024, S. 19). Nachdem es sich bei der digitalen Transformation jedoch um einen Veränderungsprozess handelt, der zusätzliche Verunsicherung ins Unternehmen bringt, entsteht eine stetig steigende Gefahr der Überforderung aller Beteiligten. Digitalisierungsprojekte benötigen

hingegen Zeit – Zeit in der Vorbereitung, Zeit für eine gut begleitete Umsetzung und nicht zuletzt auch für die Evaluation und Erfolgsmessung.

Es gilt daher Formate und Methoden einzusetzen, durch die Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen in ihrem digitalen Arbeitsumfeld gestärkt werden. Gleichzeitig gilt es von Anfang an nicht nur den möglichen Nutzen, sondern auch die Grenzen von Digitalisierungsprojekten zu kommunizieren.

Noch immer trifft man in der Pflegebranche allerdings auf Mitarbeitende mit ausgeprägten Unsicherheiten und Ängsten in Bezug auf fehlende digitale Kompetenzen. Insofern ist eine aktive Einbindung aller Mitarbeitenden – also auch der Personalvertretung und Personen aus Querschnittsbereichen – ein erster Schritt zur Schaffung eines vertrauensvollen Umfelds. Gelingt es zusätzlich eine Kultur des Experimentierens zu fördern, kann man teilweise sogar Personen mit einer eher kritischen Haltung gegenüber Veränderungen oder Technik erreichen. Nach Hohndorf sei es für Pflegende in diesem Sinne »wichtig zu spüren, dass ihnen hier nicht ein Projekt übergestülpt wird, welches die Ökonomie oder die IT initiiert hat. Pflegende reagieren verständlicherweise sensibel, wenn sie das Gefühl haben, dass Menschen ihnen vorgeben, was gut für sie ist.« (Hohndorf 2023, S. 144).

Könnte Pflege »lean« gemanaget werden?

Mit Blick über den Tellerrand kann es für Pflegeeinrichtungen in Anbetracht der aktuellen Herausforderungen lohnend sein, sich mit den Grundideen von »Lean Management« auseinander zu setzen, bzw. diese zur Analyse einsetzen zu können. Lean Management oder Lean Production wird häufig mit dem Grundsatz »Weniger ist mehr« umschrieben. Dabei geht es darum, alle betrieblichen Tätigkeiten zu eliminieren, die aus Kund*innensicht keinen Mehrwert schaffen (Keith 2023, S. 1). Ziel sei es, unternehmensübergreifend und unternehmensintern eine starke Kundenorientierung bei konsequenter Kostensenkung zu erreichen. Jegliche Problemlösung muss in diesem Sinne stets zu einer kontinuierlichen Verbesserung beitragen.

Wenn es also ein Ziel einer Pflegeeinrichtung wäre, durch den Einsatz von Digitalisierung und Pflegetechnologien Probleme zu lösen, die durch den Fachkräftemangel entstehen und dadurch z. B. zu schlankeren Prozessen beizutragen, müsste dennoch vorab ein Kulturwandel im Unternehmen angebahnt werden. Für Mitarbeitende haben bereits kleine Veränderungen schließlich zur Folge, dass langjährig verfestigte Einstellungen und Gewohnheiten überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen (Keith 2023).

Wer das Eisbergmodell kennt – nur ein kleiner Teil eines Eisbergs ist oberhalb der Wasseroberfläche sichtbar – weiß daher, dass die eigentliche Arbeit unterhalb des sichtbaren Teils beginnen muss. Schäffter (2018, S. 350) beschreibt Bildungsver-

anstaltungen mit ihren methodisch strukturierten Arrangements im Lernprozess als »die Spitze des Eisbergs«. Der umfassendere und grundlegende – also elementare – Teil des Lernens findet unterhalb einer gewissen Schwelle der Aufmerksamkeit statt. Aneignung sei dabei selten bewusstseinsfähig oder thematisierungsbedürftig, so dass eine bewusste Steuerung kaum möglich sei (Schäffter 2018, S. 350).

Erst wenn man bestehende Prozesse zerlegt und verstanden hat, lässt sich jedoch im zweiten Schritt überprüfen, was verändert werden kann, um ein digitales Potenzial heben zu können. Ebenso zählt es zur Aufgabe von Führung, immer wieder von neuem Verständnis dafür herzustellen, dass es in der Digitalisierung nicht darum geht, bisherige Prozessschritte einer Aufgabenstellung digital und ansonsten identisch abzubilden. Insofern liegt eine zentrale Verantwortung des Managements u.a. darin, dafür Sorge zu tragen, dass eine Kultur entsteht, in der Fehler und Irrtümer als wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Analyse und Problemlösung erkannt werden.

Auch wenn die Erwartungen und Wünsche nach perfekt und geschmeidig funktionierenden, digital unterstützten Systemen hoch sind, scheint es zum jetzigen Zeitpunkt erfolgversprechender zu sein, die Erwartungen begrenzt zu halten und dafür einen Weg der kleinen Lernschritte und Erfolge aufzusetzen.

So hat es sich in den Projekten des PPZ Nürnberg als hilfreich erwiesen, die Pflegebedürftige Person in den Mittelpunkt zu stellen und zunächst mit einfachen Plug-and-Play-Produkten für die soziale Betreuung zu beginnen, um sich schrittweise mit Technik und digitalen Angeboten vertraut zu machen.

Die frühe Beschäftigung mit den Möglichkeiten von Virtual Reality (VR) für pflegebedürftige Menschen hat gezeigt, dass VR in der sozialen Betreuung der Pflege wahrscheinlich mittelfristig ein Nischenangebot bleibt. Im Rückblick hat die Erprobung des eigens für kognitiv und motorisch eingeschränkte Bewohner*innen im Pflegeheim entwickelte VR-Spiel VIARRO jedoch dazu beigetragen, dass sich Kolleg*innen inzwischen vorstellen könnten, VR im Rahmen der Praxisanleitung auszuprobieren. Ohne den Zwischenschritt im Pflegebereich wäre diese Idee ggf. weniger offen aufgenommen worden (Obser 2020).

Um eine für Technik und Digitalisierung offene Unternehmenskultur zu ermöglichen, gilt es Rahmenbedingungen zu etablieren, die insbesondere bei Pflegefachpersonen Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Selbststeuerung fördern. Führungskräften fällt hierbei die Aufgabe zu, Mitarbeitende zu beraten und zu coachen sowie Teaminitiative anzustoßen (Doppler 2019, S. 130). Laut Doppler wird Selbststeuerung jedoch nur in einem partnerschaftlichen Organisationsmodell erlernt. In einem solchen Modell ist das Management nicht mehr der Personenkreis, der alles weiß und kann. Stattdessen durchläuft das gesamte System einen Lernprozess, bei dem auch Rollen und Verhaltensweisen des Managements gemeinsam reflektiert werden (Doppler 2019, S. 131). Das bedeutet, dass kritisches, hierarchieübergreifendes Reflektieren insgesamt gefördert wird.

Führungskräfte sollten sich zudem bewusst machen, dass Change-Prozesse im Wesentlichen aus dem Zusammenwirken von zwei zum Teil gegenläufigen Dynamiken entstehen: neben dem technisch-rationalen Vorgehen, unterstützt durch klassische oder agile Projektmanagementmethoden und digitale Tools (z.B. Concept Boards, Stackfield, Kanban), gibt es auch ein adaptiv-emotionales Vorgehen, welches durch die Führungskraft angestoßen und begleitet werden muss. So entsteht in der Führung ein Wechselspiel aus Management und Leadership. Eine technologieoffene Unternehmenskultur in einer Pflegeeinrichtung zu etablieren gerät für Führungskräfte zusätzlich dadurch zum Kraftakt, dass zwischen der Unternehmensführung und der Basis oft zahlreiche Hierarchiestufen angesiedelt sind: Einrichtungs-, Pflegedienst- und Stations-/Bereichsleitungen sind für eine Vielzahl von Pflegefach- und Pflegeassistenzkräften zuständig. Selbst wenn es dem engeren Führungsteam gelungen ist, ein gutes Miteinander zu entwickeln, gelingt es nicht immer, dies bis in die letzten Verästelungen der Basis wirksam werden zu lassen.

Führungskräfte auf allen Ebenen der Pflege zu schulen ist ein Kraftakt, da der damit verbundene Dienstausfall im Regelbetrieb durch Kolleg*innen bei knapper Personaldecke kompensiert werden muss.

Für Führungskräfte der mittleren und unteren Führungsebenen ist ein praxisbezogenes Lernen in Peer-Coaching-Gruppen im Pflegealltag »on the Job« daher enorm wichtig (Doppler 2019, S. 513).

Will man solchen Hürden und Hindernissen etwas entgegensetzen, so ist es hilfreich, sich mit dem Thema Partizipation im Entscheidungsprozess zu befassen. Laut Malik (2006) ist Partizipation der Königsweg, um ein Maximum an Wissen aus einer Organisation in wichtige Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen. Wichtig sei hierbei, dass Mitarbeitenden klar ist, dass sie nicht die Entscheidung verantworten müssen, sondern dass ihre Expertise gefragt ist, und zwar aus ihrer jeweiligen Perspektive und Funktion sowie auf der Grundlage ihrer Ausbildung und Erfahrung (Malik 2006, S. 225).

Key User, Multiplikatoren und Innovationslotsen

Partizipation ist in der Pflege auch die beste Voraussetzung um Key User, also Schlüsselpersonen, zu identifizieren, die einen guten Zugang zur Zielgruppe haben und als Bindeglied zwischen IT-Abteilung und Pflegebereichen agieren. Sie sind nahe an den operativen Abläufen und können bei entsprechender Qualifizierung digitale Veränderungsprozesse maßgeblich vorantreiben. Damit Key User ihrer Rolle gerecht werden können, benötigen Sie sichtbare Unterstützung und Wertschätzung seitens des Managements. Sie sollten ihrerseits partizipativ in die Produktauswahl eingebunden werden und während der Implementierungsphase Feedback geben,

ob ausgewählte Systeme den tatsächlichen Bedarf abdecken. Key User fungieren als Treiber*innen und Botschafter*innen der digitalen Transformation, und sie tragen dazu bei, digitales Wissen praxisnah zu vermitteln.

Key User als Multiplikator*innen bzw. Innovationslotsen können dabei unterstützen, Folgen für Prozesse, Personal und Pflegebedürftige abzuschätzen, Ängste abzubauen und den Einführungsprozess als Change-Management-Aufgabe zu begleiten (Klemm 2023, S. 94).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege in einer Langzeitstudie (2020–2023) die Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege untersucht. Ein Ergebnis der Studie besagt, dass sich Pflegefachpersonen neben ausreichender Personalressourcen ebenfalls eine auf Fähigkeiten basierende Arbeitsaufteilung wünschen. Dies ist auf der individuellen Ebene nachvollziehbar, birgt aber auf unser Beispiel der Technologieeinführung bezogen die Gefahr, dass technikaffine Personen vorzugsweise geschult und Personen mit eher wenig Digitalkompetenz bei der Implementierung von Technologien vernachlässigt werden.

Die Erfahrungen des PPZ Nürnberg haben gezeigt, dass z.B. die Personaleinsatzplanung so gestaltet wird, dass mindestens eine Person mit PC-Kenntnissen im Dienst ist, damit die Pflegedokumentation auch elektronisch hinterlegt werden kann. Ein*e Multiplikator*in müsste daher in der Lage sein, sich bei der Aufgabenverteilung nicht immer an den vorhandenen Fähigkeiten der Mitarbeitenden zu orientieren, sondern auch nicht technikaffine Personen zu befähigen, Pflegetechnologien sinnvoll einzusetzen.

Auf individueller Ebene zählen aber letztendlich das persönliche Wertesystem, der Persönlichkeitstyp, die Resilienzfähigkeit sowie der Zugang zu Bildung und Sprache als maßgebliche Faktoren, die die Bereitschaft beeinflussen, Veränderungsprozesse, wie sie durch die technische und digitale Transformation initiiert werden, anzunehmen oder aktiv mitzugestalten. Darüber hinaus übt sogar die öffentliche Meinung einen entscheidenden Einfluss auf diese Bereitschaft aus (Klemm 2023, S. 87).

Gemeinsam stark – Teamarbeit als Schlüssel zur Transformation

Damit ein Team sich entwickeln und langfristig erfolgreich sein kann, braucht es nicht nur Kontinuität und Stabilität, sondern auch Offenheit für Neues (Edding/Schattenhofer 2020, S. 16). Diese Offenheit wird benötigt, um Teams in eine zunehmend digitalisierte Welt führen zu können. Sofern digitale Technologien die Möglichkeit bieten sollen, den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern (Fachinger/Mähs

2019, S. 116), müssen hierfür zunächst die richtigen Voraussetzungen geschaffen werden.

Offene und klare Informationsweitergabe gehören ebenso dazu wie eine unterstützende Steuerung der Prozesse der Teams (Wieder 2020, S. 20). Interviewdaten der Studie »Nursing teamwork in the care of older people: A mixed methods study« von Anderson et al. (2019), zeigen jedoch, dass insbesondere zwei Aspekte für eine gute Teamarbeit entscheidend sind, die vermutlich seltener in den Blick geraten: Klarheit im Rollenverständnis und eine gute Unterstützung neuer Mitarbeiter*innen (Anderson et al. 2019, S. 18).

Wird die Rolle der Multiplikator*in einer Person aus dem Team übertragen, ist zu berücksichtigen, dass diese Entscheidung Auswirkungen auf die bestehende Teamstruktur haben kann. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass sowohl langjährige Mitarbeitende, die sich im Umgang mit Technik und Digitalisierung unsicher fühlen, ebenso wie neue Teammitglieder angemessen unterstützt und geschult werden, um eine umfassende Integration und Akzeptanz technischer Innovationen zu gewährleisten.

Ein Blick auf die aktuelle Situation im Gesundheitswesen zeigt wiederum, dass im Pflegealltag noch immer hierarchiegetriebene Top-Down-Strukturen und Aufgabentrennung überwiegen (Ollenschläger/Sänger 2024, S. 58). Beide Aspekte erweisen sich aus Sicht des PPZ Nürnberg allerdings als eher hinderlich bei der Einführung neuer Technologien, denn Technik, die auf Managementebene als sinnvoll eingeschätzt wird, aber im Entscheidungsprozess ohne Beteiligung von Pflegekräften beschafft und vorgelegt wird, stößt tendenziell häufiger auf Ablehnung. Eine nachhaltige Implementierung neuer Technologien erfordert dabei in der gesamten Einrichtung ein Umdenken, welches im Prinzip schon bei der Rekrutierung von Mitarbeitenden beginnen müsste, die den digitalen Wandel begleiten können (Heidl/Pollak 2024). Ein solches Umdenken muss auf jeden Fall schon im Vorfeld einer Kaufüberlegung stattfinden, bei der Analyse von Problemstellungen im Pflegealltag. Bezieht man bei der Einschätzung und Bewertung möglicher Herausforderungen das ganze Pflegeteam mit ein, leistet man fast immer auch einen Beitrag zur Stärkung des Teamgefühls.

Eine Pflegetechnologie, die durch ein hohes Nutzenversprechen überzeugt, kann am Ende sogar dazu beitragen, Konflikte innerhalb von Teams zu verringern. Am Beispiel der Gestaltung der Personaleinsatzplanung, bei der sichergestellt wird, dass mindestens eine Person mit PC-Kenntnissen im Dienst ist, können mögliche Konflikte hinsichtlich der Rollenverteilung im Team durch den Einsatz von KI-gestützter Spracherkennung reduziert oder sogar vollständig aufgelöst werden. Solche Technologien können also nicht nur die Aufgabenerledigung erleichtern, sondern auch die Zusammenarbeit innerhalb des Teams harmonisieren. Ein Bericht des PPZ Nürnberg zur Neugestaltung des Pflegedokumentationsprozesses durch den Einsatz von Spracheingaben zeigt vielversprechende Ergebnisse. So wurde

festgestellt, dass Pflegekräfte die Dokumentation direkt bei den Bewohner*innen mithilfe einer Spracheingabe in der App vornehmen konnten. Der neue Prozess vermittelte den Mitarbeitenden mehr Handlungssicherheit und wurde als hilfreiche Unterstützung im Arbeitsalltag eingeschätzt (Konrad 2023, S. 31). Darüber hinaus war ein Ergebnis, dass die subjektiv wahrgenommene Zeitersparnis pro Mitarbeiter*in durchschnittlich 18 Minuten pro Schicht betrug (Konrad 2023, S. 32). In Teams mit einer besonders heterogenen Beschäftigtenstruktur – etwa durch den Einsatz von Zeitarbeitskräften und Mitarbeitenden mit Sprachbarrieren, die insgesamt mehr Zeit für die Dokumentation benötigen – kann eine KI-gestützte Spracherkennung bei adäquater Schulung und Nutzung dazu beitragen, Konflikte zu reduzieren. Die Spracheingabe über ein mobiles Gerät ist in diesem Kontext deutlich einfacher als die manuelle Eingabe am PC. Teamarbeit trägt wesentlich zur effektiven Anwendung der Technologie bei, gleichzeitig kann sich eine technologieoffene Teamkultur entwickeln. Es entsteht also eine Wechselwirkung zwischen Technologienanwendung und einer sich transformierenden Unternehmenskultur.

Hands-On – Aktive Einbindung von Mitarbeitenden

Da Pflegeeinrichtungen selten über hinreichende personelle, fachliche und finanzielle Ressourcen verfügen, steigt das Risiko, dass Recherchen und Analyseprozesse unvollständig bleiben, Auswahlprozesse ohne Beteiligung stattfinden und Implementierungsprozesse eher unorganisiert vonstattengehen.

Müssen fehlende Kompetenzen über Beratung eingekauft werden, entstehen zusätzliche Barrieren. Deshalb ist es wichtig, sich über Modelle zur Technologieauswahl zu informieren und Schlüsseltechnologien gezielt zu bewerten (Rieke/Klasen 2019, S. 98). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Modelle zwar eine gute theoretische Grundlage bieten, diese aber im Echtbetrieb nicht umgesetzt werden können.

Diese Herausforderung wird auch im PPZ Nürnberg erkannt, das sich seit 2018 intensiv mit der Implementierung neuer Technologien im Pflegebereich beschäftigt (Würdig et al. 2022). Rückkoppelungen aus der stationären Langzeitpflege zeigen, dass die Einführung von Pflegetechnologien nicht nur an fehlender Regelfinanzierung oder mangelnder Akzeptanz scheitert (Immig et al. 2023). Was hingegen zum Erfolg beiträgt, ist die Bereitstellung von Möglichkeiten zum Ausprobieren, Experimentierräume und Gelegenheiten, Technologien auf einfache Weise kennenzulernen. Basierend auf diesen Erfahrungen und unter Einbeziehung des NASSS-Frameworks (Greenlagh et al. 2017, deutsche Version: Kunze 2020) hat das Pflegepraxiszentrum Nürnberg eigene Formate entwickelt, die kontinuierlich angepasst und um neue Erkenntnisse erweitert werden.

Schulungen – Workshops – Probierwochen

Mit dem NASSS-Framework lässt sich nicht nur die Komplexität von Digitalisierungsprojekten abbilden. Ebenso können daraus Ansatzpunkte zur Unterstützung von Pflegeeinrichtungen abgeleitet werden. In Anlehnung an die beschriebenen »Domänen« hat das PPZ Nürnberg u.a. für das NürnbergStift verschiedene zielgruppenspezifische Formate entwickelt und erprobt. Der Leitgedanke besteht darin, Pflegepersonen einen niederschwelligen Zugang zu neuen Technologien zu ermöglichen und dabei eine grundsätzliche Akzeptanz innovativer Pflegetechnologien zu fördern.

Probierwochen für Pflegeteams

Viele Hersteller bieten für ausgereifte, marktfähige Produkte inzwischen kostenlose Testphasen oder Probewochen an. Dabei wird ein Produkt, z.B. ein interaktives Spiel für die soziale Betreuung, zeitlich befristet in der Einrichtung belassen, so dass erste Erfahrungen im Praxisbetrieb gesammelt werden können. Probetage sind insbesondere auf die Zielgruppe der Pflegefach- und Pflegeassistenzkräfte ausgerichtet. Der niedrigschwellige Zugang zur Technologie ermöglicht Pflegeteams einen Raum, in dem die Technologie umfassend auf ihre Eignung für den Alltag geprüft und frei diskutiert werden kann.

DemoDay für Fach- und Führungskräfte

Das Format DemoDay – also ein Ausprobiertag – ist gleichermaßen für Pflegefach- und Führungskräfte geeignet. Bei einem DemoDay werden unterschiedliche Hersteller eingeladen, die Produktlösungen für ein identisches Problemfeld adressieren. Im NürnbergStift wurden bspw. für das Thema Entlastung bei Hebe- und Transfertätigkeiten verschiedene Hersteller von Exoskeletten eingeladen. Zahlreiche Modelle sowohl passiver als auch aktiver Exoskelette sind in der Logistik bereits verbreitet. Für die Pflegebranche fehlt nach wie vor ein Überblick zu Wirkmechanismen und Anwendungsszenarien.

Nach einer umfassenden Recherche konnten die am Markt etablierten Hersteller zu einem DemoDay ins NürnbergStift eingeladen werden sowie Interessierte aus der gesamten Belegschaft, also Pflegefachpersonen, Entscheidungsträger*innen, die Personalvertretung und weitere Stakeholder*innen. Der Tag diente dazu, den Teilnehmener*innen die Möglichkeit zu geben, ausgewählte Technologien erstmalig auszuprobieren und deren Anwendung in Praxisszenarien wie z.B. den Transfer vom Rollstuhl ins Bett kennenzulernen. So konnten erste Eindrücke gesammelt und Fragen geklärt werden. Mit einem Fragebogen sollte anschließend eine fundierte Entscheidungsbasis erhoben werden. Der Fragebogen enthielt Fragen zu Hand-

ling und Usability, zur User Experience, also dem subjektiven Erlebnis, zur Frage, ob ein täglicher Einsatz der Technologie denkbar und ein reibungsloser Einsatz vorstellbar sei (Dittrich 2023).

Von den vier zur Auswahl stehenden Exoskeletten wurden in diesem Fall drei Modelle für gut befunden – die Präferenzen für ein Modell wurden individuell unterschiedlich begründet – unter anderem mit dem Eigengewicht des Exoskelettes oder ob es unter der Dienstkleidung angelegt werden konnte.

Workshops mit integrierter Herstellerschulung für Fachkräfte und Teams

Um Unsicherheiten abzubauen und die Akzeptanz für die Einführung neuer Technologien zu fördern, erweist sich die Einbettung von Herstellerschulungen in ein intern organisiertes Workshop-Format als Kombination mit vielen Vorteilen.

Für Themen wie Chancen und Risiken eines Produktes, Anwendungsszenarien oder die Ermittlung von Kriterien, die für den Nutzen eines Produkts sprechen, hat sich in Pflegeeinrichtungen die Methode des »World Cafes« immer wieder bewährt. Hierbei bearbeiten die Teilnehmenden in Kleingruppen zunächst eine Fragestellung, z.B. welche »Chancen« durch die neue Pflegetechnologie verbunden sind. Durch eine Rotation der Kleingruppen werden die Themensammlungen jeweils ergänzt und weiter bearbeitet. In einer abschließenden Plenumsrunde werden die entstandenen Ergebnisse präsentiert und reflektiert.

Ein solches Vorgehen bietet den Vorteil, dass die Herstellerschulung, die sich meist auf eine Erklärung der Funktionalitäten eines Produktes beschränkt, methodisch und didaktisch durch interaktive Elemente unterstützt wird. Durch die Aufteilung in kleine Gruppen können Hemmschwellen abgebaut werden, da sich manche Personen nicht trauen, in einer großen Gruppe etwas zu fragen oder zu sagen, insbesondere wenn Vorgesetzte im Raum sind. Schulungen im Workshop-Format können auch genutzt werden, um zentrale Inhalte in einfacher Sprache zu erklären.

Workshops im Bildungsbereich

Das PPZ Nürnberg bietet u.A. Klassen aus Pflegeschulen an, den Experimentierraum des PPZ Nürnberg zu besuchen. In einem dreistündigen Workshop erhalten Auszubildende eine kurze Einführung zum Thema Digitalisierung in der Pflegebranche. Anschließend haben sie Gelegenheit selbst unterschiedlichste Pflegetechnologien auszuprobieren.

Im Rahmen des Workshops werden ausgewählte Technologien in Kleingruppen anhand von Personas analysiert. Personas dienen als hypothetische Repräsentationen spezifischer Zielgruppen und werden durch detaillierte und konkrete Merkmale beschrieben. Dabei sollten sie durch Namen und visuelle Darstellungen möglichst realistisch und kompakt ausgearbeitet werden. Um ein vertieftes Verständnis zu er-

langen, wird empfohlen, mit der Persona ein fiktives Gespräch zu führen (vgl. Lepzien 2017) und sich in deren Perspektive hineinzuversetzen. Zentrale Fragen sind hierbei: Wie würde eine pflegebedürftige Person oder Angehörige auf die Technologie reagieren? Welche Herausforderungen könnten während der Implementierung auftreten und wie würden diese bewältigt? Könnten Widerstände erwartet werden? Das Ziel besteht darin, die Implementierung der Technologie an den Bedürfnissen der Nutzer*innen auszurichten, deren Eignung für verschiedene Personengruppen zu evaluieren und Kriterien für einen möglichen Abbruch zu definieren. Zudem könnten weitere relevante Akteur*innen identifiziert werden, die in den Implementierungsprozess der Technologie im pflegerischen Alltag einbezogen werden sollten. Die dabei aufkommenden Fragen werden zunächst in Kleingruppen diskutiert und anschließend im Plenum präsentiert. Dieser Ansatz zielt darauf ab, bereits während der generalistischen Ausbildung ein kritisches Reflexionsbewusstsein zu fördern, da standardisierte »One-size-fits-all«-Lösungen in den meisten Pflegesettings unzureichend sind.

Die unterschiedlichen Formate dienen dazu, aufzuzeigen, dass zielgruppenspezifische Ansätze die Entwicklung einer Kultur des Ausprobierens und Experimentierens fördern können. Gleichzeitig können das Zusammenspiel und die Interaktionen dieser Elemente maßgeblich dazu beitragen, eine technologieoffene Haltung der Mitarbeitenden zu etablieren. Abschließend ist hervorzuheben, dass die Vor- und Nachbereitung der genannten Formate von zentraler Bedeutung für die Erzielung nachhaltiger Ergebnisse ist. Eine präzise Definition der Zielsetzung sowie eine strukturierte inhaltliche und methodische Vorbereitung ermöglichen eine effektive Förderung der Teamorientierung und leisten somit einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Unternehmenskultur.

Fazit

Digitalisierungsprojekte in Pflegeeinrichtungen sind definitiv nicht trivial. Eine zu große oder unzureichend berücksichtigte Komplexität darf als häufigste Ursache für das Scheitern von Gesundheitstechnologien angenommen werden (Kunze 2020).

Es gibt jedoch wissenschaftsbasierte und in der Praxis erprobte Modelle, die das Erkennen und Managen von Komplexität deutlich verbessern (Walzer et al. 2022; Würdig et al. 2022). Sie zu nutzen unterstützt nicht nur den Prozess der Analyse und Entscheidungsfindung – sie strukturieren gleichermaßen Lernprozesse im Unternehmen und tragen zur Entwicklung einer Kultur der Beteiligung bei.

Neben einer Kultur der Beteiligung gilt es ebenso eine Kultur des Ausprobierens zu etablieren. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, innovative Technologien und Produkte im Unternehmen vorzustellen, zu diskutieren und zu erproben – dadurch

gelingt es kontinuierlich neue Erfahrungen zu ermöglichen und die Kriterien zur Einschätzung von Technik zu erweitern.

Nicht zuletzt braucht eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit innovativen Pflegetechnologien Führungskräfte, die bereit sind Initiative zu ergreifen, Prozesse zu steuern und sich als Rollenvorbilder für eine Unternehmenskultur zur Verfügung zu stellen, die atmet und sich weiterentwickelt.

Literatur

Anderson, J.E./Ross, A.J./Lim, R./Kodate, N./Thompson, K./Jensen, H./Cooney, K. (2019): »Nursing teamwork in the care of older people: a mixed methods study«, in: Applied Ergonomics 80, S. 119–129. DOI: 10.1016/j.apergo.2019.05.012.

BMG (2023): »Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick«. Siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/BMG_Ergebnisse_der_zweiteiligen_Studie_Arbeitsplatzsituation_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 27.11.2024.

Dittrich, Tanja/Brödel, Laura/Güttler, Carina/Konrad, Robert/Heidl, Christian (2023): »Einsatz von passiven Exoskeletten in der stationären Langzeitpflege – am Beispiel des Pflegepraxiszentrum Nürnberg«, in: Susanne Boll/Andreas Hein/Vanessa Cobus/Pascal Hinrichs/Simone Kuntz/Hironori Matsuzaki/Regina Schmeer/Stefan Walzer/Karin Wolf-Ostermann/Jürgen Zerth (Hg.), Zukunft der Pflege. Tagungsband der 6. Clusterkonferenz 2023. Mit Pflegeinnovationen die Zukunft gestalten – menschlich, professionell. Oldenburg: University of Oldenburg Press, S. 132–134.

Doppler, Klaus/Lauterburg, Christoph (2019): »Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten«. Frankfurt/New York: Campus, S. 126–141, 493–519, 474–485.

Edding, Cornelia/Schattenhofer, Karl (2020): »Einführung in die Teamarbeit«. Heidelberg: Carl Auer.

Fachinger, U./Mähs, M. (2019): »Digitalisierung und Pflege«, in: Jürgen Klauber/Max Geraedts/Jörg Friedrich/Jürgen Wasem (Hg.), Krankenhaus-Report 2019. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 115–128.

Henneking, Kim (2015): »Kultur in der Pflege« in: Pflegekultur – Careculture Göttingen: Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie, Georg-August-Universität, S. 16–17. Siehe https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/d8a8120e7ffdea2a24db9d613404cd9e.pdf/Ergebnisbericht_final_9122017.pdf, zuletzt abgerufen am 20.12.2024.

Hohndorf, Stephan/Premer, Albert (2023): »Schnittstellenoffenheit zwischen Wunsch und Wirklichkeit« in: Tobias Krick, Jürgen Zerth, Heinz Rothgang,

Ronny Klawunn, Stefan Walzer, Tobias Kley (Hg), Pflegeinnovationen in der Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 137–148. DOI: 10.1007/978-3-658-39302-1_8.

Keith, Dominique (2023): »Schlanke Unternehmen – Was Lean Management bedeutet«. Siehe https://www.business-wissen.de/artikel/lean-management-bedeutung-umsetzung-praxisnah-erklaert/, zuletzt abgerufen am 05.12.2024.

Klemm, Marlene/Preutenborbeck, Jacqueline (2023): »Akzeptanz und Gelingensfaktoren: Einführung innovativer technischer und digitaler Produkte. Ein Praxisbericht aus dem Pflegepraxiszentrum Nürnberg« in: Karsten Weber/Sonja Haug/Norina Lauer/Christa Mohr/Andrea Pfingsten/Georg Raptis/Gudrun Bahr (Hg.), Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie II. Bielefeld: transcript, S. 83–97. DOI: 10.14361/9783839467275-008.

Konrad, Robert/Breuer-Stengel, Edna/Güttler, Carina/Christian, Heidl/Kühhorn, Marlena/Bauer, Christian (2023): »Neugestaltung des Pflegedokumentationsprozesses via Spracheingaben – am Beispiel der Applikation voize« Würzburg THWS. Würzburg: Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt. DOI: 10.57714/ba75-2w52.

Kunze, Christophe (2020): »(Nicht-)Nutzung, Transfer, Verbreitung und Nachhaltigkeit von Gesundheitstechnologien: Deutsche Version des NASSS-Frameworks«. Furtwangen: Hochschule Furtwangen. Siehe https://opus.hs-furtwangen.de/frontdoor/index/index/docId/6230, zuletzt abgerufen am 18.12.2024.

Lepzien, Josefine/Lewerenz, Michael (2017): »Persona-Methode. Eine Methode zur Illustirierung von Bildungsbedarfen«. Rostock: Uni Rostock. Siehe https://www.uni-rostock.de/storages/uni-rostock/UniHome/Weiterbildung/KOSMOS/Persona.pdf, zuletzt abgerufen am 20.12.2024.

Malik, Fredmund (2006): »Führen Leisten Leben. Wirksames Management für eine neue Welt«. Frankfurt/New York: Campus.

Obser, Gabriele/Würdig, Jaqueline (2020): »Innovationen für die Pflegepraxis, Projektbericht zur Entwicklung und Erprobung eines Virtual Reality Spiels für Menschen in Pflegeeinrichtungen des NürnbergStift«. Siehe https://www.ppz-nuernberg.de/projektberichte/, zuletzt abgerufen am 23.12.2024.

Ollenschläger, Günter/Sänger, Sylvia (2024): »Miteinander und voneinander lernen: Gemeinsamer Kompetenzerwerb der Gesundheitsberufe als Voraussetzung erfolgreicher Teamarbeit«, in: Annette Grüters-Kieslich/Angelika C. Messner/Andreas Radbruch/Roman Marek (Hg.), Zukunft der Pflege. Denkanstöße 17. Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaft, S. 58–61.

Pollak, Tanja/Heidl, Christian (2024): »Digitalisierung in der Pflege am Beispiel ›Exoskelett‹«, in: Healthtech Innovation Insights. Bayern Innovativ. Nürnberg. Siehe https://www.bayern-innovativ.de/detail/de/veranstaltung/digitalisierung-in-der-pflege-exoskelett, zuletzt abgerufen am 20.12.2024.

Pospiech, Stefan/Hermann, Sophie/Lahn, Janina/Nicolai, Maria-Theresia/Zahn, Karoline (2019): »Arbeitshilfen Gute Praxis Konkret. Erfahrungen und Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen« Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Siehe https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fileadmin/user_upload/fachinformationen/Arbeitshilfe/GPkonkret_Multiplikatoren_Dez2019_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 09.12.2024.

Rieke, Tobias/Klasen, André Sardoux (2019): »Einführung von digitalen Technologien in KMU – Vorgehensmodell und Technology Evaluation Canvas«, in: Linssen, Oliver/Mikusz, Martin/Yigitbas, Enes/Volland, Alexander/Engstler, Martin/Fazal-Baquaie, Masud/Kuhrmann, Marco (Hg.), Projektmanagment und Vorgehensmodelle 2019. Lecture Notes in Informatics (LNI). Bonn: Gesellschaft für Informatik, S. 97–109.

Schäffter, Ortfried (2019): »Das Eisberg-Modell des Lernens – eine relationslogische Matrix: Lernen und Bildung im Gefüge von Transformationsbewegungen zwischen System und Umwelt«, in: Hans-Joachim Müller/Ingeborg Schüßler/Matthias Rohs/Mandy Schiefner-Rohs (Hg.), Pädagogische Perspektiven auf Transformationsprozesse. Reflexionen auf Rolf Anrolds Forschen und Wirken. Bielefeld: wbv Publikation, S. 345–368.

Starker, Vera/Roos, Katharina/Holtkemper, Sebastian (2024): »Schluss mit lustig? Über das Ende der neuen Arbeit und warum das der falsche Weg ist«. Rosberg

Walzer, Stefan/Armbruster, Christoph/Bejan, Alexander/Allen, Rebekka/Kunze, Christophe/Farin-Glattacker, Erik (2022): »NASSS-CAT-D: Leitfaden zum Umgang mit Komplexität in Technologie-projekten im Gesundheitswesen«. Freiburg: Pflegepraxiszentrum Freiburg. Siehe https://opus.hs-furtwangen.de/frontdoor/deliver/index/docId/8014/file/NASSS_CAT_D_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

Weider, Nicole (2020): »Teamarbeit im Krankenhaus. Handlungswissen für erfolgreiche Zusammenarbeit«. Stuttgart: Kohlhammer.

Würdig, Jaqueline/Heym, Nadine/Seibert, Kathrin (2022): »Implementierungsleitfaden – Eine praxisbezogene Arbeitshilfe zur Einführung technischer Innovationen in der Pflege«. Nürnberg: PPZ Nürnberg. Siehe https://www.ppz-nuernberg.de/implementierungsleitfaden/, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

Sexualität im Kontext der Gesundheit alter Menschen in der stationären (Langzeit-)Pflege

Chancen einer kulturellen Veränderung

Philipp Stang, Yvonne Sedelmaier, Hanna Brandt, Christian Heidl

Einleitung

Die Bedeutung von Sexualität im Alter ist vielschichtig und schließt die körperliche und psychische Gesundheit ein. Sexualität begleitet den Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg. Allerdings wird mit dem Fokus auf das gelebte Alter aus einer gesellschaftlichen Thematik vermehrt eine weitestgehend tabuisierte Thematik, welche bspw. in Institutionen der stationären Langzeitpflege nahezu keinen öffentlichen Diskurs findet. Erste wissenschaftliche Ergebnisse des durchgeführten Forschungsprojekts anhand eines Mixed-Methods-Ansatzes deuten in die Richtung, dass Sexualität und Geschlecht in der stationären Langzeitpflege relevante Themen sind. Hierbei bieten sich Chancen der kulturellen Veränderung in der Pflegeversorgung an, die im Rahmen der Digitalisierung anhand des Qwieck-up-Systems sowie von Kompetenzentwicklungen aufseiten der Pflegefachkräfte erfolgen kann. Anhand der erhobenen Ergebnisse kann daraus ein Fort- und Weiterbildungsbedarf abgeleitet werden. Mit dem Fokus auf die zunehmende Digitalisierung bieten sich aus der Gesamtbetrachtung Chancen und Möglichkeiten, die bedeutsamen gesellschaftlichen Aspekte der Digitalisierung und der Sexualität im Alter zunehmend zu enttabuisieren sowie Akzeptanz und gelebte Normalität gesamtgesellschaftlich damit zu verbinden.

Hinführung

Sexualität begleitet Menschen, als »sexuelle Lebewesen« (Sydow 2003), in jedem Lebensabschnitt (Otto/Hauffe 2003; Sydow 1994). Hierbei stehen Liebe, Beziehung und Sexualität mit Gesundheit, Lebenszufriedenheit und -qualität von Menschen im Zusammenhang (Buddeberg 2005; Denney/Quadagno 1992; Fahrenberg et al. 2000; Kolland/Rosenmayr 2006; Meudt 2012; Sydow 1994; Zimbardo et al. 2016; Schmidt

et al. 2013). Weiterhin kann Sexualität dimensionale Ausprägungen haben im Sinne von Zärtlichkeit, Sensualität, Erotik oder Genitalsexualität (Meudt 2012; Sporken 1974). Die Bedeutung der Sexualität im Alter ergibt sich u.a. dadurch, dass Sexualität ein Menschenrecht ist (Puschke 2017; Walter 1996) und als ein wichtiger Bestandteil des menschlichen, sozialen Lebens auch entscheidend zum körperlichen und emotionalen Wohlbefinden beitragen kann und das Ausleben von Sexualität durch Gesundheit beeinflusst wird (Bach/Böhmer 2011; Bauer et al. 2016; Gewirtz-Meydan et al. 2019; Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs o.J.; Rosenmayr 1995).

Die Bedeutung von Sexualität im Alter ist vielschichtig und schließt die körperliche und psychische Gesundheit ein. Sexualität kann zur körperlichen und psychischen Gesundheit beitragen, indem sie die Durchblutung fördert, Schmerzen lindert und das Immunsystem stärkt. Eine besondere Bedeutung im Alter kommt Zärtlichkeit, Intimität und Nähe zu (Thoß/Bolz 2003). Intimität und Sexualität fördern die Bildung emotionaler Beziehungen und tragen zur Steigerung des Selbstwertgefühls bei. Sexuelle Aktivität kann ebenfalls das allgemeine Wohlbefinden steigern und Menschen Zufriedenheit und Glück erleben lassen (World Health Organization 2006). Dabei kann im Sinne der Emotionsregulation ein Gleichgewicht erreicht werden.

Mit zunehmendem Alter jedoch wird aus jahrelanger gelebter Normalität ein gesellschaftlich tabuisiertes Thema (Schmidt 2013; Schultz-Zehden 2003a; Unger 2012). Gründe hierfür sind vornehmlich Stigmatisierung und Verdrängung (Neises/Ploeger 2003), die in unserer Gesellschaft und z.T. auch in der Gesundheitsfürsorge (Waldura et al. 2016) weit verbreitet sind. Doch in der Praxis der (stationären Langzeit-)Pflege ist Sexualität ein bedeutsames und vielfältiges Thema (Bach/Böhmer 2011; Bauer et al. 2016; BBT-Gruppe 2016; Döring 2019; Frauenärzte im Netz o.J.; Grond 2011; Misoch 2017; Unger 2012; Warneck 2020) u.a. auch mit den Themenbereichen Tagträumen, Verkleiden, emotionaler und intellektueller Intimität, Streicheln, Küssen, Geschlechtsverkehr und sexuell-übertragbarer Krankheiten (sexually transmitted infections, STI) (o.A. 2012; Deutsche Seniorenliga e.V. 2017; Mahieu/Gastmans, 2015).

Theoretische und empirische Grundlagen

Der aktuelle Forschungsstand zum hier behandelten Themenspektrum liefert unterschiedliche und vielschichtige Befunde zur Sexualität im Alter. Eine Studie (Bucher et al. 2003) analysiert drei verschiedene Kategorien (sexuelles Interesse, Aktivität, Zufriedenheit). Hierbei wurden insgesamt 641 Männer und 857 Frauen im Alter zwischen 45 bis 91 Jahren befragt. Theoretische Grundlage bildet ein psychosoziales Ressourcenbelastungsmodell in Verbindung mit sexualbiografischen und

soziodemografischen Angaben. Zum sexuellen Interesse, der sexuellen Aktivität und der sexuellen Zufriedenheit konnten spezifische Ergebnisse erzielt werden.

Im Verlauf des Alters verringert sich das sexuelle Interesse geringfügig ab dem 45. Lebensjahr und erst ab dem Alter von 75 Jahren ist bei circa 75 % der Menschen ein starker Rückgang des sexuellen Interesses zu verzeichnen (Bucher et al. 2003). Merbach et al. (2003) verweisen darauf, dass sich bei älteren Männern die sexuellen Wünsche, Gedanken und Fantasien kaum von denen jüngerer unterscheiden. Zwar ist im Geschlechtervergleich ein geringeres sexuelles Interesse bei Frauen in dieser Alterspanne zu verzeichnen, gleichzeitig liegt bei Frauen eine größere Varianz vor (Bucher et al. 2003). Dies kann als konsistent zu den Befunden von Schultz-Zehden (2003b) interpretiert werden. Bei der Studie von Schultz-Zehden (2003b) haben bundesweit 521 Frauen im Alter zwischen 50 und 71 Jahren teilgenommen. Diese Studie schloss nicht nur das aktuelle Sexualleben mit ein, sondern auch die Veränderung der gelebten Sexualität. Die Ergebnisse der Studie können auch dahingehend interpretiert werden, dass grundsätzlich der Wunsch nach Sexualität bei Frauen in unterschiedlichen Formen bis weit in die zweite Lebenshälfte der Befragten reicht. Es lassen sich jedoch differenzierte Bedürfnisse der Frauen in der genannten Altersspanne festmachen: Während ein Teil der Frauen das tägliche Bedürfnis nach sexuellen Kontakten hat, lehnt ein anderer Teil sexuelle Kontakte komplett ab. Zudem ist der Wunsch nach sexuellen Kontakten größer als die tatsächlich praktizierte Sexualität.

Aus der Varianz sexueller Bedürfnisse von Männern und Frauen postulieren Schmidt und Matthiesen (2003) auch für die hohe Single-Rate älterer Frauen, die Ambivalenz zwischen erneutem Eingehen einer Partnerschaft und einem »einengenden Geschlechtsrollenarrangement« zu entkommen, das sich in unserer Gesellschaft vermutlich ändern wird: »Das relativ hohe Vorkommen nicht-reziproker Sexualität bei älteren (heterosexuellen) Paaren – der Mann will mehr, der Mann ist initiativer – ist eine weitere Folge eben dieser Arrangements und wird vermutlich in dem Maße abnehmen, wie die »gender equalisation« in späteren Generationen zunimmt« (Schmidt/Matthiesen 2003, S. 24).

Bei Männern scheint insbesondere das sexuelle Verlangen durch eine höhere Häufigkeit verglichen mit Frauen charakteristisch zu sein (Bucher et al. 2003). Bei Frauen scheint hingehen ein stärkeres Bedürfnis nach Zärtlichkeit zu bestehen. Positive (+) Einflussgrößen für das sexuelle Interesse im Alter sind u.a. Wichtigkeit von Sexualität in früheren Jahren (höhere Wichtigkeit (+)), Dauer der Partnerschaft (längere Dauer (+)) und ein aktiver Lebensstil (aktiv (+)) (Bucher et al. 2003). Negative (-)Faktoren sind u.a. das gegenwärtige Lebensalter (höheres Lebensalter (-)) und natürliche (körperliche) Alterungsprozesse (Beeinträchtigungen und Beschwerden (-)) (Bucher et al. 2003; Kolle 2003). Hinsichtlich bestehender Partnerschaften konnte ein Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Für Frauen ist eine bestehende

Partnerschaft eine Voraussetzung für sexuelles Interesse. Bei Männern stellt der Partnerschaftsstatus keine Voraussetzung dar.

Bei Gegenüberstellung beider Geschlechter in Anlehnung an Bucher et al. (2003) wünschen sich mehr Männer bis 69 Jahre (99,1 %) genitalen Verkehr verglichen mit Frauen (82,5 %). Bei der Altersspanne ab 75 Jahren zeigt sich auch bei Männern (61,2 %), im Gegensatz zu Frauen (46,7 %), ein größerer Wunsch nach sexuellen Kontakten. 97,3 % der Männer bis 75 Jahre berichten über sexuelle Fantasien und Träume, während dies hingegen bei 73,3 % der Frauen der Fall ist. Nur weniger als 1 % der Männer und weniger als 3 % der Frauen zeigen im höheren Alter kein sexuelles Interesse (Bucher et al. 2003). An partnerschaftlich orientierter sexueller Aktivität wird Zärtlichkeit am häufigsten und bis ins hohe Alter ausgelebt, Petting und insbesondere Geschlechtsverkehr nehmen bei Menschen mit steigendem Lebensalter am stärksten ab. Auch Berberich und Brähler (2009) verdeutlichen, dass für alte Menschen Sexualität und Partnerschaft eine wichtige Rolle spielen. Dies steht auch mit Lebensfreude und Lebenszufriedenheit in Zusammenhang (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs o.J.).

Das Vorurteil des Minderverlangens nach sexueller Aktivität mit Beendigung der Menopause bei Frauen wird von Schultz-Zehden (2003b) widerlegt. Zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr wünschen sich Frauen mit einem prozentualen Anteil von ca. 45 % mehrmals pro Monat sexuelle Kontakte. Mit zunehmendem Alter nimmt der Wunsch nach sexuellen Kontakten stetig ab. Gemäß Schultz-Zehden (2003b) bestehen bei Frauen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren im Durchschnitt mehrmals im Monat das Bedürfnis nach Sex mit einem anderen Menschen. Hingegen ist bei etwa die Hälfte der Frauen zwischen 65 und 70 Jahren keinerlei Interesse an sexuellen Beziehungen vorhanden. Jedoch liegt das subjektiv empfundene Bedürfnis nach sexuellen Kontakten häufig über der tatsächlich gelebten Sexualität. Etwa 25 Prozent der Frauen zwischen 50 und 55 Jahren leben keine aktive Sexualität. Bei Frauen ab dem 65. Lebensjahr scheinen hierzu die größten Veränderungen einzutreten. 66 % der 65- bis 70-Jährigen leben keine sexuellen Aktivitäten mehr aus. In dieser Altersgruppe ist gleichzeitig noch jede dritte Frau sexuell aktiv. Hörner (2020) postuliert, dass 30,8 % der Männer und 25 % der Frauen über 80 Jahren, die sich in einer Partnerschaft befinden, genitale Penetration sexuell praktizieren, wobei dies nicht die einzige Form aktiver sexueller Praktiken darstellt. Unter den Singles sind es hingegen 7,1 % der Männer und 20 % der Frauen. Jeder dritte Mann zwischen 70 und 79 Jahren gibt an, sexuell aktiv zu sein (AOK 2021). Bei den Frauen sei der Anteil größer.

Sexualität im Alter ist auch in der Pflege ein relevantes Thema (Bauer et al. 2016; Füreder 2010). Zum einen gilt es, die Würde und den Respekt gegenüber Menschen zu wahren. Denn jeder Mensch, unabhängig vom Alter, verdient Würde und Respekt. Mit dem Anspruch auf Selbstbestimmung kommt Professionellen im Kontext der Pflege, der stationären Langzeitpflege oder der Heilerziehungspflege, auch

eine ethische Haltung zu, um sexuelle Selbstbestimmung (Specht 2017 & 2021; Vlasak 2017) zu ermöglichen. Die Anerkennung sexueller Bedürfnisse trägt dazu bei, die Würde des Menschen zu wahren. Spezifische Konzepte für Institutionen, wie z.B. hinsichtlich behinderungsspezifischer Sexualpädagogik (Ortland 2008), sollten hierbei mehr flächendeckende Anwendung in der stationären Langzeitpflege finden. Mahieu und Gastmans (2015) berichten von tendenziell negativen Einstellungen alter Bewohner*innen der stationären Langzeitpflege gegenüber z.B. Homosexualität.

Zum anderen hat Sexualität weitreichende Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Lebensqualität von Menschen. Auch die Berücksichtigung der sexuellen Gesundheit kann im Alter die Lebensqualität erhöhen und gesundheitliche Vorteile bringen. In Hinblick auf die psychische Gesundheit kann die Enttabuisierung von Sexualität Isolation, Einsamkeit, Depression und Angst entgegenwirken.

Daher sollten Pflegekräfte sowohl in der Ausbildung und dem Studium als auch in der Fort- und Weiterbildung spezifisches Wissen und Kompetenzen sowie eine professionelle Haltung erlangen, um mit diesem Thema umzugehen und ältere Menschen angemessen zu unterstützen. Bauer et al. (2016) postulieren, dass Pflegefachkräfte in die Lage versetzt werden sollten, ein Umfeld zu schaffen, indem auch Sexualität von Gepflegt-werdenden gelebt werden kann. Dies spielt in der Arbeit mit Angehörigen ebenfalls eine bedeutende Rolle, da für Angehörige das Konfrontiert-Werden mit der Sexualität ihrer pflegebedürftigen Nahestehenden auch zu emotional schmerzhaften und unangenehmen Reaktionen führen kann (Wiskerke/Manthorpe 2019).

Eine weitere Möglichkeit für Menschen ist sexuelle Assistenz (Senf 2013), um Sexualität zu leben und dabei entweder passive oder aktive Unterstützung zu erhalten (Backhaus 2016; Sandfort 2017). Passive Sexualassistenz kann in Form von Informationsvermittlung oder Bereitstellung von Materialien für die Autosexualität bzw. Selbstbefriedigung bestehen, während aktive Sexualassistenz in direkter sexueller Dienstleistung besteht und unter juristischen Gesichtspunkten zur Prostitution zählt (Döring 2014 & 2018a; Jeschonnek 2013; Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag 2018). Die Kosten sexualbezogener Ausgaben müssen in den meisten Fällen privat übernommen werden (Zinsmeister 2017). In Anlehnung an Benoit et al. (2019) sollten positive Rahmenbedingungen für Sexarbeit durch einen partizipativen Ansatz und der Zusammenarbeit von Sexarbeitenden, Unterstützungsorganisationen und der Regierung sowie anderen relevanten Interessengruppen geschaffen werden.

Sexuell grenzverletzendes oder übergriffiges Verhalten ist auch in der stationären Langzeitpflege ein Thema mit hoher Relevanz (Adler et al. 2021; Körner/Bensch 2021; Smith 2019; van der Vight-Klußmann 2014). 62,5 % aller befragten Pflegekräfte haben im Zeitraum von zwölf Monaten vor der Datenerhebung der Studie von Ad-

ler et al. (2021) nonverbales sexuell grenzverletzendes und übergriffiges Verhalten durch von ihnen betreute bzw. gepflegte Personen erlebt. Verbales sexuell grenzverletzendes und übergriffiges Verhalten durch von ihnen betreute bzw. gepflegte Personen haben 69 % der befragten Pflegekräfte erlebt. Körperlich sexuell grenzverletzendes und übergriffiges Verhalten haben 53 % der befragten Pflegekräfte in dem Zeitraum von zwölf Monaten erfahren. Nicht zuletzt aufgrund der Belastungen im Arbeitskontext spielt für Helfer*innenberufe Psychohygiene und die Entwicklung von Strategien zum eigenen Schutz eine herausragende Bedeutung (Sendera/Sendera 2013; Smith 2019).

Auch Bewohnende von Einrichtungen erfahren sexuell grenzverletzendes oder übergriffiges Verhalten. So berichten zwischen 21 % bis 38 % Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, im Erwachsenenalter sexuelle Gewalt erfahren zu haben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] 2013). Zu beachten ist hierbei, dass nicht jede Gewalterfahrungen innerhalb der Einrichtungen stattgefunden hat, sondern sich auch auf Personen außerhalb der Einrichtungen oder einen Zeitraum vor der Einrichtungsaufnahme bezog. Auch im häuslichen Umfeld können alte Menschen sexuelle Gewalt und sexuellen Zwang erlebt haben (Görgen et al. 2006). Männer mit Behinderungen und Beeinträchtigungen erfahren körperliche Übergriffe zumeist im öffentlichen Raum (Jungnitz et al. 2013).

Unger (2012) arbeitete im Kontext sexueller Bedürfnisse älterer Menschen in der stationären Langzeitpflege u.a. die Bedeutung von Privat- und Intimsphäre, Scham sowie Ekel heraus und entwarf Handlungsleitlinien für den Umgang im Arbeitskontext. In den Leitlinien sind allgemeine Aspekte und spezifische Aspekte zur Kommunikation (auch im Team), Informationsangeboten, Assistenz bei der Erfüllung sexueller Bedürfnisse, Räumlichkeiten, praktische Hinweise für die Umsetzung, Selbstbestimmung und Dokumentation enthalten.

Technische Assistenzsysteme werden in diesem Kontext auch als Möglichkeit für Prävention von sexuell grenzverletzendem und übergriffigem Verhalten diskutiert (Bendel 2018; Döring 2018b). Mit dem Qwiek-up (Qwiek o.J.) gibt es ein technisches Assistenzsystem auch für den Bereich der Sexualität sowohl zum Einsatz im privaten Umfeld als auch für gerontopsychiatrische und somatische Klient*innen in Rehabilitationskliniken, in der Altenpflege oder Behindertenpflege (Qwiek o.J.). Es wird von der sensorischen Stimulation eine Förderung der Entspannung und Erinnerung, Stimmungsaufhellung, Verringerung von Einsamkeit und sozialer Isolation sowie Förderung einer positiven Einstellung zur Sexualität vermutet (Döring 2018b; Farwick 2022; Hunyar 2018; Smets 2022).

Im aktuellen Forschungsstand konnten nur wenige Studien identifiziert werden, die die Sexualität von alten Menschen in der stationären Langzeitpflege fokussieren (Lottmann/Kollak 2018; Unger 2012). Sexualität hat auch bei Menschen im Alter eine Relevanz. In der stationären Langezeitpflege bestehen für das Ausleben

von Sexualität Herausforderungen u.a. mangelnde Privatsphäre, mangelnde Aufklärung und Unterstützung, Tabuisierung und Einschränkungen in der Mobilität.

Forschungsprojekt »LBS-isLP«

Aufbauend auf den Befunden einer Pilotstudie wurde das Forschungsprojekt »LBS-isLP« (Liebe, Beziehung und Sexualität in der stationären Langzeitpflege) entwickelt. Mit dem Forschungsprojekt sollte sowohl die Perspektive der Pflegekräfte als auch die Perspektive der Bewohnenden und Angehörigen analysiert werden. Mittels Forschungsfragen sollte das Projekt eruieren, wie Mitarbeitende und Angehörige sensibilisiert werden können, um in der stationären Langzeitpflege mit der Sexualität von Bewohner*innen (bzw. ihren Bezugspersonen) professionell umzugehen. Zudem sollte erhoben werden, wie sich durch gelebte Sexualität (Enttabuisierung) die Gesundheit der Bewohnenden in der stationären Langzeitpflege verändert. Als letzter Interessensbereich galt es, Veränderungen des Sexuallebens durch die Nutzung einer digitalen Innovation zu eruieren.

Übergeordnetes Ziel des Gesamtprojekts war es, die Gesundheitsversorgung von älteren und alten Menschen in der stationären (Langzeit-)Pflege zu analysieren und schließlich auch zu optimieren und dabei insbesondere den Bereich der Sexualität zu berücksichtigen.

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Studie mit einem Längsschnittdesign mit Mixed-Methods-Ansatz und unterschiedlicher Instrumente der folgenden Datenerhebungsmethoden durchgeführt:

- Datenerhebung: Qualitative Interviews mit Pflegefachkräften (Sensibilisierung, Hemmungen, Praxiserfahrung).
- Datenerhebung: Qualitative Gruppendiskussion mit Pflegefachkräften (Umsetzung und Integration in den Versorgungsalltag).
- Datenerhebung: Qualitative Interviews mit Bewohnenden und Angehörigen (Sensibilisierung, Hemmungen, Praxiserfahrung).
- Datenerhebung: Psychometrische Fragebögen: Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (Jerusalem/Schwarzer 2003) von Pflegefachkräften, gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) (Morfeld/Sterdt 2023) und Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg et al. 2000) von Bewohnenden mit quantitativem Antwortformat.

Bei den verwendeten Instrumenten bei der dritten Datenerhebung handelte es sich um psychometrische Fragebögen mit hinreichender Güte.

Ergebnisse

Erste explorative Ergebnisse aus den Expert*innen-Interviews sowie den Gruppendiskussionen mit Pflegefachkräften deuten in die Richtung, dass Sexualität ein alltägliches Thema im beruflichen Kontext der stationären Langzeitpflege darstellt. Pflegefachkräfte berichteten sowohl von der allgemeinen sexuellen Bedürfnislage alter Pflegebedürftiger als auch von einer großen sexuellen Diversität in diesem Zusammenhang. Zu den erfassten Beispielen zählen Paarsexualität, Autosexualität bzw. Masturbation, der Gebrauch sexueller Hilfsmittel wie Dildos, der Konsum pornografischer Materialien wie Videos und Zeitschriften, der Wunsch nach sexueller Hilfe, queere sexuelle Orientierungen wie Homosexualität sowie sexuell übertragbare Krankheiten (STIs) wie HIV.

Darüber hinaus berichtet das Pflegepersonal auch von sexuell grenzüberschreitenden und sexuell übergriffigen Verhaltensweisen in Form verbaler oder körperlicher Übergriffe. Von negativen Einflüssen auf die berufliche Identität und Belastung der Pflegekräfte als auch das Männerbild, insbesondere bei vorwiegend weiblichen Pflegekräften, wurde berichtet. Zwei von drei Pflegekräften fühlen sich am Arbeitsplatz nicht ausreichend vor sexuellen Übergriffen durch Bewohnende geschützt. Zudem fehle im Team der Professionellen eine offene Gesprächskultur bezüglich Erfahrungen mit sexuell übergriffigem Verhalten. Viele Kolleg*innen sind unsicher im Umgang mit dem Thema Sexualität im Rahmen der stationären Langzeitpflege. Auch die externen Angebote der Sexualassistenz werden unter Kolleg*innen kontrovers diskutiert.

Derzeit wird die Sexualität der Heimbewohnenden in Summe eher als Störfaktor wahrgenommen, der Unsicherheit hinsichtlich eigener Handlungsfähigkeiten (mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung) hervorruft und nur dann Beachtung findet, wenn entsprechende Signale von den Bewohner*innen ausgehen. Eine mögliche Handlungsweise ist die Kommunikation darüber, dass das Pflegepersonal nicht auf die sexuellen Wünsche der Bewohner*innen eingehen möchte, oder das Verlassen der Zimmer, damit die Bewohner*innen ihrer Autosexualität nachgehen können. Das Thema wird selten mit anderen Kolleg*innen kommuniziert oder in Fallbesprechungen thematisiert. Ein geschlechtsbezogener Befund der Untersuchung zeigt, dass es in der stationären Langzeitpflege von Alten und Senior*innen auch Menschen gibt, die transgeschlechtlich sind oder ein nichtbinäres Geschlecht haben. Hierzu gibt es auch Wissensdefizite bei Pflegefachkräften.

Fazit

Sexualität ist eine wichtige Dimension des menschlichen Lebens, die auch im Alter und in der stationären Langzeitpflege vermehrt Beachtung finden sollte. Das The-

ma Sexualität im Alter stellt jedoch bis heute ein gesellschaftliches Tabu dar. In vielfältigen Arbeitsbereichen sollte das Thema eine Enttabuisierung finden, um Menschen auch im Alter ein selbstbestimmtes Sexualleben zu ermöglichen. Nicht zuletzt auch zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit und -qualität sollte Sexualität als ein Aspekt des Lebens, bspw. Sexualität unter der Lebensspannenperspektive in Curricula z.B. von sozialen Ausbildungsberufen und Studiengängen aufgenommen werden. Auch sollten Expert*innen und Institutionen, die mit Menschen arbeiten, den professionellen Umgang mit Sexualität, Beziehungen und Geschlechtern postulieren und sich für deren Umsetzung im Berufsalltag einsetzen. Aus den explorativen Ergebnissen der laufenden Analyse konnte die Relevanz der Thematik für die stationäre Langzeitpflege abgeleitet werden. Konträr werden z.B. die verschiedenen Überlegungen zur Unterstützung bzw. Assistenz oder technischen Innovationen bei der Sexualität diskutiert. Mittlerweile gibt es neben der personalen Sexualassistenz bzw. -begleitung auch Angebote zu Mensch-Maschinen-Interaktionen, z.B. Sexroboter, Sexspielzeug etc., die in der nahen Zukunft der stationären Langzeitversorgung eine Rolle spielen könnten und eine Kulturveränderung in der Pflegeversorgung unter dem Aspekt der Digitalisierung einleiten. Dies kann auch der Ermittlung des Bedarfs an Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals dienen. Hieraus ergeben sich Implikationen für Forschung und Praxis im Sinne der Entwicklung didaktischer Konzepte zur Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften und weiteren Beteiligten, um auf das sensible Thema der Sexualität und dem Geschlecht in der Pflege vorzubereiten und berufliche Selbstwirksamkeit auszubauen.

Literatur

Adler, Mareike/Helms, Lia/Schablon, Anja/Vaupel, Claudia/Vincent-Höper, Sylvie (2021): »Sexuelle Belästigung und Gewalt in Pflege- und Betreuungsberufen: Ergebnisbericht für die Pflegebranche – Bereiche stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste«. Siehe https://www.bgw-online.de/resource/blob/22160/5d35353fe4c9037e6ae64a010e796808/bericht-gewalt-pflege-data.pdf, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

AOK (2021): »Sexualität im Alter: Wie sieht sie aus?«. Siehe https://www.aok.de/pk/magazin/familie/liebe-sexualitaet/sexualitaet-im-alter-wie-sieht-sie-aus/, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

Bach, Doris/Böhmer, Franz (2011): »Intimität, Sexualität: Tabuisierung im Alter«. Wien: Böhlau.

Backhaus, Anne (2016): »Sexualität im Alter: Einmal anfassen«. Siehe https://www.sueddeutsche.de/leben/seniorenheime-sexualitaet-im-alter-einmal-anfassen-1.3204739, zuletzt abgerufen am 08.12.2024.

Bauer, Michael/Haesler, Emily/Fetherstonhaugh, Deirdre (2016): »Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting«, in: Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy 19(6), S. 1237–1250. DOI: 10.1111/hex.12418.

BBT-Gruppe. (2016): »Umgang mit Sexualität in den Einrichtungen der Seniorendienste: Leitlinie«. Siehe https://www.bbtgruppe.de/media/docs/broschueren/Umgang-mit-Sexualitaet-Einrichtungen-SD_BBT-Leitlinie.pdf, zuletzt abgerufen am 15.1.2025.

Bendel, Oliver. (2018): »Roboter im Gesundheitsbereich«, in: Oliver Bendel (Hg.), Pflegeroboter. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 195–212. DOI: 10.1007/978-3-658-22698-5_11.

Benoit, Cecilia/Smith, Michaela/Jansson, Mikael/Healey, Priscilla/Magnuson, Douglas (2019): »›The prostitution problem‹: Claims, evidence, and policy outcomes«, in: Archives of Sexual Behavior 48(7), S. 1905–1923. DOI: 10.1007/s10508-018-1276-6.

Berberich, Hermann. J./Brähler, Elmar (2009): »Sexualität und Partnerschaft im Alter«. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bucher, Thomas/Hornung, Reiner/Buddeberg, Claus (2003): »Sexualität in der zweiten Lebenshälfte: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung«, in: Zeitschrift für Sexualforschung 16, 249–271.

Buddeberg, Claus (2005): »Sexualberatung: Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater«. Stuttgart: Thieme.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2013): »Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland: Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht«. Siehe https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94206/1d3b0c4c545bfb04e28c1378141db65a/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf, zuletzt abgerufen am 08.10.2024.

Denney, Nancy W./Quadagno, David (1992): »Human sexuality«. St. Louis: Mosby.

Deutsche Seniorenliga e.V. (2017): »Liebe und Sex im Alter«. Siehe https://www.info broschueren.de/uploads/DSL_Liebe_und_Sex_im_Alter_20171.pdf, zuletzt abgerufen am 27.11.2024.

Döring, Nicola (2014): »Prostitution in Deutschland: Eckdaten und Veränderungen durch das Internet«, in: Zeitschrift für Sexualforschung 27(02), S. 99–137. DOI: 10.1055/s-0034-1366591.

Döring, Nicola (2018a): »Das neue Prostituiertenschutzgesetz: Wie ist es aus fachlichen Perspektiven zu beurteilen? Eine Einführung«, in: Zeitschrift für Sexualforschung 31(01), S. 44–56. DOI: 10.1055/s-0044-101518.

Döring, Nicola (2018b): »Sollten Pflegeroboter auch sexuelle Assistenzfunktionen bieten?«, in: Oliver Bendel (Hg.), Pflegeroboter. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 249–267. DOI: 10.1007/978-3-658-22698-5_14

Döring, Nicola (2019): »Sexualität in der Pflege«. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Fahrenberg, Jochen/Myrtek, Michael/Schumacher, Jörg/Brähler, Elmar (2000): »Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ): Handanweisung«. Göttingen: Hogrefe.

Farwick, Lara (2022): »Beschäftigung und Ablenkung für Intensivpatienten«. Siehe https://www.qwiek.eu/de/in-der-pflege-mit/beschaeftigung-und-ablenkung-fuer- intensivpatienten Frauenärzte im Netz. Sexualstörungen: Besonderheiten im Alter. https://www.frauenaerzte-im-netz.de/erkrankungen/sexualstoerungen/besonderheiten-im-alter/, zuletzt abgerufen am 09.12.2024.

Füreder, Ulrike (2010): »Sexualität alterer Menschen im Pflegeheim«. Diplomarbeit. Universität Wien. Siehe https://core.ac.uk/download/pdf/11592177.pdf

Gewirtz-Meydan, Ateret/Hafford-Letchfield, Trish/Ayalon, Liat/Benyamini, Yael/Biermann, Violetta/Coffey, Alice/Jackson, Jeanne/Phelan, Amanda/Voß, Peggy/Geiger Zeman, Marija/Zeman, Zdenkao (2019): »How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies«, in: Culture, Health & Sexuality 21(3), S. 293–308. DOI: 10.1080/13691058.2018.1465203.

Görgen, Thomas/Nägele, Barbara/Herbst, Sandra/Newig, Antje (2006): »Sexuelle Viktimisierung im höheren Lebensalter«, in: Kriminalsoziologie und Rechtssoziologie 1, S. 9–48. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-204657.

Grond, Erich (2011): »Sexualität im Alter: Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können«. Hannover: Schlütersche.

health care experiences of kink-oriented patients«, in: The Journal of Sexual Medicine 13(12), S. 1918–1929. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.09.019.

Hörner, Lars (2020): »Sexualität im Alter: Intimität im Pflegeheim? Wie Pflegekräfte mit der Lust im Alter umgehen sollten«. Siehe https://www.medirocket.de/karrieremagazin/details/sexualitaet-im-alter-intimitaet-im-pflegeheim, zuletzt abgerufen am 08.11.2024.

Hunyar, Birgit (2018): »Qwiek.up wirkt! Technische Unterstützung in der Seniorenbetreuung«. Siehe https://www.qwiek.eu/sites/default/files/2019-0 2/LWH-77_März-2018_Qwiek.up_.pdf, zuletzt abgerufen am 08.11.2024.

Jerusalem, Matthais/Schwarzer, Ralf (2003): »SWE-Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung«. Siehe https://doi.org/10.23668/psycharchives.4515, zuletzt abgerufen am 27.11.2024.

Jeschonnek, Gudrun (2013): »Welche sexualitätsbezogene Assistenz unterstützt?«, in: Jens Clausen (Hg.), Heil- und Sonderpädagogik. Sexualität leben ohne Behinderung: Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 222–238.

Jungnitz, Ludger/Puchert, Ralf/Schrimpf, Nora/Schröttle, Monika/Mecke, Daniel/Hornberg, Claudia (2013): »Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland: Haushaltsbefragung: Abschlussbericht. (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB435)«. Bielefeld: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF). Siehe https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48201-8, zuletzt abgerufen am 08.12.2024.

Kolland, Franz/Rosenmayr, Leopold (2006): »Lust und Liebe – Sexualität im Alter«. Wien: Verlag der Grünen Bildungswerkstatt Oberösterreich.

Kolle, Oswald (2003): »Nichts bleibt, wie es ist: Vom Verlustdenken zur selbstbewussten kreativen Gestaltung einer altersgemäßen Sexualität«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 38–40.

Körner, Caroline/Bensch, Sandra (2021): »Sexuelle Belästigung – Alltag in der Pflege«, in: Pflegezeitschrift 74(12), S. 22–25. DOI: 10.1007/s41906-021-1159-7.

Lottmann, Ralf/Kollak, Ingrid (2018): »A diversity-sensitive long-term care for gay and lesbian elders in need of care – results of the research project GLESA«, in: International Journal of Health Professions 5(1), S. 53–63. DOI: 10.2478/ijhp-2018-0005

Mahieu, Lislot/Gastmans, Chris (2015): »Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review«, in: International Journal of Nursing Studies 52(12), S. 1891–1905. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007.

Merbach, Martin/Beutel, Manfred/Brähler, Elmar (2003): »Sexualität des alternden Mannes«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 7–11.

Meudt, Dorothea. (2012): »Sexualität im Alter – Ärger oder Freude: LWL-Fachtagung«. Siehe https://www.lwl.org/psychiatrieverbund-download/pdf/Vortrag_Meudt.pdf, zuletzt abgerufen am 18.11.2024.

Misoch, Sabina (2017): «Lesbian, gay & grey«: Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3, S. 239–246. DOI: 10.1007/s00391-016-1030-4.

Morfeld, Matthais/Sterdt, Elena (2023). »SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand«. Göttingen: Hogrefe.

Neises, Mechthild/Ploeger, Andreas (2003): «Meine Eltern tun das nicht.« Zum Umgang mit Sexualität in der Generationenfolge«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 34–37.

o.A. (2012): »Ältere haben immer mehr Geschlechtskrankheiten«, in: Welt, 16.02.2012. Siehe https://www.welt.de/gesundheit/article13871635/Aeltere-haben-immer-mehr-Geschlechtskrankheiten.html, zuletzt abgerufen am 08.11.2024.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (o.J.): »Partnerschaft und Sexualität im Alter«. Siehe https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/aelter-werden/partnerschaft.html, zuletzt abgerufen am 18.11.2024.

Ortland, Barbara (2008): »Behinderung und Sexualität: Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik«. Stuttgart: Kohlhammer.

Otto, Petra/Hauffe, Ulrike (2003): «Anti-Aging« – rückwärts in die Zukunft: Über den Umgang mit Alter und Sexualität in unserer Gesellschaft«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 3–6.

politische Bildung (bpb). Siehe https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/294922/sexualitaet-in-der-pflege/, zuletzt abgerufen am 27.11.2024.

Puschke, Martina (2017): »Hat die UN-Behindertenrechtskonvention bewirkt, dass sexuelle Selbstbestimmung gelebt werden kann? Eine Annäherung aus Sicht von Frauen mit Behinderung«, in: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1, S. 10–13. Siehe https://shop.bzga.de/pdf/13329230.pdf, zuletzt abgerufen am 16.08.2025.

Qwiek (o.J.): »Sensualiteit Interventie, de sensuele beleving voor de Qwiek.up. Siehe https://www.qwiek.eu/sensualiteit-interventie, zuletzt abgerufen am 16.08.2025.

Rosenmayr, Leopold (1995): »Die Kräfte des Alters« Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag.

Sandfort, Lothar. (2017): »Empowerment im Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter«, in: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1, S. 14–17. Siehe https://service.bzga.de/pdf.php?id=329b3d3103d482ff2ba9764b643b2fbb, zuletzt abgerufen am 08.12.2024.

Schmidt, Gunter (2013): »Sexuelle Modernisierung und die Folgen«, in: Thomas Sternberg/Sebastian Lanwer (Hg.), Sexualität zwischen Tabu und Laissez-Faire. Entwicklungen in Gesellschaft und Kirche. Münster: Dialogverlag, S. 9–25.

Schmidt, Gunter/Matthiesen, Silja (2003): »Spätmoderne 60-Jährige«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 16–24.

Schultz-Zehden, Beate (2003a): »Das Sexualleben der älteren Frau – ein tabuisiertes Thema?«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 31–33.

Schultz-Zehden, Beate (2003b): »Weibliche Sexualität in der zweiten Lebenshälfte: Ergebnisse einer empirischen Studie an Frauen zwischen 50 und 70 Jahren«, in: Sexuologie 10(2/3), S. 85–89. https://www.sexuologie-info.de/pdf/Bd.10_2003_2.pdf, zuletzt abgerufen am 18.11.2024.

Sendera, Alice/Sendera, Martina (2013): »Psychohygiene, Prävention und Therapie«, in: Alice Sendera/Martina Sendera (Hg.), Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Wien: Springer, S. 149–178. DOI: 10.1007/978-3-7091-1244-1_7.

Senf, Gerhard (2013): »Sexuelle Assistenz.: Ein kontrovers diskutiertes Konzept«, in: Psychotherapie im Dialog 2, S. 68–71.

Smets, Anne (2022): »Ablenkung während der radiologischen Untersuchung«. Siehe https://www.qwiek.eu/de/in-der-pflege-mit/ablenkung-waehrend-der-radiologischen-untersuchung, zuletzt abgerufen am 16.08.2025.

Smith, Pete (2019): »Was tun gegen sexuelle Belästigung?«, in: hautnah dermatologie 35(1), S. 14–16. DOI: 10.1007/s15012-019-2959-y.

Specht, Ralf (2017): »Hat die sexualfreundliche Zukunft schon begonnen?«, in: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1, S. 6–9.

Specht, Ralf (2021): »Sexuelle Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen«, in: Zeitschrift für Sexualforschung 34(03), S. 175–181. DOI: 10.1055/a-1551-7162.

Sporken, Paul (1974): »Geistig Behinderte, Erotik und Sexualität«. Düsseldorf: Patmos.

Sydow, Kirsten von (1994): »Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen« Basel: Reinhardt.

Sydow, Kirsten von (2003): »Sexuelle Realitäten älterer Frauen«, in: BZgA FORUM 1/3, S. 12–15.

Thoß, Elke/Bolz, Robert (2003): »Sexualität und Älterwerden: Ein Arbeitsschwerpunkt der pro familia«, in: BZgA FORUM 1/2, S. 25–28.

Unger, Jutta (2012): »Sexualität in der stationären Langzeitpflege, ein Tabu«. Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz. Siehe https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/224117?originalFilename=true, zuletzt abgerufen am 19.11.2024.

van der Vight-Klußmann, Ruth (2014): »(Kein) Sex im Altenheim? Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe. Mit Praxisleitfaden«. Hannover: Schlütersche.

Vlasak, Annette (2017): »Sexuelle Selbstbestimmung – und dann? Mehr als 20 Jahre Begleitete Elternschaft in der Bundesrepublik Deutschland«, in: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1, S. 26–28.

Waldura, Jessica F./Arora, Ishika/Randall, Anna M./Farala, John P./Sprott, Richard A. (2016): »Fifty shades of stigma: Exploring the health care experiences of kink-oriented patients«, in: The Journal of Sexual Medicine 13(12), S. fz1918-1929. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.09.019.

Walter, Joachim (1996): »Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema »Sexualität und geistige Behinderung«, in: Joachim Walter (Hg.), Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 29–37.

Warneck, Juliana T. (2020): »Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege«. Inauguraldissertation. Georg-August-Universität Göttingen. Siehe https://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/21.11130/00-1735-0000-0008-58BD-1/25.07.21.eDiss.pdf, zuletzt abgerufen am 16.08.2025.

Wiskerke, Esther/Manthorpe, Jill (2019): »Intimacy between care home residents with dementia: Findings from a review of the literature«, in: Dementia 18(1), S. 94–107. DOI: 10.1177/1471301216659771.

Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. (2018): »Sexualassistenz für Menschen mit Behinderungen«. Siehe www.bundestag.de/resource/blob/559826/06db0317f5a4a17221c4e1d374c87773/wd-6-052-18-pdf-data.pdf, zuletzt abgerufen am 17.11.2024.

World Health Organization (2006): »Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health«. Geneva. Siehe https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf, zuletzt abgerufen am 19.11.2024.

Zimbardo, Philipp. G./Johnson, Robert L./McCann, Vivian (2016): »Schlüsselkonzepte der Psychologie«. München: Pearson.

Zinsmeister, Julia (2017): »Hat der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen?«, in: Ulrike Lembke (Hg.), Regulierungen des Intimen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 71–93. DOI: 10.1007/978-3-658-11749-8_4.

Migration und kultursensible Pflege in Deutschland

Eine Analyse

Jalal Alnatour, Bernd Seeberger

Zusammenfassung

Der Artikel analysiert die enge Verbindung zwischen Migration und Pflege im Kontext des deutschen Gesundheitssystems und richtet dabei den Fokus auf die Herausforderungen und Potenziale kultursensibler Pflege. Vor dem Hintergrund eines demografischen Wandels, in dem die Gesellschaft nicht nur altert, sondern auch kulturell vielfältiger wird, wird deutlich, dass sich das Pflegesystem auf neue Zielgruppen und Mitarbeitende einstellen muss.

Zu Beginn beschreibt der Beitrag die demografische Entwicklung: Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung beträgt fast 30 %, und die Zahl älterer Menschen mit Migrationsgeschichte steigt kontinuierlich. Viele der ehemaligen »Gastarbeiter*innen« erreichen nun das Rentenalter und leben dauerhaft in Deutschland. Gleichzeitig nehmen sie seltener institutionelle Pflegeleistungen in Anspruch – häufig bedingt durch kulturelle Erwartungen, Sprachbarrieren, Misstrauen gegenüber Pflegeeinrichtungen, aber auch durch Unkenntnis über ihre Ansprüche. Die familiäre Pflege bleibt oft die bevorzugte Versorgungsform, was wiederum zu einer Diskrepanz zwischen objektivem Pflegebedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme führt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Texts liegt auf den pflegebedürftigen Migrant*innen als Zielgruppe, deren Versorgung durch strukturelle Hürden (monolinguale Informationsangebote, bürokratische Verfahren) und institutionelle Barrieren erschwert wird. Dabei wird herausgestellt, dass kultursensible Pflege nicht nur ein theoretisches Konzept, sondern eine dringende Notwendigkeit ist, um Versorgungsungleichheiten abzubauen und Pflegequalität zu sichern.

Im nächsten Abschnitt wird die Rolle der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund näher beleuchtet. Diese stellen eine tragende Säule im Pflegebetrieb dar: Ihr Anteil an den Beschäftigten hat sich in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht, insbesondere in der Altenpflege. Sie bringen nicht nur dringend benötigte Arbeitskraft, sondern auch wertvolle interkulturelle Kompetenzen, Mehrsprachigkeit und Resili-

enz mit. Dennoch sind sie häufig mit Herausforderungen konfrontiert – sei es durch aufwändige Anerkennungsverfahren, unklare Karrierechancen oder Diskriminierungserfahrungen. Der Beitrag weist auf strukturelle Defizite bei der Integration internationaler Fachkräfte hin und betont die Notwendigkeit eines beidseitigen Integrationsprozesses im Team.

Theoretisch fundiert wird der Beitrag durch die Vorstellung zentraler Modelle der kultursensiblen Pflege – etwa dem »Sunrise-Modell« von Madeleine Leininger oder dem »Transcultural Assessment Model« von Giger und Davidhizar. Diese Modelle liefern Werkzeuge zur strukturierten Erfassung kultureller Unterschiede entlang von Aspekten wie Kommunikation, Zeitwahrnehmung, Raumverhalten, familiärer Organisation und biologischen Besonderheiten. Die Autoren plädieren dafür, diese Konzepte stärker in der Pflegeausbildung und -praxis zu verankern.

Neben der Theorie wird der Alltag kultursensibler Pflege beleuchtet. Sprachbarrieren, kulturell bedingte Missverständnisse oder divergierende Pflegeverständnisse innerhalb multikultureller Teams führen immer wieder zu Spannungen. Das Beispiel des Projekts »TransCareKult« zeigt jedoch, wie diese Unterschiede durch interaktive Schulungen, Erwartungsklärung und gegenseitige Anerkennung produktiv gemacht werden können. Die Integration ausländischer Fachkräfte erfordert nicht nur strukturelle Maßnahmen, sondern auch eine Willkommenskultur in den Einrichtungen.

Ein weiterer Abschnitt widmet sich konkreten Integrationsprogrammen: Dazu zählen Sprachförderung vor Ort und im Herkunftsland, Qualifizierungsangebote, berufliche Anerkennungsberatung, Mentoring-Programme wie »StaF« und das internationale Anwerbeprogramm »Triple Win«. Diese Maßnahmen werden als praxisnahe Antworten auf den Pflegenotstand vorgestellt, auch wenn sie keine langfristige Lösung darstellen können, wenn Integration nicht gelingt.

Den Abschluss bildet ein Überblick über Best-Practice-Modelle wie das »Türk Bakım Evi« in Berlin, das Projekt »IBIP« (Interkulturelle Brückenbauer*innen in der Pflege) sowie Initiativen großer Träger wie des DRK. Auch kommunale Programme wie »Guter Lebensabend NRW« zeigen, wie interkulturelle Öffnung vor Ort gelingen kann.

Der Artikel schließt mit konkreten Handlungsempfehlungen, darunter: der Abbau von Zugangshürden, die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen, Schulungen zur interkulturellen Kompetenz, die Verankerung kultursensibler Inhalte in Aus- und Weiterbildung, die stärkere Einbindung von Angehörigen und migrantischen Communities sowie politische Unterstützung etwa durch Refinanzierung von Sprach- und Fortbildungsangeboten. Die Autoren betonen: Kultursensible Pflege ist keine Zusatzleistung, sondern Grundbedingung für eine menschenwürdige, gerechte und effektive Versorgung in einer vielfältigen Gesellschaft.

Einleitung

Die deutsche Gesellschaft ist seit Jahrzehnten durch Migration geprägt – eine Entwicklung, die sich insbesondere in der Zusammensetzung der älteren Bevölkerung zunehmend bemerkbar macht. Während Migrant*innen früher meist als temporäre Arbeitskräfte (»Gastarbeiter*innen«) betrachtet wurden, leben viele von ihnen heute dauerhaft in Deutschland und erreichen inzwischen das Rentenalter. Damit rückt eine Bevölkerungsgruppe in den pflegerischen Fokus, deren Bedarfe, Erwartungen und Zugänge sich teilweise deutlich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden. Parallel dazu leidet das deutsche Pflegesystem unter einem strukturellen Fachkräftemangel, der durch die gezielte Anwerbung internationaler Pflegekräfte abgefedert werden soll. Pflege wird somit zur Schnittstelle zweier migrationsbezogener Entwicklungen: einer zunehmend diversen Pflegeklientel und einer ebenso international geprägten Pflegebelegschaft. In beiden Fällen sind kulturelle Hintergründe, sprachliche Kompetenzen und wechselseitige Erwartungen entscheidende Einflussfaktoren für die Qualität der Versorgung.

Vor diesem Hintergrund gewinnt das Konzept der kultursensiblen Pflege an Bedeutung. Es zielt darauf ab, kulturelle Vielfalt nicht als Störfaktor, sondern als Ressource in der pflegerischen Interaktion zu begreifen – und entsprechende Strukturen, Kompetenzen und Modelle zu entwickeln, um dieser Vielfalt gerecht zu werden. Ziel dieses Beitrags ist es, die aktuellen Herausforderungen und Chancen einer kultursensiblen Pflege im Migrationskontext zu analysieren. Im Mittelpunkt stehen sowohl die Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund als auch die Rolle zugewanderter Pflegekräfte. Der Artikel beleuchtet strukturelle Zugangsbarrieren, kulturelle Spannungsfelder, theoretische Modelle, Praxisbeispiele sowie politische und institutionelle Handlungsempfehlungen für eine gerechtere und diversitätssensible Pflegepraxis in Deutschland.

Migration und Pflege in Deutschland: Statistische Entwicklungen

Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zu einem Einwanderungsland entwickelt. Im Jahr 2022 hatten rund 23,8 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund, was einem Anteil von 28,7 % der Gesamtbevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt 2023). Obwohl der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund derzeit noch vergleichsweise gering ist, zeigt sich ein signifikanter Anstieg. Prognosen zufolge wird sich die Zahl der über 65-jährigen Zugewanderten zwischen 2007 und 2032 mehr als verdoppeln – von rund 1,4 Millionen auf etwa 3,6 Millionen (Statistisches Bundesamt 2024). Diese erste Generation ehemaliger »Gastarbeiter*innen« erreicht nun das Rentenalter. Viele von ihnen haben ihren Lebensabend entgegen ursprünglichen

Rückkehrabsichten in Deutschland verbracht – oft aus Gründen wie der Nähe zu Kindern und Enkeln, der guten Gesundheitsversorgung und einer Entfremdung vom Herkunftsland (Marquardt/Delkic/Motzek 2016; Seeberger 1998). Damit rückt der Pflegebedarf älterer Migrant*innen in den Fokus. Aktuell liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an den nach SGB XI als pflegebedürftig registrierten Personen bei gut 8 %. Dieser Wert unterschätzt jedoch den tatsächlichen Bedarf, da viele Migrant*innen bestehende Pflegeangebote seltener in Anspruch nehmen. Studien zeigen, dass rund 78 % der pflegebedürftigen Migrant*innen (bzw. ihrer Angehörigen) keine professionellen Pflegeleistungen nutzen und stattdessen überwiegend Pflegegeld beziehen, um die Pflege in der Familie selbst zu stemmen. Zum Vergleich: Bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund liegt dieser Wert etwas niedriger (ca. 70 %) (Zanier, 2015). Diese Diskrepanz deutet darauf hin, dass Pflege in vielen Migrantenfamilien primär als Aufgabe der Angehörigen angesehen wird, während professionelle Hilfen aus unterschiedlichen Gründen seltener angenommen werden.

Die Pflegesituation älterer Migrant*innen ist von Heterogenität geprägt. Insgesamt sind ältere Zuwanderer*innen gesundheitlich und sozioökonomisch oft benachteiligt (z.B. durch harte Arbeitsbedingungen, niedrigere Renten und höheres Armutsrisiko). Zugleich bringen sie auch Ressourcen mit, etwa ausgeprägte familiäre Unterstützungsnetzwerke (transnationale Familienbindungen) und eine hohe Anpassungsfähigkeit durch die Migrationserfahrung (Zanier 2015). Viele der heute pflegebedürftigen Migrant*innen stammen aus Kulturen, in denen die familiäre Pflege alter Menschen einen hohen Stellenwert besitzt. So wird in bestimmten Gemeinschaften (z.B. türkisch- oder russischstämmigen) die Versorgung älterer Angehöriger traditionell innerhalb der Familie erwartet, und die Inanspruchnahme externer Altenpflege galt lange als ungewohnt oder sogar tabu. Entsprechend nutzen ältere Migrant*innen seltener stationäre oder ambulante Pflegedienste und greifen stattdessen auf informelle Lösungen zurück. Gründe dafür sind unter anderem mangelndes Vertrauen in hiesige Pflegeeinrichtungen (oft aufgrund negativer Erfahrungen mit staatlicher Altenhilfe im Herkunftsland) sowie finanzielle und sprachliche Barrieren (Marquardt/Delkic/Motzek 2016; Seeberger 1998). Unkenntnis über Leistungen der Pflegeversicherung und kulturelle Vorbehalte (z.B. Scham, professionelle Hilfe anzunehmen) erschweren ebenfalls den Zugang. Aufseiten des Versorgungssystems wirken zudem Hürden wie monolinguale Informationsangebote, bürokratische Verfahren und teils fehlendes Verständnis für migrant*innenspezifische Bedürfnisse. Die Folge ist eine Diskrepanz zwischen Pflegebedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme: Der Bedarf ist real vorhanden und sogar erhöht, wird aber in der öffentlichen Wahrnehmung unterschätzt, weil viele Betroffene im Stillen von der Familie versorgt werden (Zanier 2015).

Neben den Pflegebedürftigen rückt auch die Rolle von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in den Blick. Angesichts des akuten Pflegenotstands sind ausländ-

dische Fachkräfte und Zugewanderte längst zu einer unverzichtbaren Stütze der Pflege geworden (IAB, 2024). Im Juni 2023 waren etwa 16,2 % aller Pflegebeschäftigten in Deutschland Ausländer*innen, Tendenz steigend (Statista 2024). Besonders in der Altenpflege hat sich der Personalzuwachs fast ausschließlich durch ausländische Arbeitskräfte ergeben. Die Zahl ausländischer Altenpflegekräfte stieg zwischen 2013 und 2023 um 273 % (ca. +87.000 Personen). Damit hat sich ihr Anteil an den Belegschaften von rund 6–7 % im Jahr 2013 auf 18,9 % im Jahr 2023 erhöht. Ähnlich verlief die Entwicklung in der Krankenpflege, wo der Ausländer*innenanteil im selben Zeitraum von 4,9 % auf 14,5 % kletterte (IAB 2024).

Auch Menschen mit familiärem Migrationshintergrund (z.B. in zweiter Generation) sind in der Pflege überproportional vertreten: Laut Mikrozensus 2019 hatten 22,5 % der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegewesen eine eigene oder familiäre Einwanderungsgeschichte (SVR 2022). Ohne diese Arbeitskräfte würde die Pflegeversorgung heute nicht aufrechterhalten werden können – »Ohne Sie könnten wir es nicht schaffen«, betonte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach 2024 in Richtung der ausländischen Pflegekräfte (MiGAZIN, 2024). Damit anerkennt er ihren essenziellen Beitrag zur Patient*innenversorgung. Viele Migrant*innen bringen neben ihrer Arbeitskraft auch zusätzliche Kompetenzen mit, etwa mehrsprachige Kommunikation (wichtig im Umgang mit fremdsprachigen Pflegebedürftigen) sowie interkulturelle Erfahrungen und oft eine hohe Motivation und Einsatzbereitschaft (Friebe, 2005). Diese Stärken können – richtig gefördert – zur Verbesserung einer kultursensiblen Versorgung beitragen.

Konzepte kultursensibler Pflege: Theorien, Modelle und Definitionen

Angesichts der wachsenden Vielfalt in der Gesellschaft wurde in den Pflegewissenschaften eine Reihe von Konzepten entwickelt, um Pflege kulturell sensibel zu gestalten. Unter Begriffen wie »transkulturelle Pflege«, »kultursensible Pflege«, »interkulturelle Pflege« oder »interkulturelle Öffnung« wurden seit den 1990er Jahren Modelle und Leitlinien erarbeitet (Dömling 2012; Lanner 2016). Doch was bedeutet kultursensible Pflege genau?

Eine oft zitierte Definition liefert das »Memorandum für eine kultursensible Altenpflege« (Arbeitskreis Charta 2002): »Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann« (DRK 2014).

Demnach geht es darum, Pflege so zu gestalten, dass Lebensgewohnheiten, Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der zu Pflegenden berücksichtigt und respektiert werden. Menschen sollen sich auch in Pflegesituationen kulturell verstanden und angenommen fühlen, was letztlich zu höherer Zufriedenheit und besserer Versorgungsqualität führt (DRK 2014). Kultursensible Pflege erfordert von

Pflegenden ein hohes Maß an interkultureller Kompetenz, also die Fähigkeit, mit Angehörigen anderer Kulturen empathisch, offen und fachgerecht umzugehen. Die Literatur unterscheidet hierbei oft verschiedene Ansätze: kulturelle Anpassung (Pflege wird an die Kultur der Pflegende angepasst), kulturelle Sensibilität (Pflegende reflektieren die eigene Kultur und vermeiden Ethnozentrismus) und kulturelle Kompetenz (organisational verankerte Fähigkeit, unterschiedliche Bedürfnisse zu bedienen).

Zu den theoretischen Grundlagen kultursensibler Pflege zählt vor allem die von Madeleine Leininger begründete »Transcultural Nursing«. Leininger (1925–2012) war die erste Pflegewissenschaftlerin, die Kultur als zentrales Element der Pflege betrachtete. Ihr »Culture Care Diversity and Universality«-Konzept betont, dass »menschliche Fürsorge« (human care) ein universelles Phänomen ist, dessen konkrete Ausprägung jedoch kulturspezifisch ist (Lanner 2016). Sie stellte die These auf, dass Kultur und Pflege untrennbar miteinander verbunden seien – Pflege müsse die kulturellen Hintergründe der Menschen einbeziehen, um effektiv und heilsam zu sein. In ihrem berühmten Sunrise-Modell veranschaulichte Leininger, wie vielfältige Faktoren (technologische, religiöse, familiäre, soziale, rechtliche usw.) die Gesundheitsvorstellungen und Pflegebedürfnisse einer Person prägen. Pflegende sollen diese kulturellen und sozialen Strukturfaktoren im Assessment erheben und die Pflege kulturell kongruent planen, d.h. an den Wertevorstellungen und dem Lebensstil des Pflegeempfängers ausgerichtet. Leiningers Ziel war es, »durch kulturspezifische Fürsorge gesundheitsfördernde Bedingungen zu schaffen, die den Menschen helfen, gesund zu bleiben, oder […] eine positive, zufriedenstellende und effektive Fürsorge zu erhalten« (Lanner 2016, S. 19). Damit wandte sie sich gegen rein biomedizinische Modelle und forderte eine ganzheitliche, kultursensitive Praxis, die auch familienzentrischen Kulturen gerecht wird. Leiningers Pionierarbeit hat die transkulturelle Pflege als eigenes Feld etabliert; Begriffe wie »kulturelle Pflegekompetenz« und qualitative ethnografische Methoden in der Pflegeforschung gehen auf sie zurück.

Ein weiteres einflussreiches Modell stammt von Joyce Giger und Ruth D. Davidhizar. Ihr Transcultural Assessment Model (1988) bietet Pflegenden ein pragmatisches Instrument, um kulturelle Unterschiede systematisch zu erfassen. Giger und Davidhizar identifizieren sechs Dimensionen, die in jeder Kultur relevant sind und entlang derer Patient*innen beurteilt werden können (Giger/Davidhizar 2002):

- **Kommunikation:** Verbale und nonverbale Kommunikation, Sprache, Gestik, Körperhaltung – kulturelle Unterschiede können hier leicht zu Missverständnissen führen. Pflegende müssen Kommunikationsstile erkennen und sich anpassen (z.B. direkte vs. indirekte Ansprache, Blickkontakt, Bedeutung von Schweigen).

- **Raum (Space):** Die räumliche Distanz in Interaktionen, das Verständnis von Privatsphäre und persönlichen Zonen. Kulturen unterscheiden sich darin, was als angemessene Nähe oder Distanz empfunden wird. In der Pflege ist z.B. wichtig zu wissen, ob ein*e Patient*in Berührungen durch Fremde als unangenehm empfindet.
- **Zeit:** Umgang mit Zeit, Zeitwahrnehmung (gegenwarts-, vergangenheits- oder zukunftsorientiert). Pünktlichkeit und Zeitplanung variieren kulturell. Für die Pflege kann relevant sein, ob jemand eher monochron (einen Termin nach dem anderen, Planung) oder polychron (flexibler Umgang, mehrere Dinge gleichzeitig) orientiert ist. Auch Verständnis von Alterszeit (z.B. »rechtzeitig« Hilfe annehmen) spielt hinein.
- **Soziale Organisation:** Familienstrukturen, Rollenverteilungen, religiöse Gemeinschaften und Gruppenbindungen. Hier geht es um die gesellschaftliche Einbettung des Menschen: Wer trifft Entscheidungen (patriarchalisch vs. individualistisch), welche Bedeutung haben Angehörige, welche religiösen Regeln oder Feste beeinflussen den Alltag? In der Pflege z.B. relevant: Soll die Familie einbezogen werden, wer ist Ansprechpartner*in, gibt es religiöse Vorschriften bezüglich Pflegehandlungen?
- **Umweltkontrolle (Environmental Control):** Das Ausmaß, in dem Menschen glauben, Kontrolle über Gesundheit und Leben zu haben. Einige Kulturen neigen zu einem Schicksalsglauben (external locus of control: »es liegt in Gottes Hand«), andere zu einem aktiven Ansatz (»man kann durch eigenes Verhalten das Schicksal steuern«). Diese Einstellung beeinflusst z.B., ob präventive Gesundheitsangebote angenommen werden oder ob Patient*innen Behandlungsvorschlägen folgen.
- **Biologische Variationen:** Körperliche Unterschiede (Hautfarbe, Körperbau) und genetische Dispositionen zwischen ethnischen Gruppen. Dazu zählen Unterschiede in Krankheitsprävalenzen (etwa höhere Laktoseintoleranzraten, andere Stoffwechsel von Medikamenten) oder spezifische gesundheitliche Risiken bei bestimmten Migrant*innengruppen. Pflegende sollten hierfür sensibilisiert sein, um z.B. Laborwerte richtig einzuordnen oder Symptome nicht zu übersehen.

Giger und Davidhizar (2002) gehen davon aus, dass jeder Mensch kulturell einzigartig ist, aber dennoch anhand dieser universellen Kategorien beurteilt werden kann. Das Modell soll insbesondere in der Ausbildung helfen, kulturelle Sensibilität praktisch umzusetzen, indem Pflegende gezielt auf diese sechs Aspekte achten. Wichtig ist, dass es sich nicht um Stereotype handelt, sondern um Anhaltspunkte für eine individuelle Einschätzung. Im Pflegealltag heißt das: Die Pflegekraft erhebt z.B. die bevorzugte Anrede und Sprache (Kommunikation), bezieht die Familie ein (soziale Organisation), respektiert gebotene Distanz oder körperliche Schamgren-

zen (Raum), plant Pflege im Einklang mit kulturellen Zeitmustern (Zeit), fördert Selbstwirksamkeit (Umweltkontrolle) und kennt ggf. gesundheitliche Besonderheiten (biologische Variation).

Neben Leininger sowie Giger und Davidhizar existieren weitere Konzepte, z.B. das Modell der kulturspezifischen Kompetenz von Campinha-Bacote oder das Papadopoulos-Tilgman-Modell, die stufenweise die Entwicklung interkultureller Kompetenz beschreiben (vom Bewusstwerden über Wissen und Fertigkeiten bis zur praxisbezogenen Anwendung). In Deutschland wird häufig der Begriff der interkulturellen Öffnung verwendet, welcher einen organisationalen Ansatz betont: Pflegeeinrichtungen sollen ihre Strukturen und Abläufe so verändern, dass sie zugänglich und angemessen für alle Kulturgruppen werden. Dazu gehören etwa mehrsprachige Informationsmaterialien, interkulturelle Schulungen des Personals und Diversitätsmanagement bei Einstellungen. Insgesamt ist kultursensible Pflege kein starres Schema, sondern ein Lern- und Entwicklungsprozess, bei dem Pflegende ihre eigene kulturelle Prägung reflektieren und sich auf die Bedürfnisse anderer einstellen (SVR 2022). Die vorhandenen Modelle bieten dabei Orientierungswissen und Handlungsempfehlungen, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Herausforderungen im Pflegealltag: Sprachbarrieren, Kulturkonflikte und Pflegeverständnis

Trotz theoretischer Konzepte zeigt sich die Umsetzung kultursensibler Pflege im Alltag oft als Herausforderung. Pflegende und zu Pflegende stehen vor ganz praktischen Problemen, die aus Sprachunterschieden und unterschiedlichen kulturellen Hintergründen resultieren. Im Folgenden werden drei zentrale Problemfelder beleuchtet: (1) Sprachbarrieren, (2) kulturell bedingte Missverständnisse und (3) divergierende Pflegeverständnisse.

1. **Sprachbarrieren** gelten als eines der größten Hindernisse in der Pflege mit Migrant*innen. Kommunikation ist das A und O jeder Pflegebeziehung – von der Anamnese über die Anleitung bis zur emotionalen Unterstützung. Treffen nun Pflegekraft und Patient*in nicht durch eine gemeinsame Sprache zusammen, sind Missverständnisse vorprogrammiert. So können Symptome falsch verstanden, Medikationshinweise nicht korrekt vermittelt oder Bedürfnisse nicht geäußert werden. Eine Studie in Pflegeheimen ergab, dass Leitungskräfte vor allem die unzureichenden Deutschkenntnisse mancher Pflegender mit Migrationshintergrund als drängendes Problem ansehen, das die Pflegequalität beeinflussen kann (Friebe 2005). Insbesondere schriftliche Dokumentationen fallen schwer, wenn Sprachkenntnisse nur als »ausreichend« bewertet werden. Aber auch bei mündlicher Kommunikation führen selbst moderate Defizite zu

Unsicherheiten: Situationseinschätzungen können hinterfragt werden, wenn Begriffe fehlen oder missverstanden werden. Viele pflegerische Fachbegriffe oder Alltagswörter im Pflegekontext (z.B. »Galgen« für eine Aufstehhilfe, »Ente« für einen Bettpfannenbehälter) sind selbst für deutsche Laien nicht selbsterklärend und müssen erlernt werden. Ohne ausreichende Sprachmittlung bleibt oft kein Raum für *metakommunikative Vermittlung*, d.h. Missverständnisse können gar nicht erst geklärt werden (Friebe 2005). Das betrifft ebenso die Kommunikation mit Angehörigen, wenn diese ebenfalls sprachliche Hürden haben. Umgekehrt berichten Pflegende mit ausländischen Wurzeln, dass sie sich im Team mitunter isoliert fühlen, weil sie sich nicht nuanciert ausdrücken können. Sprachbarrieren können so zu sozialer Distanz im Pflegealltag führen – zwischen Patient*in und Personal, aber auch im Kollegium.

2. **Kulturelle Missverständnisse** treten auf, wenn Werte, Normen oder Gebräuche nicht geteilt werden. Pflege ist immer in kulturelle Kontexte eingebettet – sei es die Anrede, die Körperhygiene, die Ernährung oder das Schamempfinden. Was in einer Kultur selbstverständlich ist, kann in einer anderen unangemessen oder befremdlich wirken. Ein Beispiel: In manchen Kulturen gilt es als respektvoll, älteren Menschen nicht zu widersprechen oder gewisse Themen (etwa Prognosen bei schwerer Krankheit) auszuklammern. Eine deutsche Pflegekraft hingegen ist zur Offenheit und Aufklärung verpflichtet. Prallen solche Erwartungen ungefiltert aufeinander, können leicht Konflikte entstehen. So fühlte sich in Einzelfällen z.B. eine muslimische Patientin verletzt, weil ihr zum Frühstück Schweinefleischwurst serviert wurde – die Pflegekraft wusste nichts von ihrem religiösen Hintergrund. Oder Angehörige legen großen Wert darauf, dass ein Kranker traditionelle Kräutertees erhält, die im Krankenhaus aber nicht angeboten werden – Frustration kann die Folge sein. Kulturelle Gepflogenheiten in Bezug auf Körper und Intimsphäre sind ein weiterer sensibler Bereich: In vielen muslimischen Familien ist es z.B. üblich, dass intime Pflegehandlungen nur von gleichgeschlechtlichen Pflegepersonen durchgeführt werden. Wenn dem nicht entsprochen wird, fühlt sich die/der Patient*in womöglich entwürdigt (tatsächlich berücksichtigen kultursensible Einrichtungen dies – im Türk Bakım Evi Berlin etwa wird Intimpflege strikt nach Geschlecht getrennt organisiert). Auch nonverbale Signale können missverstanden werden: Ein Lächeln aus Höflichkeit könnte als Zustimmung interpretiert werden, ein fehlender Blickkontakt als Desinteresse, obwohl es kulturell anders konnotiert ist. Ebenso ist der Umgang mit Schmerz oder Trauer kulturell verschieden – offen gezeigtes Weinen vs. Fassen in der Öffentlichkeit, stoisches Ertragen vs. lautem Klagen. Pflegende, die diese Hintergründe nicht kennen, könnten das Verhalten ihrer Patient*innen falsch beurteilen (z.B. denken, jemand hätte kaum Schmerzen, weil er ruhig bleibt, obwohl es nur Ausdruck von Selbstdisziplin ist). Insgesamt können solche Missverständnisse die Pflegebeziehung belasten. Sie erfordern

Sensibilität und Kommunikation: Nachfragen, Erklären und Kompromisse finden sind hier wichtige Strategien. In der Realität fehlt im hektischen Pflegealltag dafür jedoch oft die Zeit – und manchmal auch die entsprechende Schulung der Mitarbeitenden.

Ein tiefer liegender Aspekt ist das **unterschiedliche Pflegeverständnis** in diversen Kulturen. Damit ist gemeint, wie Pflege und Fürsorge an sich begriffen werden – wer Verantwortung trägt, was »gute Pflege« ausmacht, welches Ziel Pflege hat. In der deutschen Pflegekultur wird Professionalität und Selbstbestimmung betont: Pflege soll den Menschen befähigen, möglichst autonom zu leben; professionelle Pflegekräfte gelten als Expert*innen, die nach Standards arbeiten. In manchen anderen Kulturen hingegen stehen die familiale Fürsorge und emotionale Nähe im Vordergrund, Pflege wird als Teil der familialen Pflichten gesehen und weniger als professioneller Dienst. Dieses Spannungsfeld zeigt sich etwa darin, dass Angehörige von Migrant*innen die Vorstellung, Eltern ins Pflegeheim zu geben, lange als Tabubruch empfanden (MiGAZIN 2024). Stattdessen pflegte man lieber zu Hause – oft zulasten der pflegenden Töchter oder Schwiegertöchter. Erst langsam ändert sich dieses Verständnis, auch weil die sozioökonomischen Realitäten (Doppelberufstätigkeit, kleinere Familien) dazu zwingen. Aus Sicht der professionellen Pflegedienste entstand so jedoch ein Dilemma: Ein realer Bedarf wurde *nicht* bedient, weil Angebot und kulturelles Verständnis auseinanderklafften (bpb 2024). Hier setzen die Bemühungen zur interkulturellen Öffnung an, um beide Seiten einander näherzubringen.

Doch nicht nur zwischen Patient*innenfamilien und Einrichtungen gibt es unterschiedliche Pflegeverständnisse – auch im Pflegeteam selbst, speziell wenn ausländische Fachkräfte integriert werden, prallen mitunter verschiedene berufliche Sozialisationen aufeinander. Forschung im Projekt TransCareKult zeigt, dass deutsch ausgebildete Pflegekräfte ihren international ausgebildeten Kollegen oft pauschal ein »medizinisch-technisches« Pflegeverständnis zuschreiben, während sie ihr eigenes Verständnis als ganzheitlich und praxisorientiert sehen (Peppler/Gold 2024). Hintergrund: In einigen Herkunftsländern (z.B. den Philippinen) ist die Krankenpflege stärker akademisch ausgerichtet und fokussiert medizinische Aufgaben, wohingegen in Deutschland die Altenpflege traditionell auch hauswirtschaftliche und soziale Komponenten umfasst. Kommt nun etwa eine philippinische Pflegefachkraft in ein deutsches Pflegeheim, kann es Irritationen geben, wenn von ihr erwartet wird, auch Grundpflege und Reinigung zu übernehmen – Aufgaben, die in ihrem Herkunftsberufsfeld vielleicht Hilfskräften zufielen. Umgekehrt fühlen sich hiesige Kräfte evtl. durch die höhere theoretische Qualifikation der ausländischen Kolleg*innen verunsichert (Peppler/Gold 2024). Solche Differenzen im Berufs- und Pflegeverständnis können zu Konflikten im Team führen, wenn sie nicht offen besprochen werden. Integration wird dann

fälschlich als einseitige Anpassung verstanden (»die Neuen müssen sich eben einfügen«), statt als gegenseitiger Lernprozess. Notwendig ist hier ein gegenseitiges Erwartungsmanagement: Beide Seiten – lokale Teams und ausländische Fachkräfte – sollten ihre Vorstellungen von Pflegearbeit erläutern, um gemeinsame Werte und Arbeitsweisen auszuhandeln (Netzwerk IQ 2020). Gelingt dies, kann die Vielfalt im Team zur Bereicherung werden; misslingt es, drohen Missstimmungen und möglicherweise Diskriminierungserfahrungen für die Zugewanderten.

Perspektive der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund: Qualifikation, Anerkennung, Diskriminierung

Während viel über Migrant*innen als Pflegeempfänger*innen gesprochen wird, ist ebenso die »Perspektive der Migrant*innen als Pflegende« wichtig. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund – ob im Ausland ausgebildete Fachkräfte oder in Deutschland geborene Kinder von Zuwanderer*innen – spielen eine tragende Rolle im Gesundheitssystem. Dabei sehen sie sich mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert, aber sie verfügen auch über besondere Ressourcen. Im Folgenden werden vier Aspekte beleuchtet: (1) Qualifikation und Ausbildung, (2) Anerkennung und Aufstiegschancen, (3) Diskriminierungsproblematik und (4) besondere Potenziale dieser Gruppe.

Qualifikation und Ausbildung

Viele aus dem Ausland rekrutierte Pflegekräfte haben in ihrer Heimat eine umfassende Ausbildung absolviert – häufig sogar auf Hochschulniveau (z.B. Bachelor of Nursing). Diese Qualifikationen sind nicht immer eins-zu-eins mit deutschen Abschlüssen vergleichbar, was zu Beginn zu Statusunterschieden führt. Um als anerkannte Pflegefachkraft in Deutschland zu arbeiten, müssen ausländische Abschlüsse geprüft und ggf. Ergänzungsprüfungen oder Anpassungslehrgänge absolviert werden. In der Praxis bedeutet das, dass hochqualifizierte Migrant*innen zunächst als Hilfskräfte arbeiten müssen, bis die Anerkennung erfolgt ist. Dieses »Downgrading« empfinden viele als frustrierend – es erfordert Geduld und belastet finanziell. Zwar gibt es seit 2012 mit dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz verbesserte Möglichkeiten zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse, doch bleibt das Verfahren aufwendig. Untersuchungen zeigen, dass es im Anerkennungsverfahren oft defizitorientiert zugeht: Statt die vorhandenen Kompetenzen zu ermitteln, wird primär auf fehlende Stunden und Inhalte im Vergleich zur deutschen Ausbildung geschaut (match-pflege.de 2024). Im Ergebnis fühlen sich internationale Pflegekräfte manchmal unterschätzt und in ihrer beruflichen Identität beeinträchtigt (match-pflege.de 2024). Dennoch meistern die meisten diese

Hürden – auch dank Unterstützung durch Kliniken oder Projekte – und bringen schließlich ihre Expertise ins Team ein. Neben formalen Qualifikationen verfügen viele Migrant*innen über mehrsprachige Fähigkeiten und interkulturelles Wissen. So kann eine zweisprachige Pflegekraft spontan als Übersetzerin fungieren oder Missverständnisse zwischen Team und fremdsprachigen Patient*innen klären. Solche Fähigkeiten werden jedoch bislang zu wenig systematisch gefördert (oft hängen Dolmetsch-Einsätze vom guten Willen der einzelnen Mitarbeiter*innen ab). Ein weiteres Thema ist die berufliche Weiterbildung: Hier zeigen Studien, dass Zugewanderte seltener an Fortbildungen teilnehmen – teils wegen Sprachbarrieren, teils mangels Informationen oder Unterstützung (match-pflege.de 2024). Dies gilt es zu verbessern, denn die Motivation zur Qualifizierung ist durchaus vorhanden (viele haben berufliche Aufstiegswünsche, z.B. ein Studium oder eine Spezialausbildung).

Anerkennung und Karrierechancen

Mit erfolgreicher Anerkennung arbeiten die meisten migrantischen Pflegekräfte auf Augenhöhe mit einheimischen Kolleg*innen. Allerdings können Aufstiegschancen (z.B. zur Stationsleitung) durch verschiedene Faktoren beeinflusst sein. Sprachliche Nuancen spielen weiter eine Rolle – wer perfekt Deutsch spricht, hat es leichter in Leitungspositionen. Auch informelle Netzwerke und kulturelle Unterschiede in der Selbstpräsentation wirken sich aus: In manchen Kulturen wird Bescheidenheit betont; in Deutschland wird eher proaktives Einfordern von Beförderungen gesehen. Dies kann dazu führen, dass gut qualifizierte Migrant*innen seltener Führungspositionen erreichen, obwohl sie fachlich geeignet wären. Einige Institutionen haben das erkannt und starten Förderprogramme für Mitarbeitende mit Migrationshintergrund, um deren Potenziale besser auszuschöpfen. Positiv hervorzuheben ist, dass öffentliche Arbeitgeber*innen und Wohlfahrtsverbände zunehmend Diversity-Management betreiben – d.h. Vielfalt im Personal als Bereicherung ansehen. In Pflegeeinrichtungen zeigt sich Diversität auf den unteren Hierarchieebenen bereits deutlich (z.B. hohe Anteile an internationalen Pflegehelfern und Fachkräften), wohingegen in oberen Ebenen (Heimleitungen, Pflegedienstleitungen) Menschen mit Migrationshintergrund noch unterrepräsentiert sind. Hier schlummert ein Talentpool, der künftig an Bedeutung gewinnen dürfte.

Diskriminierungserfahrungen

Leider bleiben rassistische oder diskriminierende Vorfälle auch im Pflegebereich nicht aus. Pflegekräfte mit ausländischen Wurzeln berichten mitunter von Vorbehalten seitens der Patient*innen oder Angehörigen – etwa dass eine ältere Person die Behandlung durch eine »schwarze Schwester« oder einen »ausländischen Pfle-

ger« ablehnt. Solche Situationen sind für die Betroffenen belastend und erfordern Rückhalt vom Arbeitgeber (z.B. klare Haltung, dass Herkunft kein Ablehnungsgrund sein darf). Auch im Team können subtile Diskriminierungen vorkommen: etwa das Nicht-Ernstnehmen von fachlichen Beiträgen der/des Migrant*in, Witze über Akzent oder Herkunft, oder die Annahme, sie habe ein geringeres Pflegeniveau. Institutionell kann Diskriminierung auftreten, wenn ausländische Abschlüsse systematisch geringer bewertet werden oder wenn Zugewanderte für gleiche Arbeit schlechter bezahlt würden (letzteres ist gesetzlich zwar unzulässig, aber in der Übergangszeit bis zur Anerkennung de facto der Fall). Die Politik versucht gegenzusteuern – Integrationseinrichtungen wie die Zentralstelle für die Anerkennung ausländischer Qualifikationen oder das 2020 in Kraft getretene Fachkräfteeinwanderungsgesetz erleichtern die Verfahren. Trotzdem bleibt *im* Alltag die soziale Integration ins Team eine Herausforderung: Beide Seiten brauchen Offenheit. Ein erfolgreiches Beispiel sind Mentoring-Programme (siehe unten), in denen erfahrene Pflegekräfte einheimische und zugewanderte Tandems bilden, um den Einstieg zu erleichtern. Wichtig ist auch die Wertschätzungskultur: Führungskräfte sollten die Leistungen der internationalen Mitarbeiter*innen ausdrücklich anerkennen – wie Minister Lauterbach im Bundestag: »Beschäftigte mit Migrationshintergrund sollten sich nicht verunsichern lassen von Parteien, die versuchen, ihre Arbeit geringzuschätzen […] Wir sind stolz auf Sie« (MiGAZIN 2024). Solche Signale können viel bewirken. Insgesamt zeigt sich, dass das Arbeitsklima entscheidend ist: In Einrichtungen mit einer offenen, multikulturellen Atmosphäre fühlen sich Migrant*innen deutlich wohler und bleiben länger im Unternehmen.

Ressourcen und besondere Stärken

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bringen wertvolle zusätzliche Fähigkeiten mit. Viele Leitungskräfte loben die hohe Einsatzbereitschaft, Zuverlässigkeit und Freundlichkeit dieser Mitarbeiter*innen (Carstensen/Seibert/Wiethölter 2024). In einer Befragung nannten Heimleitungen Eigenschaften wie Engagement, Fleiß, Ausdauer und Anpassungsfähigkeit als besondere Stärken von Pflegenden mit Migrationshintergrund (ebd.). Auch Mehrsprachigkeit ist ein Asset – etwa, wenn in einer Region viele russisch- oder türkischsprachige Pflegebedürftige leben, können entsprechend sprachkundige Pflegekräfte Vertrauen aufbauen und die Kommunikation erleichtern. Ein weiterer Pluspunkt ist das kulturelle Vermittlungswissen: Pflegende aus anderen Kulturen fungieren bisweilen als »Brückenbauer« im Team, indem sie Kolleg*innen interkulturelle Feinheiten erklären oder für Vorurteile sensibilisieren. Ihre Präsenz allein kann schon dazu beitragen, dass das Pflegeheim sich interkulturell weiterentwickelt. Zudem haben viele Migrant*innen eine enorme Resilienz – die Erfahrung der Migration, des Neuanfangs in einem fremden Land, zeugt von Anpassungs- und Durchhaltevermögen, was auch im stressigen

Pflegealltag hilfreich ist. Diese persönlichen Ressourcen sollten erkannt und gefördert werden. Wenn ein Team die kulturelle Vielfalt nicht als Last, sondern als Bereicherung begreift, profitieren alle davon: Die Kolleg*innen lernen voneinander, es entsteht Kreativität bei Problemlösungen, und die Einrichtung kann flexibler auf die Bedürfnisse verschiedener Klient*innen reagieren.

Integrationsmaßnahmen und -programme: Sprachförderung, Qualifizierung, Mentoring

Angesichts der beschriebenen Herausforderungen wurden in Deutschland zahlreiche Integrationsmaßnahmen und -programme initiiert, um die Situation zu verbessern. Diese richten sich sowohl an aus dem Ausland kommende Pflegekräfte (zur beruflichen und sozialen Eingliederung) als auch an inländische Strukturen (zur interkulturellen Öffnung). Im Folgenden werden exemplarisch einige wichtige Maßnahmen vorgestellt: Sprachförderung, Qualifizierungs- und Anerkennungsunterstützung, Mentoring-Programme sowie Anwerbeprogramme wie Triple Win.

Sprachförderung

Die Beherrschung der deutschen Sprache ist der Schlüssel für eine gelingende Integration – dies gilt für Pflegebedürftige wie für Pflegekräfte gleichermaßen. Für ausländische Fachkräfte gibt es spezielle Sprachkurse, oft bereits im Herkunftsland beginnend. Im Rahmen des staatlichen Anwerbeprogramms Triple Win etwa finanziert die GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) Deutschkurse bis zum fortgeschrittenen Niveau (B2) für ausgewählte Pflegekräfte (GIZ 2024). Nach ihrer Ankunft in Deutschland besteht zudem Zugang zu den Integrationskursen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BaMF), die Sprachunterricht und Orientierung in Gesellschaft und Rechtskunde vermitteln. Viele Kliniken und Heime bieten zusätzlich berufsbegleitende Sprachtrainings oder haben Kooperationen mit Volkshochschulen. Ein spezifischer Bedarf besteht beim Fachvokabular Pflege – hier wurden Materialien und Kurse entwickelt, um Begriffe aus Anatomie, Pflegediagnostik und Dokumentation zu vermitteln. Auch kommunikative Fähigkeiten (z.B. einfühlsame Gesprächsführung, Dialektverstehen) werden trainiert. Auf der anderen Seite versuchen einige Einrichtungen, Sprachbarrieren durch zweisprachiges Personal zu überbrücken – beispielsweise werden Mitarbeiter*innen mit entsprechenden Kenntnissen gezielt auf Stationen mit vielen anderssprachigen Bewohnern eingesetzt, oder es werden Sprachmittler*innen auf Honorarbasis hinzugezogen. Insgesamt hat sich in den letzten Jahren viel getan: Die Fachkräfteoffensive Pflege der Bundesregierung (2019) legt explizit einen Schwerpunkt auf berufsbezogene Deutschförderung. Dennoch bleibt die Sprache

ein Dauerbrenner-Thema, da jeder Mensch unterschiedlich lernt und insbesondere ältere Migrant*innen oft Schwierigkeiten haben, im Alter noch ausreichend Deutsch zu erwerben. Hier helfen kreative Lösungen: Piktogramme, zweisprachige Infoflyer, Übersetzungstools und – nicht zuletzt – Geduld und persönliche Zuwendung.

Qualifizierung und Anerkennung

Um die fachliche Integration zu unterstützen, wurden diverse Programme geschaffen. Bereits 2008 erschien im Auftrag des Familienministeriums ein »Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung«, das Empfehlungen gibt, wie interkulturelle Aspekte in der Ausbildung verankert werden können. So sind in der seit 2020 neuen generalistischen Pflegeausbildung Module zu kultursensibler Pflege verpflichtend vorgesehen. Für bereits ausgebildete ausländische Pflegekräfte stellen die Anerkennungsberatungsstellen der Bundesländer eine wichtige Hilfe dar. Sie begleiten bei der Antragstellung, erklären die Bescheide und vermitteln ggf. Anpassungslehrgänge. Letztere werden häufig an Bildungszentren der großen Träger oder Kammern angeboten. Einige Bundesländer haben spezielle Praxisanleiter-Programme aufgelegt, um ausländische Fachkräfte durch zusätzliche Schulungen optimal auf die Gleichwertigkeitsprüfung vorzubereiten. Ein weiterer Aspekt ist die fachliche Weiterqualifizierung: Unter dem Motto »Internationale Pflegekräfte gewinnen – und halten« fördern bspw. Kliniken zusätzliche Fortbildungen (z.B. Intensivpflegekurse) für ihre aus dem Ausland angeworbenen Mitarbeiter*innen, um ihnen Entwicklungsperspektiven zu bieten. Zudem werden vermehrt Brückenkurse eingerichtet, die auf Unterschiede in den Pflegeverständnissen eingehen – z.B. Kurse, die internationalen Pflegekräften das System der Bezugspflege, Biografiearbeit oder palliativen Begleitung in Deutschland nahebringen (Themen, die woanders evtl. weniger betont wurden). Schließlich spielt auch die berufssprachliche Qualifizierung eine Rolle: Medizinisches Deutsch, Dokumentationsstil und rechtliche Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung, Haftung, Hygienevorschriften) werden in speziellen Seminaren vermittelt, um die Fachkräfte sicher im deutschen System agieren zu lassen. Die Summe dieser Maßnahmen soll sicherstellen, dass ausländische Pflegeprofis schnell ihr volles Potenzial entfalten können – zum Nutzen aller.

Mentoring und soziale Integration

Neben Sprache und Fachkenntnissen ist die soziale Integration ein entscheidender Faktor für das Wohlbefinden und die Bindung neuer Pflegekräfte. Hier setzen Mentoring-Programme an. Ein Beispiel ist StaF – Soziale Teilhabe ausländischer Fachkräfte in der Pflege, gefördert von der Robert Bosch Stiftung (Robert Bosch

Stiftung 2024). An zehn Modellstandorten (u.a. in Baden-Württemberg und NRW) werden neuzugewanderte Pflegefachpersonen mit ehrenamtlichen Mentor*innen aus dem Gesundheitswesen vernetzt (Robert Bosch Stiftung 2024). Diese Mentor*innen begleiten die Neuankömmlinge über mehrere Monate außerhalb des Arbeitsplatzes, um ihnen zu helfen, in der lokalen Gemeinschaft Fuß zu fassen. Konkret bedeutet das: gemeinsam Freizeitaktivitäten nachgehen, Vereine oder Initiativen kennenlernen, kulturelle Veranstaltungen besuchen, Tandem-Sprachtreffen – kurz, die Teilhabe am sozialen Leben fördern. Hintergrund ist die Beobachtung, dass viele ausländische Pflegekräfte kaum Kontakte außerhalb der Arbeit knüpfen und meist in der eigenen Community bleiben. Das Mentoring soll dem entgegenwirken, indem es Brücken in die Zivilgesellschaft baut. Gleichzeitig profitieren auch die Mentor*innen und Organisationen: Sie lernen von den Erfahrungen der Zugewanderten und öffnen sich interkulturell (Robert Bosch Stiftung 2024). Begleitend werden oft Stammtische oder Netzwerktreffen organisiert, wo sich internationale Fachkräfte untereinander austauschen können. Auch innerhalb von Einrichtungen gibt es Mentoring-Ansätze: In manchen Pflegeheimen werden neuen ausländischen Mitarbeiter*innen erfahrene Kolleg*innen als Pat*innen zur Seite gestellt, die sie in den ersten Arbeitswochen intensiver betreuen und mit den informellen Abläufen vertraut machen. Solche Initiativen tragen dazu bei, Unsicherheiten abzubauen und ein Zugehörigkeitsgefühl zu schaffen. Erste Auswertungen zeigen positive Effekte: Teilnehmende ausländische Pflegekräfte berichten, dass sie sich sicherer im Umgang mit Patient*innen und Kolleg*innen fühlen und die Region als »zweite Heimat« wahrnehmen. Dies wirkt sich auch auf die Verweildauer im Betrieb aus – sprich, es hilft gegen Abwanderung zurück ins Herkunftsland oder in andere Branchen.

Triple Win – Anwerbeprogramm

Um dem Pflegemangel zu begegnen, setzt Deutschland neben EU-internen Zuwanderer*innen zunehmend auf die gesteuerte Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten. Ein Vorzeigeprojekt ist das Programm Triple Win, das 2013 gestartet wurde und von der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit in Kooperation mit der GIZ umgesetzt wird. »Triple Win« bedeutet dabei, dass drei Seiten profitieren: das Herkunftsland (durch Arbeitsplatzentlastung und Rücküberweisungen), die angeworbenen Pflegekräfte (durch berufliche Chancen und faire Löhne) und das deutsche Aufnahmesystem (durch die Schließung von Personallücken) (GIZ 2024). Es wird ausschließlich mit Ländern kooperiert, die *ein Überschussangebot an Pflegekräften* haben, um einen »brain drain« zu vermeiden. Zu den Partnerländern zählen aktuell Bosnien-Herzegowina, die Philippinen, Tunesien, Jordanien, Indonesien, Indien und Vietnam. Der Vermittlungsprozess ist umfassend: Nach einem strikten Auswahlverfahren (fachliche Qualifikation, Deutsch-

kenntnisse, Motivation) im Herkunftsland werden die Kandidat*innen deutschen Arbeitgeber*innen vorgeschlagen. Kommt ein Arbeitsvertrag zustande, durchlaufen die Pflegekräfte intensive Vorbereitungskurse – Sprache (bis B2), ein mehrtägiger Pflegefachkurs mit deutschen Pflegestandards, interkulturelle Orientierung. Die GIZ unterstützt außerdem bei der Anerkennung der Berufsabschlüsse und bei Visumsverfahren. Nach der Einreise werden die Kräfte weiter begleitet: Hilfe bei Behördengängen, Wohnungssuche und ein Integrationsworkshop für die Arbeitgeber*innen, um die Teams auf die neuen Kolleg*innen vorzubereiten. Das Programm ist inzwischen sehr erfolgreich: Über 200 deutsche Pflegeeinrichtungen (Krankenhäuser und Heime) haben bereits daran teilgenommen. Bis Anfang 2023 wurden mehr als 6.200 Pflegefachkräfte vermittelt, von denen über 5.300 schon in Deutschland im Einsatz sind (GIZ 2024).

Triple Win gilt international als Best Practice und wurde von der Internationalen Organisation für Migration (IOM) ausgezeichnet (GIZ 2024). Allerdings gibt es auch Herausforderungen: Die Anpassung an die deutsche Pflegepraxis erfordert Zeit, einige Teilnehmende klagen über hohe Erwartungen und Arbeitsdruck (Robert Bosch Stiftung 2024). Dennoch ziehen die meisten eine positive Bilanz: Sie fühlen sich integriert, haben sich beruflich weiterentwickelt und viele planen, langfristig in Deutschland zu bleiben (GIZ 2024).

Neben Triple Win existieren weitere Anwerbeinitiativen, etwa bilaterale Abkommen (z.B. mit Mexiko) oder private Vermittlungsagenturen. Wichtig ist stets die Einhaltung ethischer Rekrutierungsstandards – daran wird Triple Win gemessen (keine Abwerbung von Ländern mit eigenem Pflegenotstand, faire Bezahlung ab dem ersten Tag, Vermeidung von Vermittlungsgebühren für die Kandidat*innen etc.). Summa summarum entlasten diese Programme das deutsche Pflegesystem merklich – sie sind jedoch kein Allheilmittel, sondern müssen durch gute Integration flankiert werden, damit die gewonnenen Fachkräfte auch dauerhaft bleiben.

Weitere Maßnahmen

Neben den genannten gibt es zahlreiche Projekte auf Landes- und kommunaler Ebene. So fördert etwa Nordrhein-Westfalen mit »Guter Lebensabend NRW« Modellkommunen dabei, Zugangsbarrieren in der Altenhilfe für Migrant*innen abzubauen und interkulturelle Öffnung voranzutreiben (Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration [MKJFGFI] 2023). In einigen Städten wurden interkulturelle Pflegestützpunkte eingerichtet, die Beratung in mehreren Sprachen anbieten. Die Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonie, AWO, DRK) haben Aktionsprogramme gestartet, um ihre Dienste diversitätsgerechter zu gestalten – etwa durch Einstellung von Pflegeberater*innen mit Migrationshintergrund oder Kooperationen mit Migrant*innenorganisationen. Auch die

Wissenschaft trägt ihren Teil bei: Forschungsprojekte (u.a. am Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung, DeZIM) untersuchen gezielt die Lebenslagen älterer Migrant*innen und leiten praxisnahe Handlungsempfehlungen ab (Bartig 2022). Die Erkenntnis ist überall ähnlich: Integration ist ein wechselseitiger Prozess und verlangt Engagement auf beiden Seiten – den Zuwandernden und den Institutionen.

Best Practices in Deutschland: Modellprojekte und Beispiele

In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren diverse Modellprojekte initiiert, die exemplarisch aufzeigen, wie kultursensible Pflege konzeptionell und strukturell implementiert werden kann. Solche sogenannten »Best Practices« tragen dazu bei, Barrieren im Zugang zur Pflege zu senken, Vertrauen aufzubauen und kulturspezifische Bedürfnisse gezielt zu berücksichtigen (SVR-Forschungsbereich 2015).

Ein herausragendes Beispiel stellt das Türk Bakım Evi in Berlin dar – ein kulturspezifisches Pflegeheim, das sich vorrangig an türkeistämmige ältere Menschen richtet. Hier werden sprachliche, religiöse und kulturelle Aspekte (z.B. geschlechtsspezifische Intimpflege, halal-konforme Ernährung, muttersprachliche Betreuung) systematisch berücksichtigt.

Darüber hinaus hat sich das Berliner Projekt IBIP – Interkulturelle Brückenbauer*innen – in der Pflege bewährt. Hierbei handelt es sich um speziell geschulte Kultur- und Sprachmittlerinnen, die pflegebedürftige Migrant*innen bei Beratungen begleiten, bei Anträgen helfen und kulturspezifische Informationen bereitstellen. Ziel ist es, eine kultursensible Kommunikation zwischen Pflegediensten, Behörden und Familien zu ermöglichen (AWO 2024).

Auch große Träger wie das Deutsche Rote Kreuz (DRK) greifen die Thematik auf. So veröffentlichte das DRK bereits 2014 Fachbeiträge zur kultursensiblen Pflege als Bestandteil professionellen Handelns in der Altenhilfe und initiierte interne Fortbildungsmaßnahmen zur interkulturellen Kompetenzentwicklung (DRK 2014).

Handlungsempfehlungen für eine kultursensible Praxis

Angesichts einer zunehmend diversen Gesellschaft und anhaltender Versorgungsungleichheiten ist es notwendig, kultursensible Pflege strukturell in das Pflegesystem zu integrieren. Studien zeigen, dass bestehende Zugangsbarrieren, unzureichende interkulturelle Schulung sowie institutionelle Normen einer gleichwertigen Versorgung im Wege stehen (SVR 2022; Schwenzer 2021). Daraus ergeben sich zentrale Empfehlungen an Politik, Träger, Bildungseinrichtungen und Pflegeteams.

Zugangshürden abbauen

Informationen über Pflegeangebote sollten mehrsprachig, alltagsnah und niedrigschwellig bereitgestellt werden. Dolmetschereinsätze bei Beratungsgesprächen, kultursensible Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen mit Moscheevereinen oder Migranten*innenselbstorganisationen gelten als wirksame Strategien (SVR 2022; bpb 2024). Aufsuchende Formate und mediale Kampagnen in migrantischen Zielgruppen können die Reichweite verbessern. Auch finanzielle Missverständnisse müssen adressiert werden, etwa durch transparente Beratung zu Sozialhilfeansprüchen (bpb 2024).

Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen

Pflegedienste und Heime sollten sich strategisch auf eine vielfältige Klientel einstellen. Dazu gehören kultursensible Speisepläne, Rückzugsräume, religiöse Feiertagsgestaltung sowie ein flexibles Besuchsmanagement für Großfamilien (Schwenzer 2021). Einrichtungen profitieren, wenn sie Vielfalt nicht als Ausnahme, sondern als strukturelle Norm begreifen.

Personalentwicklung und Schulung: Interkulturelle Kompetenz muss als Schlüsselqualifikation betrachtet werden – bei der Einstellung, in der Ausbildung und im Fortbildungssystem. Eine Quote von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund ist allein nicht ausreichend – es bedarf gezielter Maßnahmen, um Vorurteile abzubauen und ein inklusives Arbeitsklima zu schaffen (Pütz et al. 2021; Bushanska et al. 2024). Besonders Führungskräfte sollten im Diversity-Management geschult sein.

Verankerung in Aus- und Weiterbildung: Kultursensible Pflege sollte systematisch im Curriculum der generalistischen Pflegeausbildung integriert und auch in Prüfungen abgebildet werden. Gleichzeitig sind Kooperationen mit migrantischen Organisationen sinnvoll, etwa durch Begegnungsformate oder interkulturelle Praktika. Für bestehende Teams braucht es regelmäßige Schulungen, auch zu Themen wie Mehrsprachigkeit oder religionssensibler Pflege (BMFSFJ 2023).

Einbindung von Familien und Communities: In vielen Herkunftskulturen sind Angehörige integraler Bestandteil der Pflege. Einrichtungen sollten dieses Potenzial fördern – z.B. durch Angehörigen-Cafés, kulturspezifische Gesprächsformate oder Ehrenamtsstrukturen mit Community-Vertreter*innen (SVR 2022; KDA 2023).

Stärkung pflegender Migrantenfamilien: Da ein Großteil der Pflege in Familien stattfindet, sind kultursensible Unterstützungsangebote wie mehrsprachige Pflegeschulungen, Tagespflege mit Sprachkompetenz oder interkulturelle Selbsthilfegruppen

notwendig (Zanier 2015). Die Versorgungsrealität darf nicht hinter strukturellen Zugangsbarrieren zurückbleiben.

Teamintegration internationaler Fachkräfte: Integration ist keine Einbahnstraße: Onboarding-Maßnahmen müssen sowohl die Bedürfnisse neuer ausländischer Pflegekräfte als auch die Bereitschaft des Stammpersonals berücksichtigen. Projekte wie StaF und Studien der Hans-Böckler-Stiftung zeigen: Gegenseitige Offenheit, Teamtage und Mentoring fördern das Zugehörigkeitsgefühl und verringern Konfliktpotenziale (Robert Bosch Stiftung 2024; Pütz et al. 2021).

Politische Rahmenbedingungen: Strukturelle Diversität erfordert politische Rückendeckung: Die Refinanzierung von Sprachmittlern, kultursensiblen Fortbildungen und Sozialraumprojekten muss langfristig gesichert werden. Darüber hinaus ist eine bessere Datengrundlage notwendig, um Bedarfe differenziert zu erfassen (SVR 2022). Auch die Integration kultursensibler Elemente in gesetzliche Qualitätssicherung und Personalbemessung kann den Wandel beschleunigen.

Fazit

Migration und Pflege sind in Deutschland untrennbar miteinander verwoben – die ältere Migrationsgeneration stellt neue Anforderungen an die Versorgungsstrukturen, während Pflegekräfte mit Zuwanderungsgeschichte das Rückgrat der Versorgung stärken. Kultursensible Pflege ist kein »Luxus«, sondern eine Notwendigkeit, um Chancengleichheit und Würde im Alter für alle zu gewährleisten. Gleichzeitig bietet sie Chancen für Qualität und Menschlichkeit: Wenn Pflegekräfte kulturelle Hintergründe kennen und respektieren, können sie individueller auf den Menschen eingehen. Davon profitieren auch Einheimische, denn letztlich bedeutet kultursensible Pflege vor allem personenzentrierte Pflege. Deutschland befindet sich hier auf einem Lernweg: Erste Konzepte und Projekte sind vielversprechend, doch es bleibt noch »viel zu tun, um kultursensible Pflege aus ihrer Nische zu holen« (SVR-Forschungsbereich 2015). Die demografische Entwicklung – eine alternde und vielfältiger werdende Gesellschaft – macht deutlich, dass kultursensible Pflege kein Nischenthema bleiben darf, sondern zum Standard guter Pflegepraxis werden muss. Dies erfordert Engagement auf allen Ebenen: politischer Wille, organisatorische Veränderung und individuelles Umdenken. Die Beispiele guter Praxis stimmen optimistisch, dass dieser Wandel gelingen kann. Pflege, so zeigt sich, ist immer auch Kultursache – und indem wir die Kultur des Gegenübers wertschätzen, verleihen wir der Pflege ein Mehr an Menschlichkeit und Wirksamkeit.

Literatur

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).

AWO – Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (2024): IBIP – Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege. Siehe https://www.awo-migration-behinderung.de/ibip-interkulturelle-brueckenbauerinnen-in-der-pflege/, zuletzt abgerufen am 16.03.2025.

Bartig, Susanne (2022): Alter(n) und Migration in Deutschland: Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland (DRN #09|22). DeZIM-Institut.

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2024): Migration und Pflege. Siehe https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/211007/altern-in-der-migrationsgesellschaft-neue-ansaetze-in-der-pflege-kultursensible-alten-pflege-und-interkulturelle-oeffnung/, zuletzt abgerufen am 01.03.2025.

Carstensen, Jeanette/Seibert, Holger/Wiethölter, Doris (2024): Internationalisierung der Pflege – Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung (IAB-Forschungsbericht Nr. 22|2024). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Siehe https://doku.iab.de/forschungsbericht/2024/fb2224.pdf, zuletzt abgerufen am 07.01.2025.

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (2024): Triple Win: Internationale Pflegekräfte für Deutschland. Siehe https://www.giz.de/de/mit_der_giz_arbeiten/11666.html, zuletzt abgerufen am 11.5.2025.

Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (2014): Kultursensible Pflege – Ein immer wichtigeres Thema. Heilberufe – Das Pflegemagazin, Juni-Ausgabe, S. 1–2.

Friebe, Jens (2005): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege: Bestandsaufnahme. Zwischenbericht des Projektes MigA. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). Siehe www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_01.pdf, zuletzt abgerufen am 10.02.2025.

Giger, Joyce N./Davidhizar, Ruth (2002): The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 185–188.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2024): Internationalisierung der Pflege: Entwicklung der ausländischen Beschäftigten in den Pflegeberufen 2013–2023 (IAB-Forschungsbericht 22/2024). Siehe https://doku.iab.de/forschungsbericht/2024/fb2224.pdf, zuletzt abgerufen am 03.3.2025.

Lanner, Sophie (2016): Transkulturelle Pflege: Auseinandersetzung mit der Pflege von Frauen und Männern aus muslimischen Kulturkreisen [Bachelorarbeit, Medizinische Universität Graz].

Marquardt, Gesine/Delkic, Elma/Motzek, Tom (2016): Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. ifo Dresden berichtet, 1/2016, S. 26–29.

match-pflege.de (2024): TransCareKult – Transkulturelle Pflege in Deutschland. Siehe https://match-pflege.de/transcarekult, zuletzt abgerufen am 10.5.2025.

MiGAZIN (2024): Anteil ausländischer Beschäftigter in der Pflege steigt deutlich. Siehe https://www.migazin.de/2024/10/17/anteil-auslaendischer-beschaeftigter-in-der-pflege-steigt-deutlich/, zuletzt abgerufen am 15.01.2025.

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2023): Guter Lebensabend NRW – Kultursensible Altenhilfe und Altenpflege für Seniorinnen und Senioren mit Einwanderungsgeschichte: Zwischenbericht 2022. Siehe https://www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/nd_gl_zwischenbericht.pdf zuletzt abgerufen am 10.01.2025.

Netzwerk IQ (2020): Qualifizierungskonzept TransCareKult – Good Practice. Siehe https://www.netzwerk-iq.de/angebote/iq-good-practice/interkulturelle-kompetenzentwicklung/transcarekult, zuletzt abgerufen am 20.01.2025.

Pütz, Robert/Kontos, Maria/Larsen, Christa/Rand, Sigrid/Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina (2021): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland (Studie Nr. 416). Hans-Böckler-Stiftung. Siehe https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf, zuletzt abgerufen am 07.02.2025.

Robert Bosch Stiftung (2024): StaF – Soziale Teilhabe ausländischer Fachkräfte in der Pflege. Siehe https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/staf-soziale-teilhabe-auslaendischer-fachkraefte-der-pflege, zuletzt abgerufen am 14.12.2024.

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2022): Forschungsbereich Bericht 8: Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Berlin.

Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) (2022): Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen. Zahlen und Fakten zum SVR-Jahresgutachten 2022.

Schwenzer, Victoria (2021): Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund zu Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung: Analyse der Angebotsstruktur in Köln und Berlin. Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. Siehe https://www.brueckenbauerinnen.de/wp-content/uploads/2022/06/Expertise-Hospiz-und-PalliativversorgungFIN.pdf, zuletzt abgerufen am 15.08.2025.

Seeberger, Bernd. (1998): Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr. Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Statista (2024): Ausländeranteil an Pflegekräften in Deutschland nach Pflegeart. Siehe https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029896/umfrage/auslaenderanteil-an-pflegekraeften-in-deutschland-nach-pflegeart/, zuletzt abgerufen am 11.01.2025.

Statistisches Bundesamt (2024): Bevölkerungsvorausberechnung. Siehe https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 10.3.2025.

SVR-Forschungsbereich (2015): In Vielfalt altern: Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland (Policy Brief 2015–2). Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration. Siehe https://www.svr-migration.de/, 02.02.2025.

Zanier, Gabriella (2015): Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung. Kurzdossier Migration und Pflege. Bundeszentrale für politische Bildung.

Ein Machtkonzept für Sozial- und Pflegeberufe

Das multidisziplinäre dimensionale Machtkonzept und die Herleitung von Machtsensibilität

Melanie Misamer

Zusammenfassung

Da Macht in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens eine wichtige Rolle spielt und überall ähnliche Wirkungen zeigt, ist es sinnvoll, sie aus verschiedenen Blickwinkeln und multidisziplinär zu betrachten. In diesem Beitrag werden daher theoretische und empirische Erkenntnisse und Implikationen verschiedener Disziplinen zusammengetragen und subsumiert, um Macht als multidisziplinäres dimensionales Konzept herzuleiten und vorzustellen. Ziel ist es, besser zu verstehen, was Macht eigentlich ist, das Konstrukt präziser zu beschreiben und abzuleiten, wie unterschiedliche Arten der Machtausübung sich auswirken können.

In Pflegeberufen spielt der Umgang mit Macht eine entscheidende Rolle, auch wenn dieses Thema bisher noch wenig im Fokus steht. Dabei ist es gerade auch für Fachkräfte in der Pflege wichtig, ein Gespür für Machtverhältnisse zu entwickeln, da sie unseren Arbeitsalltag wesentlich beeinflussen können. Das Handlungskonzept der »Machtsensibilität«, das ursprünglich für die Sozialarbeit entwickelt wurde, kann dabei helfen. Dieses Konzept berücksichtigt, dass Macht überall dort, wo Menschen zusammenarbeiten, nach ähnlichen Mustern wirkt – und das gilt natürlich auch für den Pflegebereich. Das Handlungskonzept basiert auf der multidisziplinär verorteten Idee von Macht und ihren Effekten und beschreibt eine konstitutive Empfindsamkeit gegenüber der Machtanwendung in asymmetrischen Situationen. Es ist ein (in Teilen bereits) evidenzbasiertes Handlungskonzept für Interaktionen, das in machtasymmetrischen Situationen den »schwächeren« Part absichert und partizipativ stärkt.

Eine Sensibilisierung gegenüber der eigenen Macht kann helfen, die Verantwortung, die mit Macht einhergeht, zu übernehmen und einen Schutz vor Machtmissbrauch aufzubauen. Ferner können destruktive Strukturen frühzeitig wahrgenommen und durch konstruktive Strategien wie partizipative, konfliktlösende, vertrauens- und gerechtigkeitsfördernde Handlungsweisen ersetzt werden.

Einleitung

> »Es hat wenige Augenblicke in meinem Leben gegeben, die mir mehr persönliche Freude gemacht haben als dieser, als ich die wenigen befreienden Worte sprechen und die totale Begeisterung teilen konnte. Ich wurde überwältigt vom Aphrodisiakum positiver Macht – etwas tun zu können, etwas sagen zu können, das so rückhaltlos Freude bei anderen Menschen auslöste. In diesem Augenblick, an diesem Ort schwor ich mir, jegliche Macht, die mir zur Verfügung stehen würde, für das Gute und gegen das Böse einzusetzen, das Beste im Menschen zu fördern, für die Befreiung der Menschen aus ihren selbst auferlegten »Gefängnissen zu arbeiten und allen Systemen entgegenzuwirken, die das Versprechen von Glück und Gerechtigkeit für die Menschen pervertieren.« (Zimbardo 2008, S. 174).

Mit diesen Worten reflektierte Philip Zimbardo das von ihm, Craig Haney und Curtis Banks durchgeführte Stanford-Prison-Experiment.[1] Macht ist ein zweischneidiges Schwert. Sie kann zu großer Freude, aber auch zu großem Leid führen. Daher sind machtsensible theoretische wie empirische Analysen gefordert – gerade in Sozial- und Pflegeberufen. Schließlich spielt Macht in der Praxis durchaus eine große Rolle (Beispiel Soziale Arbeit: Misamer 2020; Misamer/Albrecht 2023; Beispiel Pflege: Staudhammer 2018). Bisher war das Feld der Machtsensibilität allerdings noch weitgehend unbearbeitet, auch wenn Beiträge zur Macht erschienen sind (für die Soziale Arbeit z. B. Kraus 2014, 2021; Sagebiel und Pankofer 2022; Staub-Bernasconi 2007; für die Pflege z. B. Cassier-Woidasky 2005). Empirisch ist Machtsensibilität ebenfalls noch wenig beachtet, obwohl sie bspw. in berufsethischen Richtlinien für die Arbeitspraxis verortet ist; in der Pflege am Beispiel der sozialen Determinanten von Gesundheit (ICN 2021, S. 29) und beim Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. im Kontext des Umgangs mit Macht (DBSH [2014] 2025). Hier findet sich ein konkreter Appell: »Soziale Arbeit muss sensibel mit Macht und Machtstrukturen umgehen« (ebd., S. 26).

Weil Macht ein universelles Konstrukt ist, das in verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens in ähnlicher Weise wirkt, kann die Beschreibung nicht auf eine Profession begrenzt bleiben. So gibt es Theorien und Forschungen zur Macht aus der Psychologie, den Erziehungswissenschaften, der Sozialen Arbeit sowie der Philosophie und der Soziologie, die Machtmechanismen, zwar teilweise mit anderen Worten, aber im Tenor ähnlich beschreiben. Hier einige Beispiele:

---

1 Das auf zwei Wochen angelegte Experiment wurde 1971 an der Universität Stanford durchgeführt und sollte untersuchen, wie Menschen sich in Macht- (Wärter) bzw. Untergebenenpositionen (Gefangene) verhalten. Es musste aufgrund von schnell entstandenen Eskalationsspiralen (Machtkorrumpierung und in der Folge Machtmissbrauch seitens der Wärter und Opposition seitens der Gefangenen) nach sechs Tagen vorzeitig abgebrochen werden.

1. Macht ist situationsspezifisch: Eine Person kann in einem Bereich über Macht verfügen, in einem anderen jedoch nicht.
2. Macht ist relativ: Eine Person kann etwas nur dann als Machtmittel einsetzen, wenn die jeweils andere Person das Angebotene möchte oder braucht, weil sie bspw. davon abhängig ist.
3. Macht ist janusköpfig: Die Macht der anderen wird kritisch beäugt, während die eigene Macht durchaus noch erweitert werden könnte. Macht ist zudem problematisch, weil sie tabuisiert wird.
4. Macht wirkt bereits, bevor sie angewendet wird. Wird Macht destruktiv (nicht zum Nutzen oder zum Schaden für das Gegenüber) angewendet, werden häufig Korrumpierungsautomatismen wirksam, die beim Gegenüber, bei den Patient*innen oder Adressierten, Ohnmacht auslösen können.

Macht muss demnach dimensional beschrieben werden, nicht zuletzt, um auch ihre Unschärfen aufzuzeigen. Macht ist ein multidisziplinäres dimensionales Konstrukt der Beeinflussung entweder gegen oder für bzw. mit andere(n). Machtsensibilität wiederum basiert auf dieser multidisziplinär verorteten Idee von Macht. Sie kann als (in Teilen bereits) evidenzbasiertes Handlungskonzept für soziale Interaktionen genutzt werden, um in machtasymmetrischen Situationen den »schwächeren« Part abzusichern und partizipativ zu stärken; in der Pflege die Patient*innen und in der Sozialen Arbeit die Adressierten.

Vorstellung verschiedener Machtkonzepte

Das Wort Macht hat ursprünglich zwei Bedeutungen, zum einen mit Druck kneten oder pressen und zum anderen können, vermögen oder zu etwas fähig sein (Gerhardt 1996). Macht als ein klassischer Gegenstand der Geisteswissenschaften ist und bleibt als Phänomen stets aktuell.

Die meisten Menschen beziehen sich laut Keltner (2016)[2] auf die negativ konnotierte, machiavellistische Definition von Macht. Das ist Macht, die destruktiv, zerstörerisch und mit Zwang verbunden ist. Historisch betrachtet, zeichnen sich drei große Konzeptualisierungen von Macht ab, eine destruktive, eine differenzierte und eine konstruktive:

- Die rein destruktive Sicht auf Macht (Machtanwendung gegen andere) ist geprägt von Dominanz und Unterwerfung. Es ist für die, auf die die Macht ausgeübt wird, destruktiv, weil mit einseitigem Nutzen für die machtausübende Seite

2 Keltners Positionen basieren auf seiner über 20-jährigen sozialpsychologischen Machtforschung an der University of California, Berkeley.

und Zwang für die eigene Seite verbunden und damit explizit nicht zum Nutzen oder sogar zum Schaden für diejenigen, auf die die Macht ausgeübt wird. Diese Sicht auf Macht entspricht der von Machiavelli ([1532] 1986), der Macht als Selbstzweck sah, der erhalten und vergrößert werden muss, auch um den Preis, anderen Schaden zuzufügen.[3] Auf lange Sicht nutzt sie zudem der machtausübenden Person selbst nicht. Diese Art von Machtanwendung bereitet, laut Keltner (2016), zwangsläufig ihr eigenes Verschwinden vor.[4]

- Die differenzierte Sicht auf Macht geht davon aus, dass Macht sich zwischen Polen abspielt, teilweise unterschiedlich beschrieben, aber sich grundsätzlich zwischen einem negativen Pol (gegen andere) und einem positiven Pol (für bzw. mit andere(n)) bewegend[5] (siehe zusammenfassend Misamer 2019a, S. 26–30).
- Die rein konstruktive Sicht auf Macht versteht Glöckler (1997) ausschließlich karitativ (für bzw. mit andere(n)). Hier existiert keine Machtanwendung außerhalb der karitativen Idee.

Darüber hinaus finden sich in verschiedenen Disziplinen weitere einzelne Aspekte von Macht. So ist sie:

- subjektiv (Keltner 2016; Foucault 1987; Machiavelli [1532] 1986),
- allgegenwärtig (Arendt 2003; Claessens 1970; Kraus 2016; Luhmann 1975; Staub-Bernasconi 2007; Weber [1922] 1980 sowie Foucault 1987; Glöckler 1997; Machiavelli [1532] 1986) und
- gilt als gefährlich (historisch benannt erstmals von Russell 1947; empirisch belegt z. B. von Kipnis 1972; Scholl 1999; Keltner 2016).

Die Antwort auf die Frage, was Macht an sich ist, wird also auf unterschiedliche Weise beantwortet. Es lässt sich so nur ein unscharfes Bild von ihr zeichnen. Dementsprechend wird Macht unter anderem beschrieben als:

- Fähigkeit (Arendt 2003: Claessens 1970; Weber [1922] 1980),
- Mittel (Glöckler 1997; Luhmann 1975),
- Handlung (Foucault 1987),
- Kräfteverhältnis (Sagebiel/Pankofer 2022) oder aber

3 Auch Weber ([1922] 1980) geht von Macht als Chance aus, den eigenen Willen gegen Widerstrebungen anderer durchzusetzen.

4 Keltner (2016, S. 104) sagt: (destruktive) »Macht korrumpiert gerade die Eigenschaften, die wir brauchen, um nachhaltig etwas in der Welt verändern zu können und bereitet damit ihr eigenes Verschwinden vor«.

5 Vertreter*innen dieses Machtbegriffs sind Arendt (2003), Claessens (1970), Foucault (1987), Kraus (2016) oder Staub-Bernasconi (2007).

- gar nicht definiert, sondern als Ziel und Mittel zum Zweck benannt (Machiavelli [1532] 1986).

Insofern ist es schwierig, Macht zufriedenstellend zu definieren. Im Folgenden wird, ausgehend von der negativen Konnotierung von Macht, hergeleitet, weshalb diese unvollständig und damit damit diffus bleibt. Dann wird Macht als neutrales Potenzial vorgestellt und konstruktive und destruktive Machtanwendung hierunter eingeordet. Anschließend wird deren empirische Fundierung und Tragfähigkeit als Machtkonzept dargestellt.

Negativ konnotierte Machtdefinitionen

Es gibt Machtdefinitionen, die geprägt sind von Dominanz und Unterwerfung, und der machiavellistischen Idee von Macht nahestehen. Kurt Lewin etwa beschreibt Macht als den »Quotienten der maximalen Kraft, die B über A hat und den maximalen Widerstand, den A aufbieten kann« (Lewin 1963, S. 75). Nach Webers Machtdefinition ist Macht die Chance, »innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Wiederstrebungen durchzusetzen.« (Weber [1922] 1980, S. 28)[6]

Macht wird häufiger mit ausschließlich negativer Konnotation gebraucht, nämlich als Ausübung von Dominanz von Person A mit Wirkung einer Unterwerfung von Person B, und das historisch sowie aktuell und über verschiedene Disziplinen hinweg. Ferner wird hier meist nicht unterschieden zwischen einem durch Machtanwendung angestoßenem freiwilligen Verhalten einer Person, das unter Umständen sogar positiv für diese Person sein kann, und einem unfreiwilligen, also erzwungenen Verhalten, obwohl beides möglich ist (Misamer 2019a). Macht kann im negativen Sinne Manipulation oder Vortäuschung falscher Tatsachen sein. Genauso kann sie aber durch das »Malen von positiven Zukunftsvisionen« Hoffnung geben und Menschen dazu bringen, für sich eine positivere Lebensweise zu gestalten. Plakativ ausgedrückt kann Macht Waffe oder Werkzeug sein: »Ein Messer kann eine Waffe oder ein Werkzeug sein; es kommt eben darauf an, wofür man es benutzt. Man kann es für kriegerische, aggressive Handlungen nutzen oder man kann damit Kartoffeln für eine hungrige Familie schälen, damit sie etwas zu essen bekommen« (Misamer 2023a). Insofern wird Macht durch die ausschließlich destruktive Beschreibung einseitig beschrieben.

6 Ähnliche, durch Dominanz und Unterwerfung geprägte, aktuellere Definitionen finden sich z.B. in der Psychologie (z.B. Bierhoff 1998; Dépret/Fiske 1993; Schneider 1977), in der Politikwissenschaft (z.B. Dahl 1957) sowie in der Erziehungsstilforschung (z.B. Baumrind 1966, 1971, 1991).

Macht als neutrales Potenzial

Wenn Macht nicht nur gegen andere, also destruktiv, sondern auch für bzw. mit anderen, also konstruktiv, angewendet werden kann, muss sie zunächst als neutrales Potenzial definiert werden, bspw. sozialpsychologisch im Sinne des sozialen Einflusses auf andere bzw. als ein Einwirken auf andere. Damit ist Macht per se nicht negativ oder positiv (Misamer 2023a).[7] Schmalt (2009., S. 225) definiert, dass »von Macht […] offenbar immer dann zu sprechen [ist], wenn es darum geht, dass jemand in der Lage ist, einen anderen zu veranlassen, etwas zu tun, was er sonst nicht tun würde«. Macht als neutrales Potenzial kann folglich auf einem dimensionalen Kontinuum eingesetzt werden. Sie kann im konstruktiven Sinne mit anderen bzw. für andere(n) gebraucht oder aber im destruktiven gegen andere missbraucht werden (Misamer 2023a). Damit ist die Art der Anwendung von Macht leichter zu fassen und klarer abgrenzbar, weil nicht mehr diffus eindimensional (meist einseitig und negativ konnotiert) operationalisiert.

Aus Sicht verschiedener Disziplinen gibt es empirische Evidenz, dass Macht, wie oben beschrieben, ein differenzierteres und somit nicht ausschließlich negativ konnotiertes Konstrukt ist.[8] Im Folgenden werden exemplarisch fünf Beispiele genannt.

1. McClelland (1975) unterscheidet im Rahmen der Machtmotivationstheorie das personalisierte (hohes Machtmotiv und geringe Aktivitätshemmung) vom sozialisierten (hohes Machtmotiv und hohe Aktivitätshemmung) Machthandeln. Beim personalisierten Machthandeln sollen die eigenen Interessen durchgesetzt werden, beim sozialisierten Machthandeln sollen gemeinschaftliche Interessen durchgesetzt werden.
2. Mulder (1977) unterscheidet zwischen »angemessener« und »unangemessener« Nutzung von Machtmitteln.
3. Etzioni (1968) unterscheidet zwischen »power« (suspension or suppression based) und »influence« (commitment based).
4. Partridge (1963) unterscheidet ebenfalls »power« (A kontrolliert B, wobei die Wünsche von A Vorrang haben) und »influence« (A beeinflusst B unter Berücksichtigung der Wünsche von B).

---

7 Solche oder ähnlich gelagerte neutrale Definitionen sind zu finden bei Argyle (1990), Russell (1947), Scholl (1991, 1999), Keltner (2016), Keltner, Gruenfeld und Andersen (2003) oder Schmalt (2009).

8 Z. B. in der allgemeinen Psychologie bei Marwell und Schmitt (1976), McClelland (1975) und Mulder (1977), in der organisationspsychologischen Führungsforschung bei Keltner (2016) und Scholl (1991, 1999), in der Pädagogik bei Plaßmann (2004), in der Soziologie bei Foucault (1987), Claessens (1970) und Etzioni (1968), in der Sozialen Arbeit bei Kraus (2016) und Staub-Bernasconi (2007) oder in der Politik bei Arendt (2003) und Partridge (1963).

5. Scholl (1999) unterscheidet Einflussnahme und Machtausübung. Das Konzept geht auf kulturvergleichende Studien zurück (z.B. Lonner 1985) und versteht soziale Einwirkung (analog zum sozialen Einfluss) als Fähigkeit, die sowohl im Einklang mit den Interessen anderer als auch gegen deren Interessen geschehen kann (Scholl 1991, 2007a, 1999, 2007b; Scholl/Riedel 2010). Bei der Machtausübung liegt im Gegensatz zur Einflussnahme ein Machtmissbrauch vor, weil Macht gegen die Interessen und damit zum Nachteil anderer genutzt wird. Bei der Einflussnahme wird dagegen im Interesse und damit nicht zum Nachteil anderer agiert. Scholl (2004) betont das Missbrauchsrisiko von Machtausübung, Macht sollte aus seiner Sicht an Regularien wie externe Kontrollinstanzen oder Prinzipien geknüpft sein.[9]

Differenzierte Ideen zur Macht, die die Beeinflussung anderer dimensional gegen andere und für bzw. mit andere(n) aufteilen, gibt es historisch, in verschiedenen Disziplinen, und insbesondere in der organisationspsychologischen Führungsforschung (z.B. Keltner 2016; Scholl 1991; Buschmeier 1995) und mit empirischer Evidenz (z.B. Keltner 2016; Scholl 1999; Scholl/Riedel 2010). Sie sind jedoch bisher noch, im Vergleich zur verbreiteteren eindimensionalen und machiavellistischen Sicht auf Macht, seltener (Witte 2001).

Multidisziplinäres dimensionales Machtkonzept

Das multidisziplinäre dimensionale Machtkonzept basiert auf der oben genannten sozialpsychologisch neutralen Auffassung von Macht und erweitert und ergänzt Scholls Ansatz. Macht ist zunächst ein neutrales Potenzial, das in einem Kontinuum zwischen konstruktiv (für bzw. mit andere(n)) und destruktiv (gegen andere) eingesetzt werden kann. Das multidisziplinäre dimensionale Machtkonzept bildet die Basis für das weiter unten vorgestellte Handlungskonzept der Machtsensibilität und wurde bereits auf unterschiedliche Kontexte angewendet sowie empirisch geprüft, bspw. für die Sozialarbeit (Misamer/Hackbart/Thies 2017), Schule (Misamer 2019a), Kindheitspädagogik (Misamer/Scholl 2021) und Notfallmedizin (Misamer et al. 2021).

Formen der Machtanwendung

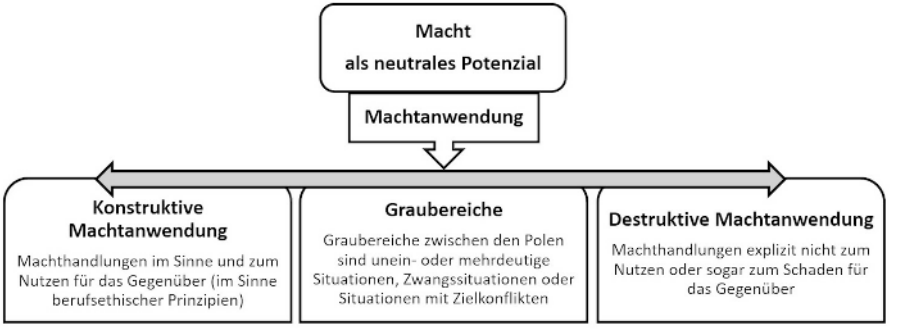
Ausgehend von den bisher beschriebenen Erkenntnissen zur Macht aus verschiedenen Disziplinen und insbesondere den differenzierten und evidenzbasierten

9 Ergänzend lässt sich Keltner (2016) anführen, der Macht ebenfalls als neutrales Potenzial definiert und Machtkorrumpierung als Folge missbräuchlicher Anwendung von Macht versteht.

Machtkonzepten wurde ein dimensionales Machtkonzept konzipiert, das disziplinübergreifend angewendet werden kann. Die Dimensionen beziehen sich auf die Art der Machtanwendung, nämlich von konstruktiv bis destruktiv. Für Sozialberufe, hier am Beispiel der Sozialen Arbeit, wurden konstruktive und destruktive Machtanwendung unter Berücksichtigung der Berufsethik für das professionelle Handeln folgendermaßen definiert:

1. **Konstruktive Machtanwendung** ist im Sinne der berufsethischen Prinzipien zum Nutzen und mit einem Gewinn für Adressierte (bzw. Patient*innen). Konstruktive Machtanwendung verschafft dem Gegenüber einen Vorteil oder ist ihr/ihm/einer Gruppe von Nutzen, weil sie beispielsweise im Sinne berufsethischer Prinzipien Schutz bieten, Handlungsmöglichkeiten bieten bzw. erweitern, Brücken bauen zu mehr Teilhabe oder zu Partizipation verhelfen.
2. **Destruktive Machtanwendung** ist explizit nicht auf den Nutzen von Adressierten (bzw. Patient*innen) ausgerichtet oder sogar zu deren Schaden (Misamer/Scholl 2021; Misamer 2019a; Misamer/Hackbart 2021; Misamer/Hackbart/Thies 2017; Misamer 2023c).
3. **Graubereiche**: In Sozial- und Pflegeberufen gibt es Graubereiche, die zwischen den Polen »konstruktiv« und »destruktiv« verortet sind. Hier muss abgewägt werden, wenn sich bspw. zwischen zwei nicht optimalen Lösungen entscheiden werden muss. Die Forschung zeigt, dass es auch hier die Neigung entweder zum einen oder anderen Pol gibt (Scholl 2004; Das/Teng 1998).

Abbildung 1: Macht zwischen konstruktiver und destruktiver Machtanwendung



Quelle: Eigene Darstellung

Auswirkungen verschiedener Formen der Machtanwendung

Aus der Forschung ist bekannt, dass die Art der Machtanwendung auf verschiedenen Ebenen Auswirkungen hat. Konstruktive Machtanwendung führt zur Wahrung und Förderung beiderseitiger Interessen und hat insgesamt empirisch bestätigte positive Konsequenzen:

- Sie trägt zur kooperativen Entscheidungsfindung bei (Scholl 1999, 2001, 2004).
- Die Handlungsfähigkeit erhöht sich.
- Neues Wissen wird produziert.
- Es wird eher ein Konsens gefunden.
- Die Sympathie und Kooperativität sind stärker ausgeprägt (Scholl 2004).
- Die Motivation zur Kooperation ist stärker ausgeprägt (Scholl 2001).

Destruktive Machtanwendung hingegen fördert nur die Interessen der machtausübenden Seite und hat insgesamt empirisch bestätigte negative Konsequenzen:

- Sie verzerrt die Informationsverarbeitung bei der machtausübenden Person (Scholl 2007b), was letztlich die Qualität von Prozessen und Entscheidungen (Scholl 1999) sowie die Einsichtsfähigkeit negativ beeinträchtigt (Kipnis 1976; Mitchell et al. 1998).
- Sie löst bei Personen, auf die die Macht ausgeübt wird, negative Gefühle wie Ärger, Rachegefühle, Frustration, Traurigkeit, Widerstand oder Hilflosigkeit aus (Keltner/Gruenfeld/Andersen 2003; Scholl 2012).
- Durch sie kann zwar eine äußerliche Anpassung erreicht werden, nicht aber eine intrinsische Motivation zum bestmöglichen Einsatz von Kenntnissen und Fähigkeiten (Scholl 2007b).
- Es wird weniger neues Wissen produziert.
- Es wird seltener ein Konsens erreicht.
- Sympathie und Kooperativität sind geringer ausgeprägt.
- Reaktanz und Hilflosigkeit aufseiten derer, auf die Macht ausgeübt wird, steigen an (Scholl 2014).

Zwischen Macht und Ohnmacht

Macht kann korrumpieren, indem sie bspw. als Selbstzweck dient. Macht wird in diesem Fall über alle anderen Werte gestellt. Es wird nach mehr und mehr Macht gestrebt. Ferner kann Macht korrumpieren, wenn die Machtanwendung als Mittel zum Zweck genutzt wird. So kann etwa der Wunsch nach persönlichem Gewinn zu rücksichtslosem Verhalten führen. Destruktiv eingesetzte Macht führt zu einer verzerrten Selbstwahrnehmung. So können Machthabende überheblich und selbstge-

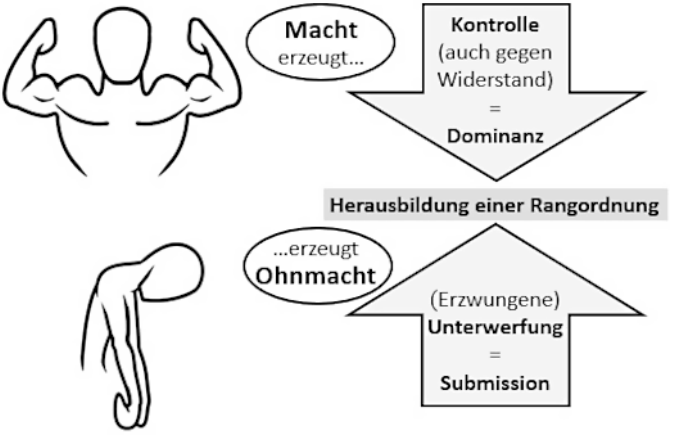
recht werden und ihren eigenen Wert höher einschätzen als den anderer, was wiederum die Empathie für andere hemmt (Kipnis 1972). Gerade in Sozial- und Pflegeberufen ist Empathie ein wesentlicher Faktor der Beziehungsgestaltung.

Korrumpierung durch Macht, so eine Studie von Kipnis (1975), zeigt sich bspw. dadurch, dass härtere Machtmittel gewählt werden als notwendig. Der erfolgreiche Einsatz dieser Machtmittel führt die Machtausübende zu der Überzeugung, dass es sinnvoll und richtig ist, Macht so (destruktiv) und nicht anders anzuwenden. Mit dieser Rechtfertigung geht eine Abwertung anderer und eine Aufwertung der eigenen Person einher. Die Distanz zwischen mächtig und ohnmächtig wird größer; das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass weiterhin Machtüberlegenheit demonstriert wird.

Bereits die Vorstellung, über Macht zu verfügen, hat Auswirkungen auf das Handeln; das hat Keltner in einer Reihe von Studien herausgefunden: Macht hat ein hohes Eigenwirkpotenzial. Sie wirkt bereits vor der Anwendung, allein aufgrund der Imagination, mächtiger zu sein als andere, oder der Erinnerung an eine Situation, in der man sich mächtig fühlte. Macht kann folglich korrumpieren, weil sie die Wahrnehmung beeinträchtigt. In der Folge wird auch das Handeln beeinflusst. Das Eigenwirkpotenzial von Macht resultiert auch aus dem sozialen Status (wie der Pflegefachkraft oder des Sozialarbeiters bzw. der Sozialarbeiterin), der mit Macht einhergeht (Keltner 2016). Daher sollte eine Sensibilisierung für die eigene Machtanwendung ins Zentrum der Aufmerksam rücken, damit Macht nicht destruktiv gebraucht wird, nicht korrumpiert (Misamer 2023c) und das Gegenüber nicht ohnmächtig macht.

Ohnmacht ist nach Seligman (1975) eine gefühlte oder tatsächliche Machtlosigkeit, ein Kontrollverlust. Sie beschreibt das Gefühl von (teils erlernter) Hilflosigkeit. Personen, die ohnmächtig sind oder sich so fühlen, mangelt es an Möglichkeiten, die eigene Umwelt zu beeinflussen, ihre Bedürfnisse und Wünsche bleiben auf der Strecke. Macht- und Ohnmachtserleben bedingen sich bei destruktiver Machtanwendung gegenseitig. Daher muss bei der Beschreibung, was destruktive Macht bewirkt, gleichzeitig beschrieben werden, was Ohnmachtserleben und Machterleben bewirken. So sagen Keltner, Gruenfeld und Andersen (2003), Machterleben gehe mit stereotypen Denkweisen, Outgroup-Diskriminierung oder Ingroup-Favorisierung einher. Im Gegensatz dazu ist Ohnmachtserleben begleitet von individuierenden Denkweisen, Ingroup-Diskriminierung und Outgroup-Favorisierung.

Abbildung 2: Verhältnis zwischen destruktiver Macht und Ohnmacht



Quelle: Eigene Abbildung, Zeichnungen erstellt und zur Verfügung gestellt von Till Steenken

Das Handlungskonzept der Machtsensibilität soll die diversen Problematiken, die Machtanwendung mit sich bringt, bewusst machen. Es wurde entwickelt, damit destruktive Strukturen frühzeitig wahrgenommen und durch konstruktive Strategien ersetzt werden können (Misamer 2023a, 2023c; Misamer/Hennecken 2022). Schließlich sind die biopsychosozialen Folgen von Ohnmachtserleben kaum zu überschätzen. Nicht zuletzt deshalb wird immer wieder die Forderung laut, Macht solle an Regularien geknüpft werden und bspw. durch Stabsstellen oder ein effektives Beschwerdemanagement kontrolliert werden. Betriebliche, berufsethische oder persönliche Prinzipien könnten ebenfalls als Richtschnur für das eigene Handeln dienen (Misamer 2018, 2019b, 2023c).

Machtsensibilität als Handlungskonzept

Wer Macht über andere hat, trägt zugleich eine hohe Verantwortung gegenüber diesen Personen (Misamer 2019b). Obwohl Macht eine tragende Rolle im menschlichen Zusammenleben spielt, wird sie häufig nur theoretisch behandelt.[10] Das Handlungskonzept der Machtsensibilität hingegen soll Macht und ihre Effekte benennen und analytisch für die Arbeitspraxis fassbar machen. Machtsensibilität beschreibt eine konstitutive Empfindsamkeit gegenüber Machtanwendungen in

10 Metatheoretisch (z.B. motivationstheoretisch McClelland 1972), spieltheoretisch (Kipnis/Schmidt/Wilkinson 1980) oder feldtheoretisch (French/Raven 1959; Lewin 1935).

asymmetrischen Situationen. Als Handlungskonzept hat sie sich insbesondere für Interaktionen als hilfreich erwiesen, die in machtasymmetrischen Situationen der »schwächeren« Part absichern und partizipativ stärken sollen.

Als Handlungskonzept bezieht Machtsensibilität das Wissen 1) um den eigenen Status, 2) mögliche Korrumpierungsmechanismen, 3) das Eigenwirkpotenzial von Macht, 4) unterschiedliche Wahrnehmungen der Machtanwendung je nach Standpunkt und 5) das Wissen um sozialpsychologische Fallstricke der eigenen Wahrnehmung ein (Misamer/Hennecken 2022; Misamer 2023a, 2023c). Die Bedeutung dieser fünf Aspekte wird nachfolgend dargestellt.

Wissen um den Status

An den Status von Pflegekräften oder Sozialarbeitenden ist deren Machtposition gekoppelt. In der Pflege ist der Status durch eine entsprechende Ausbildung oder ein Hochschulstudium legitimiert, und bei der Sozialen Arbeit durch ein Hochschulstudium. In beiden Fällen resultiert eine durch den Staat zugewiesene Funktion als Pflegekraft bzw. Sozialarbeiter*in. Ein Beispiel hierfür aus der Sozialen Arbeit ist die Jugendgerichtshilfe. Sie darf für ihren Funktionsbereich (zum Teil schwerwiegende) Entscheidungen für Menschen treffen. So schlägt sie in Gutachten die Beurteilung von Jugendlichen nach Jugend- oder Erwachsenenstrafrecht vor, denen gerichtlich häufig gefolgt wird (Misamer/Hennecken 2022). Mit Status geht Verantwortung einher. Personen mit Macht sollten sich ihrer Wirkung bewusst sein, da ihre Selbstwahrnehmung ihrer Machtausübung positiv verzerrt sein kann. Menschen in Machtpositionen nehmen ihre Entscheidungen und ausgeübte Macht oft als konstruktiver wahr als Außenstehende.

Bereits in der Theorie angesprochen (Witte 2001) und durch empirische Studien bestätigt, wurde festgestellt, dass machtspezifische Verzerrungen bezüglich des eigenen Status existieren, zum Beispiel in Schulen (Misamer 2019a) und im Bereich der Sozialarbeit (Misamer/Hennecken 2023). Sozialarbeitende nehmen sich beispielsweise als machtsensibler wahr als ihre eigene Berufsgruppe.

Korrumpierungsmechanismen

Machtstreben als menschlicher Wesenszug ist, laut Russell (1947), bei jedem Menschen mehr oder weniger stark ausgeprägt. Auch Lord Acton (1878) betont: »Power tends to corrupt, and absolute power corrupts absolutely«. Wie oben schon beschrieben, tritt Korrumpierung in drei Formen auf: als Selbstzweck, Mittel zum Zweck und verzerrte Selbstwahrnehmung. Kipnis (1972) teilt die Mechanismen der Korrumpierung, basierend auf seinen Studien, in fünf Stufen ein:

1. Einsatz von Macht wird wahrscheinlicher mit zunehmender Macht.
2. Mit mehr eingesetzter Macht wächst das Gefühl, alles unter Kontrolle zu haben.
3. Die von Macht betroffenen Personen werden abgewertet.
4. Zwischen abgewerteter und machtanwendender Person entsteht eine soziale Distanz.
5. Der Selbstwert der machtanwendenden Person kann steigen, wobei Erfolge oft ausschließlich der eigenen Leistung zugeschrieben werden.

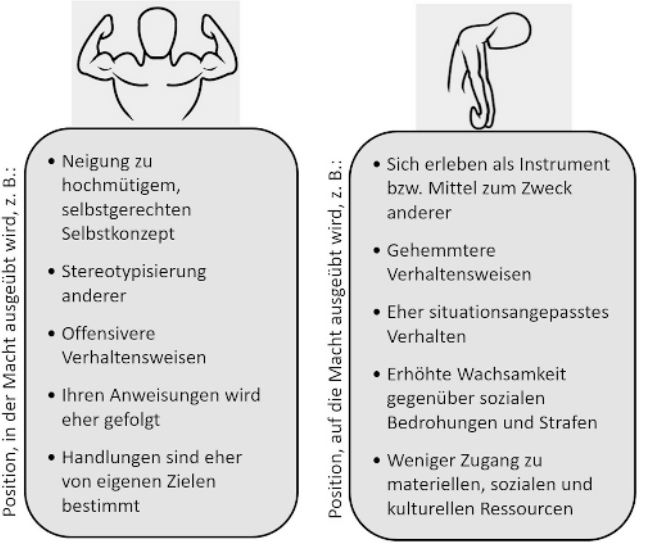
Eigenwirkpotenzial von Macht

Macht hat ein hohes Eigenwirkpotenzial (Keltner/Gruenfeld/Andersen 2003). Das heißt, Macht wirkt bereits vor ihrer Anwendung (Misamer 2023c). Das Eigenwirkpotenzial resultiert aus dem erhebenden Gefühl, das mit Macht an sich und auch mit der Anwendung derselben einhergeht. So tun sich mit einem höheren sozialen Status neue Möglichkeiten auf., die genutzt werden können. Die neue Macht bzw. der neue Status wurde dabei noch nicht angewendet. Experimente von Keltner (2016) zeigen, dass bereits der Gedanke ausreicht, über Macht zu verfügen (oder sich an eine Situation zu erinnern, in der man über Macht verfügte), um einen geringeren Empathiewert auf einer Skala zu erreichen.

Wahrnehmungsveränderungen

Je nachdem, ob sich eine Person in einer Machtposition befindet oder in einer Position, auf die Macht ausgeübt wird, ändert sich ihr Blick auf die Welt massiv. Beide Positionen gehen mit unterschiedlichen Gedanken, Verhaltensweisen und Reaktionen einher. Personen in machtvollen Positionen können sich anderen Menschen gegenüber eher dominant und abschätzig verhalten. Sie bewerten die eigene Person hoch und stereotypisieren andere. Personen, auf die Macht ausgeübt wird, sind hingegen eher gehemmt. Ihr Erleben ist geprägt von dem Gefühl, möglicherweise als Mittel zum Zweck (aus)genutzt zu werden.

Abbildung 3: Unterschiedliche Wahrnehmungen der Machtanwendung



Quelle: Nach Keltner/Gruenfeld/Andersen 2003, Zeichnungen erstellt und zur Verfügung gestellt von Till Steenken

Sozialpsychologische Fallstricke der eigenen Wahrnehmung

Menschen machen Annahmen über andere, deren Rollen und Gruppen, um ihre Umwelt zu verstehen und besser einordnen zu können. Dies erleichtert das Handeln in sozialen Situationen, indem Informationen vereinfacht und gefiltert werden. Fehlwahrnehmungen und Verzerrungen können jedoch zu Stereotypen und Vorurteilen führen (Jonas/Stroebe/Hewstone 2014). Ein Beispiel dafür ist der Halo-Effekt: von einer bekannten Eigenschaft wird auf weitere unbekannte Eigenschaften geschlossen, was zu falschen Schlussfolgerungen führen kann (Thorndike 1920). So könnte einer Person mit positiv klingendem Namen eher Sozialkompetenz zugeschrieben werden, während einer Person mit negativ assoziiertem Namen und Dialekt weniger zugetraut wird. Durch solche Verzerrungen können unbeabsichtigt (weil unbewusst) Türen geöffnet oder verschlossen werden. Pflegekräfte und Sozialarbeitende sollten sich daher derartigen möglichen Fallstricken der eigenen Wahrnehmung unbedingt bewusst sein, damit keine (ungewollten) Ungerechtigkeiten entstehen.[11]

11 Einige weitere wahrnehmungsspezifischen Fallstricke können sein: die Theorie Sozialer Identität und stereotype Vorstellungen (Thorndike 1920), Vorurteile, der Pygmalion-Effekt, der

Machtsensibilität in der Praxis

Um Machtsensibilität in der Praxis zu entwickeln, muss Macht als zunächst neutrales Potenzial begriffen werden, das auf die eine oder andere Weise angewendet werden kann. Ein weiterer Punkt ist das Eingeständnis, dass der Wille zur Macht, wie Bertrand Russell (1947) bereits sagte, ein menschlicher Wesenszug ist. Um die Basis für die Sensibilisierung der eigenen Machanwendung weiterzuentwickeln, ist ein Wissen um machtspezifische und sozialpsychologische Wahrnehmungsverzerrungen notwendig. Denn Macht

- verzerrt die Einschätzung der eigenen Machtnutzung,
- sie kann korrumpieren,
- beinhaltet ein Eigenwirkpotenzial,
- sie wird, je nach Standpunkt, unterschiedlich wahrgenommen und
- es können eine Reihe weiterer sozialpsychologischer Fallstricke mit Macht(-anwendung) einhergehen.

Zur eigenen Absicherung ist es möglich, einen Anker zu bestimmen, an dem die eigene professionelle Machtnutzung ausgerichtet werden kann, damit in Zweifelsfragen oder in Graubereichssituationen mehr Orientierung herrscht. Diese Anker sind empirisch nachgewiesen und sinnvollerweise (berufs-)ethische Prinzipien. Aus der Forschung ist bekannt, dass mit Prinzipien oder ethischen Richtlinien positive Effekte in Bezug auf die Art der Machtanwendung einhergehen. So verfolgen Menschen mit Prinzipien weniger selbstbezogen ihre Interessen (DeCelles et al. 2012) oder wählen den Einsatz von Machtmitteln gegenüber anderen mit mehr Bedacht (Mitchell et al. 1998). Misamer, Hackbart und Thies (2017) zeigten für die Soziale Arbeit, dass eine höhere Verpflichtung gegenüber berufsethischen Prinzipien mit geringerer destruktiver Machtanwendung einhergeht. Auch zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen berufsethischen Prinzipien bei Sozialarbeitenden und Machtsensibilität (Misamer/Hennecken 2022). Prinzipien oder ethische Richtlinien können damit als Puffer gegen destruktive Machtanwendung dienen. Besonders wichtig sind dabei Prinzipien, die von der Fachkraft als besonders wichtig erachtet werden, die also Teil der professionellen Identität sind und im Berufsalltag hoch bewertet werden (vgl. hierzu Omer/von Schlippe 2016).

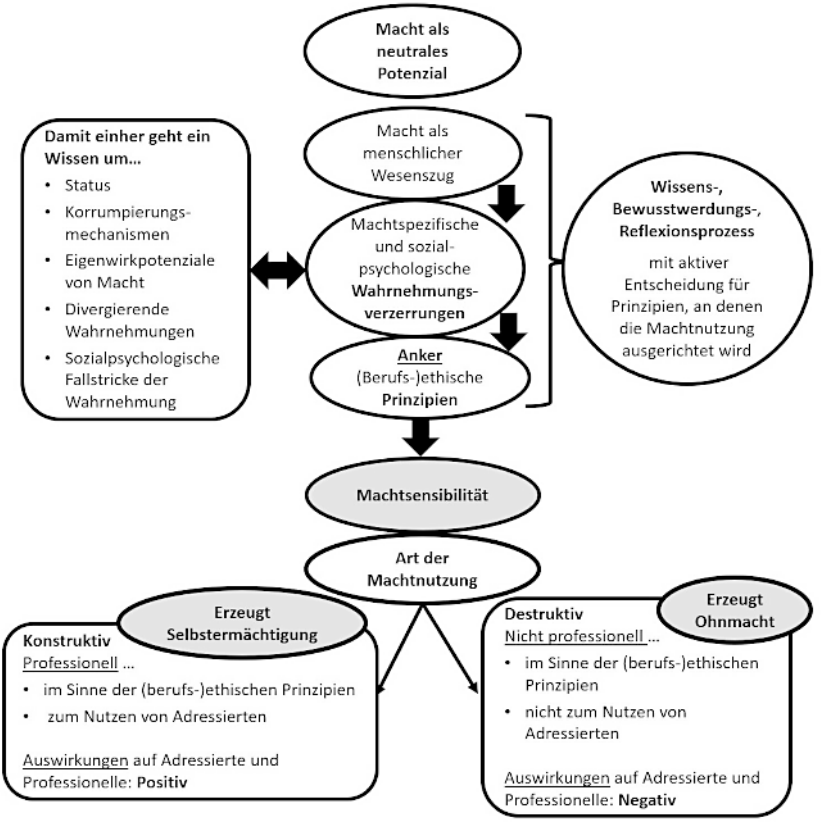
Das Wissen über Macht(-dynamiken), die Bewusstwerdung eigener Wahrnehmungsverzerrungen und das Setzen eigener Anker (in Form eigener Prinzipien, an denen sich bei der Machtanwendung orientiert wird) fördern eine prinzipienbasierte Reflexion der eigenen Machtnutzung. Es entwickelt sich Machtsensibilität: »Die-

---

Perseveranzeffekt (Ross/Lepper/Hubbard 1975) oder der Attributionsfehler (Kraus/Stroebe/Hewstone 2014).

ser Prozess ist nicht irgendwann abgeschlossen […]. Sondern es muss immer wieder aufs Neue geprüft werden, um abzusichern, dass die Machtnutzung konstruktiv ist und bleibt« (Misamer 2023c).

Abbildung 4: Entwicklung von Machtsensibilität



Quelle: In Anlehnung an Misamer (2023a, S. 99, © W. Kohlhammer GmbH 2025)

Bisherige Forschung zur Machtsensibilität

In der Studie von Misamer und Hennecken (2022) wurde die Machtsensibilität von 85 Sozialarbeitenden mit einer Mixed-Methods-Analyse untersucht. Ziel war es herauszufinden, ob und wie Machtsensibilität bei Sozialarbeitenden empirisch messbar ist, ob die verwendete Messskala zuverlässig ist, inwiefern Machtsensibilität mit der Bedeutung berufsethischer Prinzipien zusammenhängt, ob Sozialar-

beitende ihre eigene Machtsensibilität höher als die ihrer Kolleg*innen einschätzen und welche positiven sowie negativen Machthandlungen erkennbar sind. Die Skala umfasste Faktoren wie Status, Korrumpierungsrisiko, Selbstwirksamkeit, unterschiedliche Wahrnehmungen und Wahrnehmungsverzerrungen. Die Studie ergab, dass

1. Machtsensibilität bei Sozialarbeitenden mit einem Wert von 7,90 auf einer Skala bis 10 messbar und im oberen Bereich angesiedelt ist.
2. Die verwendete Messskala zeigte eine akzeptable Zuverlässigkeit mit einem Alpha von 0,79.
3. Die Bedeutung berufsethischer Prinzipien wurde hoch bewertet (9,4 von möglichen 10) und korrelierte signifikant positiv mit Machtsensibilität (r=0,229*).
4. Sozialarbeitende schätzten ihre eigene Machtsensibilität höher ein (7,9) als die ihrer Berufsgruppe (6,69, p<,0005) Es wurden fünf Arten konstruktiver (z.B. das Nutzen der professionellen Beziehung im Sinne der Adressat*innen) und sieben Arten destruktiver Machtanwendung identifiziert (z.B. mutwilliges Verschweigen von Informationen).

In einer weiteren Studie (N=327; n=224 Sozialarbeitende, n=103 Studierende Sozialer Arbeit) von Misamer (2024) wurde die in der ersten Studie (Misamer/Hennecken 2022) genutzte Skala zur Messung von Machtsensibilität differenziert und für die Arbeitspraxis aufbereitet. In dieser Erhebung bewerteten die Teilnehmenden erneut ihre eigene Machtsensibilität und die ihrer Berufsgruppe und beurteilten die Bedeutung von Prinzipien und Gründe für die Anwendung von Macht. Diese Ergebnisse wurden mit denen der früheren Studie (Misamer/Hennecken 2022) verglichen, wobei sich ähnliche Muster zeigten. Darüber hinaus wurde eine klarere und leichter verständliche Skala zur Messung der Machtsensibilität entwickelt, die sich für ein Screening sowohl in der Arbeitspraxis als auch im Studium eignet.

Ein Interview mit einer erfahrenen Jugendamtsleitung bekräftigte nochmals die Bedeutung von Machtsensibilität in der Arbeitspraxis. (Misamer/Albrecht, 2023). In einer aktuellen Studie finden 20 Interviews mit Praktiker*innen statt, die durch eine quantitative Erhebung unter Anwendung des Machtsensibilitätsscreenings ergänzt werden.

Machtsensibilität wagen

Um eine Machtsensibilität in der Praxis zu entwickeln, ist nicht nur fundiertes Wissen über Macht und ihre Mechanismen essenziell, sondern auch ein kontinuierlicher Prozess der Selbstreflexion und das Bewusstwerden eigener Verhaltensmuster. Die Verknüpfung von Verständnis für Macht und deren Einflüsse, die Erkennung persönlicher Wahrnehmungsverzerrungen sowie ein Bewusstsein für indivi-

duelle (berufs-)ethische Grundsätze ermöglichen eine reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Anwendung von Macht. Auf dieser Grundlage kann eine echte Machtsensibilität entstehen (Misamer 2023a, 2023c). Wer in der Arbeitspraxis wissen möchte, wie es um die eigene Machtsensibilität steht, kann ein empirisch validiertes Screening durchführen (Misamer 2024).

Ausblick

Macht als multidisziplinäres dimensionales Konzept hat den Vorteil, dass Macht klarer gefasst werden kann. In der Folge kann präziser unterschieden werden, welche Machthandlungen welche Auswirkungen haben. Auf dieser Basis wurde das Handlungskonzept der Machtsensibilität entwickelt, das dabei helfen kann, sich der Verantwortung, die mit Macht einhergeht, nicht nur bewusster zu werden, sondern sie auch zu übernehmen. Machtsensibles Handeln bietet dann einen gewissen Schutz vor Machtmissbrauch und beinhaltet eine Vorbildfunktion für andere, indem es zeigt, wie mit Macht konstruktiv umgegangen werden kann. Wer machtsensibel arbeitet, wirkt als Multiplikator*in, z.B. im Kollegium und bei Patient*innen oder Adressierten. Insgesamt können Machtsensibilität, konstruktive Machtanwendung und Prinzipien ein Korrektiv für das eigene Machthandeln sein (Misamer 2023a, 2023c). Mithilfe des Handlungskonzepts der Machtsensibilität können destruktive Strukturen frühzeitig wahrgenommen und durch konstruktive Strategien wie partizipative, konfliktlösende, vertrauens- und gerechtigkeitsfördernde Handlungsweisen ersetzt werden (Misamer 2023b).

Literatur

Acton, John D. (1878): »Acton-Creighton Correspondence«. http://libertyfund.org, zuletzt abgerufen am 05.06.2024.

Arendt, Hannah (2003): »Macht und Gewalt«. München: Piper.

Argyle, Michael (1990): »Soziale Beziehungen«, in: Wolfgang Stroebe/Miles Hewstone/Jean-Paul Codol/Geofrey Stephenson (Hg.), Sozialpsychologie: Eine Einführung. Berlin, Wiesbaden: Springer, S. 232–257. DOI: 10.1007/978-3-662-09958-2.

Baumrind, Diana (1966): »Effects of authoritative parental control on child behavior«, in: Child Development 37, S. 887–907. DOI: 10.2307/1126611.

Baumrind, Diana (1971): Current patterns of parental authority«, in: Developmental Psychology Monographs (4)1, S. 1–103. DOI: 10.1037/h0030372.

Baumrind, Diana (1991): »Parenting styles and adolescent development«, in: Richard Lerner/Anne C. Peterson/Jeanne Brooks-Gunn (Hg.): Encyclopedia of adolescence. New York: Garland, S. 746–758.

Bierhoff, Hans-Werner (1998): »Prosoziales Verhalten in der Schule«, in: Detlef H. Rost (Hg.), Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Weinheim: Beltz, S. 410–414.

Burkolter-Trachsel, Verena (1981): »Zur Theorie sozialer Macht. Konzeptionen, Grundlagen und Legitimierung, Theorien, Messung, Tiefenstrukturen und Modelle«. Bern: Haupt.

Buschmeier, Ulrike (1995): »Macht und Einfluss in Organisationen«. Göttingen: Cuviller.

Cassier-Woidasky, A.-K. (2005): »Macht – (k)ein Thema für die Pflege?«, in: Die Schwester/Der Pfleger 44(10), S. 798–802.

Christ, Michaela (2010): »Auf Entdeckungsreise. Heinrich Popitz Phänomene der Macht«, in: Soziale Passagen 2, S. 251–254. DOI: 10.1007/s12592-010-0053-8.

Claessens, Dieter (1970): »Rolle und Macht«. München: Juventa.

Dahl, Robert (1957): »The concept of power«, in: Behavioral Science 2, S. 201–215. DOI: 10.1002/bs.3830020303.

Das, T.K./Teng, Bing-Sheng (1998): »Between trust and control: Developing confidence in partner cooperation in alliances«, in: The Academy of Management Review 23, S. 491–512. DOI: 10.2307/259291

DBSH ([2014] 2025): Ethik und Werte in der Sozialen Arbeit. 2. Fassung. Verfügbar unter: https://www.dbsh.de/profession/berufsethik.html, zuletzt abgerufen am 24.09.2025.

DeCelles, Kathrine. A./DeRue, D. Scott/Margolis, Joshua D./Ceranic, Tara L. (2012): »Does power corrupt or enable? When and why power facilitates self-interested behavior«, in: Journal of Applied Psychology 97(3), S. 681–689. DOI: 10.1037/a0026811

Dépret, Erik/Fiske, Susan T. (1993): »Social cognition and power: Some cvognitive consequences of social structure as a source of control deprivation«, in: Gifford Weary/Faith Gleicher/Kerry Marsh (Hg.), Control motivation and social cognition. New York: Springer, S. 176–202. DOI: 10.1007/978-1-4613-8309-3.

Etzioni, Amitai (1968): »The active society. A theory of societal and political processes«. New York: The Free Press. DOI: 10.1007/978-3-531-90400-9_33.

Fischer, Lorenz/Günter, Wiswede (2002): »Grundlagen der Sozialpsychologie«. München: Oldenbourg.

Foucault, Michel (1987): »Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik«, in: Herbert L. Dreyfus/Paul Rabinow (Hg.), Das Subjekt und die Macht. Frankfurt a.M.: Athenäum, S. 243–261.

French, John/Bertram, Raven (1959): »The base of social power«, in: Dorwin Cartwright (Hg.), Studies in social power. Ann Arbor: University of Michigan Press, S. 607–623. DOI: 10.7202/1021588ar.

Gerhardt, Volker (1996): »Vom Willen zur Macht: Anthropologie und Metaphysik der Macht am exemplarischen Fall Friedrich Nietzsches«. Berlin: de Gruyter. DOI: 10.1515/9783110874464.

Glöckler, Michaela (1997): »Macht in der zwischenmenschlichen Beziehung. Grundlagen einer Erziehung zur Konfliktbewältigung«. Stuttgart: Mayer.

ICN – International Council of Nurses (2021): »Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen«. Siehe https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf, zuletzt abgerufen am 05.06.2024.

Jonas, Klaus/Stroebe, Wolfgang/Miles, Hewstone (2014): »Sozialpsychologie«. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-41091-8.

Jung, Carl Gustav (2012): »Ich will doch nur dein Bestes. Macht und Ohnmacht in Therapie und Gesellschaft«, in: Forum für Analytische Psychologie und Lebenskultur 38, S. 37–42.

Keltner, Dacher (2016): »The power paradox: How we gain and lose influence«. London: Penguin. DOI: 10.1111/peps.12270

Keltner, Dacher/Gruenfeld, Deborah H./Andersen, Cameron (2003): »Power, approach, and inhibition«, in: Psychological Review 110, S. 265–284. DOI: 10.1037/0033-295x.110.2.265.

Kipnis, David (1976): »The powerholders«. Chicago: University of Chicago Press. DOI: 10.1002/1098-2337.

Kipnis, David (1972): »Does power corrupt?«, in: Journal of Personality and Social Psychology 24, S. 33–41. DOI: 10.1037/h0033390.

Kipnis, David/Schmidt, Stuart M./Wilkinson, Ian (1980): »Intraorganizational influence tactics: Explorations in getting one's way«, in: Journal of Applied Psychology 65, S. 440–452. DOI: 10.1037/0021-9010.65.4.440.

Kraus, Björn (2021): »Macht – Hilfe – Kontrolle. Relationale Grundlegungen und Erweiterungen eines systemisch-konstruktivistischen Machtmodells«, in: Björn Kraus/Wolfgang Krieger (Hg.), Macht in der Sozialen Arbeit: Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Detmold: Jacobs, S. 91–116.

Kraus, Björn (2016): »Macht – Hilfe – Kontrolle. Relationale Grundlegungen und Erweiterungen eines systemisch-konstruktivistischen Machtmodells«, in: Björn Kraus/Wolfgang Krieger (Hg.), Macht in der Sozialen Arbeit: Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Detmold: Jacobs, S. 101–130.

Kraus, Björn (2014): »Soziale Arbeit – Macht – Hilfe und Kontrolle. Grundlegung und Anwendung eines systemisch-konstruktivistischen Machtmodells«, in: Björn Kraus/Wolfgang Krieger (Hg.), Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktions-

verhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Lage: Jacobs, S. 95–120.

Kraus, Björn/Sagebiel, Juliane (2021): »Macht in der Sozialen Arbeit«. Bonn. Siehe https://www.socialnet.de/lexikon/4143, zuletzt abgerufen am 05.06.2024.

Kraus, Björn/Krieger, Wolfgang (2021): »Macht in der Sozialen Arbeit: Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung«. Lage: Jacobs.

Lewin, Kurt (1935): »A dynamic theory of personality«. New York: McGraw-Hill.

Lewin, Kurt (1963): »Feldtheorie in den Sozialwissenschaften«. Bern: Huber.

Lonner, Walter (1985): »The search for psychological universals«. In: Harry C. Triandis/William W. Lambert (Hg.), Handbook of cross-cultural psychology, Bd. 1. Boston: Allyn & Bacon, S. 143–204. DOI: 10.1023/A:1021893318132.

Luhmann, Niklas (1975): »Macht«. Stuttgart: Enke.

Machiavelli, Niccolò ([1532] 1986): »Il Principe/Der Fürst Italienisch/Deutsch«. Stuttgart: Reclam.

Marwell, Gerald/Schmitt, David R. (1976): »Dimensions of compliance-gaining behavior: An empirical analysis«, in: Sociometry 30(4), S. 350–364. DOI: 10.2307/2786181.

McClelland, David (1975): »Power: The inner experience«. New York: Irvington. DOI: 10.1525/aa.1978.80.1.02a00200.

McClelland, David (1972): »Opinions predict opinions: So what else is now?«, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 38, S. 325–326.

Misamer, Melanie (2018): »Machthandeln und professionsethische Prinzipien in der Kinder- und Jugendhilfe«, in: Soziale Passagen (10)2, S. 231–244. DOI: 10.1007/s12592-018-0299-0.

Misamer, Melanie (2019a): »Macht und Machtmittel in der Schule: Eine empirische Untersuchung«. Lage: Jacobs.

Misamer, Melanie (2019b): »Machtsensibilität bei Sozialarbeitern – Impulse aus pädagogisch-psychologischer Sicht«, in: EREV – Fachzeitschrift Evangelische Jugendhilfe 96, S. 164–173.

Misamer, Melanie (2020): »Gewalt von Fachkräften gegenüber Adressat*innen – Zur Entwicklung einer Machtsensibilität bei Sozialarbeiter*innen«, in: CORAX – Fachmagazin für Kinder- und Jugendarbeit in Sachsen 2, S. 26–27.

Misamer, Melanie (2023a): »Machtsensibilität in der Sozialen Arbeit. Grundwissen für reflektiertes Handeln«. Stuttgart: Kohlhammer.

Misamer, Melanie (2023b): »Machtsensibilität«. Bonn. Siehe https://www.socialnet.de/lexikon/29597, zuletzt abgerufen am 05.06.2024.

Misamer, Melanie (2023c): »Machtsensibilität – Ein Handlungskonzept für pädagogische bzw. sozialarbeiterische Interaktionen«. Bonn. Siehe https://www.socialnet.de/materialien/29731.php, zuletzt abgerufen am 05.06.2024.

Misamer, Melanie (2024): »Machtsensibilität messen: Ein Screening zur Selbsteinschätzung«, in: FORUM sozial 1, S. 51–55.

Misamer, Melanie/Albrecht, Nadine (2023): »Zum Umgang mit Macht in der Arbeitspraxis: Ein machtsensibles Fachgespräch mit einer Führungskraft aus der Sozialen Arbeit«, in: FORUM sozial 2, S. 22–26.

Misamer, Melanie/Hennecken, Lena (2022): »Machtsensibilität in der Praxis Sozialer Arbeit. Eine explorative Analyse«, in: EREV – Fachzeitschrift für evangelische Jugendhilfe 99(4), S. 194–201.

Misamer, Melanie/Flentje, Markus/Stötefalke, Alexander/Eismann, Hendrik (2021): »Usage of power in the education of paramedics – Survey study for analysis of a questionnaire and situation assessment«, in: Journal for Medical Education (38)6. DOI: 10.3205/zma001501.

Misamer, Melanie/Hackbart, Marcel (2021): »Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit Bezügen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt«, in: Marcel Hackbart (Hg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation, Band 2. Göttingen: Waldschlösschen, S. 97–111.

Misamer, Melanie/Scholl, Wolfgang (2021): »Eingeschätzte Machtanwendung in der Kindheitspädagogik. Zur Wichtigkeit von Prinzipienorientierung«, in: Soziale Arbeit 5, S. 178–186. DOI: 10.5771/0490-1606-2021-5-178.

Misamer, Melanie, Hackbart, Marcel/Thies, Barbara (2017): »Der Umgang mit Macht in der Sozialen Arbeit. Einschätzungen aus der Kinder- und Jugendhilfe«, in: Soziale Arbeit 5, S. 450–456. DOI: 10.5771/0490-1606-2017-12-450.

Mitchell, Terrence/Hopper, Heidi/Daniels, Denise/Falvey, Jane/Ferris, Gerald (1998): »Power, accountability, and inappropriate actions«, in: Applied Psychology 47, S. 497–517.

Mulder, Mauk (1977): »The daily power game«. Leiden: Nijhoff. DOI 10.1007/978-1-4684-6951-6.

Omer, Haim/von Schlippe, Arist (2016). »Stärke statt Macht. Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde«. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. DOI: 10.13109/9783666402036

Partridge, P.H. (1963): »Some notes on the concept of power«. Political Studies 11, S. 107–125. DOI: 10.1111/j.1467-9248.1963.tb01054.x.

Plaßmann, Anica Maria (2004): »Macht und Erziehung – Erziehungsmacht. Über die Machtanwendung in der Erziehung«. Siehe https://macau.uni-kiel.de/receive/diss_mods_00001197, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

Reimann, Horst (1989): »Tabu«, in: Staatslexikon: Recht – Wirtschaft – Gesellschaft in 5 Bänden. Freiburg: Herder, S. 421–422.

Ross, Lee/Lepper, Mark/Hubbard, Michael (1975): »Perseverance in self-perception and social perception«, in: Journal of Personality and Socialpsychology 32(5), S. 880–892. DOI: 10.1037/0022-3514.32.5.880.

Russell, Bertrand (1947): »Macht: Eine sozialkritische Studie«. Zürich: Europa.

Sagebiel, Juliane/Pankofer, Sabine (2022): »Soziale Arbeit und Machttheorien: Reflexionen und Handlungsansätze« Freiburg i. Br.: Lambertus.

Schmalt, Heinz-Dieter (2009): »Macht«, in: Veronika Brandstätter/Jürgen Otto (Hg.), Handbuch der allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion. Göttingen: Hogrefe, S. 225–230.

Schneider, Heinz-Dieter (1977): »Sozialpsychologie der Machtbeziehungen«. Stuttgart: Enke.

Scholl, Wolfgang (1991): »Soziale Interaktion: Ein multidisziplinärer Bezugsrahmen. IWSP Bericht, Band 20«. Göttingen: Universität Göttingen, Institut für Wirtschafts- und Sozialpsychologie.

Scholl, Wolfgang (1999): »Restrictive control and information pathologies in organizations«, in: Journal of Social Issues 55(1), S. 101–118. DOI: 10.1111/0022-4537.00107.

Scholl, Wolfgang (2001): »Effects of promotive and restrictive control on economic performance«, in Fabrizio Butera/Gabriel Mugny (Hg.), Social influence in social reality. Seattle: Hogrefe & Huber, S. 75–86.

Scholl, Wolfgang (2004): »Konflikte und Macht bei Innovationen«, in: Christoph Clases/Michael Dick/Tanja Manser/Albert Vollmer (Hg.), Grenzgänge der Arbeitsforschung. Eine Festschrift für Theo Wehner. Lengerich: Pabst, S. 340–348.

Scholl, Wolfgang (2007a): »Einfluss nehmen und Einsicht gewinnen – gegen die Verführung der Macht«, in: Wirtschaftspsychologie aktuell 14(3), S. 15–22.

Scholl, Wolfgang (2007b): »Das Janus-Gesicht der Macht: Persönliche und gesellschaftliche Konsequenzen Rücksicht nehmender versus rücksichtsloser Einwirkung auf andere«, in: Bernd Simon (Hg.), Macht: Zwischen aktiver Gestaltung und Missbrauch. Göttingen: Hogrefe, S. 27–46.

Scholl, Wolfgang (2012): »Machtausübung oder Einflussnahme: Die zwei Gesichter der Machtnutzung«, in Bianca Knoblach/Thorsten Oltmanns/Ivo Hajnal/Dietmar Fink (Hg.), Macht in Unternehmen – Der vergessene Faktor. Wiesbaden: Gabler, S. 203–221. DOI: 10.1007/978-3-8349-7053-4_13.

Scholl, Wolfgang (2014): »Führung und Macht: Warum Einflussnahme erfolgreicher ist«. http://artop.de, zuletzt abgerufen am: 05.06.2024

Scholl, Wolfgang/Riedel, Evelyn (2010): »Crossing power level and power use: Differential effects on performance and learning«, in: Social Influence 5(1), S. 40–58. DOI: 10.1080/15534510903160522.

Seligman, Martin (1975): »Helplessness: On depression, development, and death«. St. Francisco: W. H. Freeman. DOI: 10.4236/as.2014.510085.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): »Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch«. Bern: UTB.

Staudhammer, Martina (2018): »Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege«. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-55982-6.

Thorndike, Edward L. (1920): »A constant error in psychological rating«, in: Journal of Applied Psychology 4, S. 25–29.

Wang, Fang/Sun, Xunwei (2015): »Absolute power leads to absolute corruption? Impact of power on corruption depending on the concepts of power one holds«, in: European Journal of Social Psychology 46, S. 77–89. DOI: 10.1002/ejsp.2134.

Weber, Max ([1922] 1980): »Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie«. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

Witte, Erich H. (2001): »Theorien zur sozialen Macht«. Hamburg: Universität Hamburg, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft, FB Psychologie, Arbeitsbereich Sozialpsychologie. Siehe http://nbn-resolving.org, zuletzt abgerufen am 05.06.2024.

Zimbardo, Philip (2008): »Der Luzifer-Effekt. Die Macht der Umstände und die Psychologie des Bösen«. Heidelberg: Spektrum.

Zöllner, Nicole (1997): »Der Euphemismus im alltäglichen und politischen Sprachgebrauch des Englischen«. Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Gute professionelle Pflege

Ein Strategiepapier aus Sicht der Pflegenden

Anita Rampp, Elmar Nass

Einleitung

Groß ist die Sorge um die Zukunft guter professioneller Pflege. Dies ist etwa in Deutschland eine der drängendsten gesellschaftlichen Herausforderungen. Der so genannte Pflegenotstand alarmiert die Gemüter. Da fast alle Menschen jetzt oder in Zukunft auf Patientenseite davon betroffen sind, wird die Diskussion vor allem aus dieser Patientenperspektive geführt. Der vorliegende Beitrag weitet den Blick und fragt nunmehr aus Sicht der Pflegenden nach guter professioneller Pflege, nach dem Notstand und dem dafür maßgeblichen Dilemma, sowie nach Strategien auf verschiedenen Ebenen, um diesen Notstand zumindest zu mildern. Ein solches Strategiepapier ist nicht die Lösung aller Probleme. Es lädt vor allem dazu ein, den Fokus dieser gesellschaftlichen Diskussion neu zu justieren und diejenigen Menschen mit im Blick zu halten, die die professionelle Pflege leisten.

Gute profesionelle Pflege

Was ist eigentlich gute Pflege? Hierzu vergleichen wir maßgebliche, bereits vorliegende Verständnisse. Wir nehmen hierzu u.a. die Begriffe im Pflegeberufegesetz (PflBG 2017), beim International Council of Nurses (ICN 2002), sowie die Verständnisse von Senghass-Knobloch und Kumbruck (2008), Lauxen (2009) und Woerness (2000) in den Blick. Begleitend dazu bringen wir Impulse aus christlicher Perspektive mit ein.

Gute Pflege ist demnach eine entscheidende Bedingung dafür, dass die Betreuung des pflegebedürftigen Menschen während dessen Krankheit, Behinderung, in Zeiten von Gebrechlichkeit, Demenz und Sterben unter Wahrung der menschlichen Würde gestaltet werden. Was unter menschlicher Würde konkret zu verstehen ist, wird unterschiedlich interpretiert.

»Gute Pflege« hat damit eine subjektive und eine objektive Seite. So fordern etwa Allgeier et al. (2020, S. 7) eine Gesellschaft, »die eine professionelle pflegerische Arbeit ermöglicht, so wie man selbst auch gepflegt werden möchte!« Jeder soll sich danach die Frage stellen, wie er oder sie selbst gepflegt werden möchte und ob diese Vorstellung der Menschenwürdigkeit mit der Realität übereinstimmt. Das ist eine subjektive Sicht.

Wir nehmen eine christliche Position ein, welche die unantastbare Würde jedes (gerade auch des hilfsbedürftigen) Menschen aus der Gottesebenbildlichkeit und der Menschwerdung Gottes in Jesus Christus ableitet. Damit vertreten wir eine definierte Position. Andere Begründungen dafür sind selbstverständlich möglich und willkommen. Personalität als ethisches Prinzip fordert aus christlicher Sicht für jeden individuell eine Pflege auf der Grundlage von persönlichen Mensch-zu-Mensch-Beziehungen. Pflegende haben im Sinne des biblisch begründeten dreifachen Liebesgebotes (Lk 10, 26–27) eine Verantwortung gegenüber Gott, sich selbst und den Pflegebedürftigen. Dazu gehört auch ein Anspruch auf ihre Selbstsorge statt bloßer Aufopferung für andere.

Eine gute Pflege berücksichtigt diese personale Autonomie des pflegebedürftigen Menschen mit dessen lebensgeschichtlichen, kulturellen, religiösen und sozialen Hintergrund. Zudem bezieht sich die Pflege nicht ausschließlich auf kurative und palliative Maßnahmen, sondern bindet ebenso die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in gleicher Wertigkeit mit ein. Ziele einer guten Pflege sind, neben der Erhaltung und Förderung der ganzheitlichen Gesundheit des Menschen, zudem die Beratung und Begleitung von Menschen in belastenden Situationen. Neben einer Pflege auf dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand und unter Berücksichtigung der Bezugswissenschaften (u.a. Medizin, Ethik, Gesundheitswissenschaft, Psychologie) gehören so auch soziale Kompetenzen wie Empathie, Fürsorge und das Bewusstsein über die asymmetrische Beziehung zu dem Verständnis von guter Pflege. Denn der Mensch ist ein Sozialwesen.

Pflegenotstand – Wurzel der Dilemmasituation der Pflegenden

Die Idealvorstellung von guter Pflege wird durch die Konsequenzen des so genannten Pflegenotstandes seit Jahrzehnten beeinträchtigt. Bereits Anfang der 1990er Jahre wurde auch mit diesem Fokus von einer Krise in der Gesundheitsversorgung gesprochen und vor einem Zusammenbruch des Systems gewarnt (Sahmel 2018, S. 18). Die Einsparung beim Pflegepersonal führte zu einer »massiven Intensivierung der Pflegearbeit« (Sahmel 2018, S. 18). Vor allem aus Patientenperspektive wird zumeist der Notstand beschrieben. Doch es gibt auch einen Notstand aus Sicht der professionell Pflegenden und den wollen wir hier in den Blick nehmen. So beklagen deutsche Pflegende, dass sie häufig nicht ausreichend Zeit für die Pflegebedürftigen ha-

ben und die Pflege nicht so ausgeführt werden kann, wie die Pflegenden es vor ihrem Gewissen und Berufsethos für richtig und gut erachten (Bertelsmann Stiftung 2017). Dieses Dilemma ist nicht erst seit der COVID-19-Pandemie für die Pflegenden ein alltägliches, belastendes Problem. Diese Seite des Pflegenotstands ist keine kurzweilige Krise, sondern ein bereits jahrzehntelanger Dauerzustand.

Im professionellen Pflegesetting müssen Maßnahmen zur Eindämmung auch dieses Notstandes dringend eingefordert werden. Politische Maßnahmen und wissenschaftliche Erkenntnisse sollen Engpässe reduzieren, den Pflegeberuf attraktiver machen und die Qualität der Profession zugunsten der Patienten anheben. Ein Versuch ist etwa die Akademisierung der Pflege. Zu sehen ist eine Zunahme an so genannten evidenzbasierten Erkenntnissen für die pflegerische Profession. Auch die generalistische Ausbildung verspricht eine Anhebung der Pflegequalität.

Solche öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen haben aber auch Schattenseiten, wenn wir die Perspektive der Pflegenden einnehmen. So hat etwa die Neuaufstellung der Ausbildung auch belastende Auswirkungen: Die höheren Ausbildungsstandards haben allerdings dazu geführt, dass die Diskrepanz zwischen den Ansprüchen an eine gute Pflege, wie sie in der Ausbildung (möglichst wissenschaftsbasiert) vermittelt werden, und dem Erleben der Realität einer auf Effizienz ausgerichteten und durch Patientenignorierung charakterisierbaren Pflege noch größer wird. (Sahmel 2018, S. 20)

Das betrifft Auszubildende bereits im ersten Ausbildungsdrittel, wenn sie nach dem anfänglichen Schulblock die gelernten Fähigkeiten und Fertigkeiten im Pflegealltag umsetzen wollen: »Gleich zu Beginn erfahren die Auszubildenden, dass die Pflegenden unter großem Zeitdruck, mit zu wenig Personal und demzufolge hohem Arbeitsaufkommen ihre Aufgaben bewältigen müssen.« (Burkhardt 2019, S. 23) Direkt am Beginn der professionellen pflegerischen Tätigkeit werden sie also mit dem Theorie-Praxis-Konflikt als Dilemma konfrontiert. Viele hoch motivierte Pflegekräfte mit anspruchsvollen Idealen erkennen und erleben schnell eine Unvereinbarkeit ihres Berufsethos mit der Realität: Ihre Werte können sie kaum umsetzen, da der Personalmangel in der Pflege sie dazu zwingt, zuallererst effektiv und zeitsparend zu arbeiten. Empathie, Miteinander und Selbstpflege bleiben dabei schnell auf der Strecke. Allein dieses Beispiel zeigt schon, dass der Pflegenotstand dringend auch aus Sicht der professionell Pflegenden diskutiert werden muss. Genau diese Perspektive, die am Ende auch wieder die Pflegebedürftigen betrifft, wollen wir hier einnehmen. Pflegenotstand bedeutet also nicht allein den Mangel an Personal, sondern zusätzlich einen Kulturmangel: einen Notstand von gelebter Zwischenmenschlichkeit und Menschenwürde, was das persönlich gelebte Berufsethos fundamental infrage stellt. Diesen Missstand der Pflegekultur wollen wir in unserem Beitrag beleuchten und nach Lösungen Ausschau halten.

Moralischer Disstress als Einflussfaktor für das Dilemma der Pflegenden

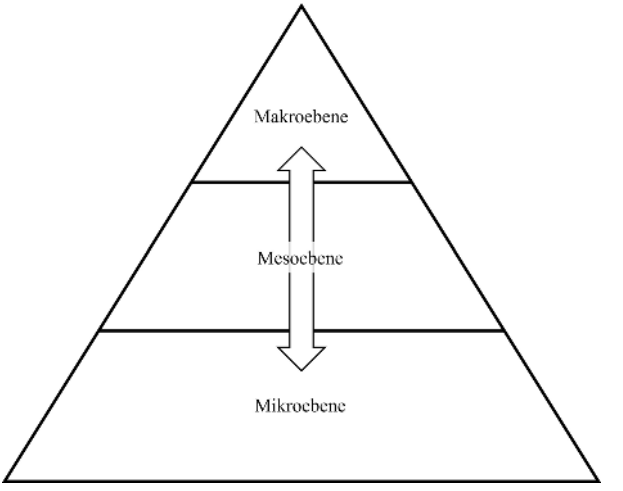
Bedingt durch die Konsequenzen des nunmehr weiter gefassten Verständnisses von Pflegenotstand haben viele Pflegende Schwierigkeiten, ihr Verständnis von einer guten und menschenwürdigen Pflege in die Praxis umzusetzen. So führt die fehlende Zeit für eine Sterbebegleitung – verursacht durch Zeit- und Personalmangel – bei Pflegenden zu moralischem Stress (Schrems 2017, S. 11). Wenn sie gegen die eigenen moralischen Grundsätze handeln müssen, entsteht ein Gewissenskonflikt (Schrems 2017, S. 11). Professionell Pflegende können dann ihre Werte, die sie einer guten Pflege zuschreiben, in der pflegerischen Praxis nicht umsetzen. Wenn dieser Konflikt länger andauert und nicht gelöst wird, kann dies zu einem belastenden Stress, zu Resignation bis hin zu Burn-out und Berufsausstieg führen. Dieser belastende, negative Stress, auch Disstress genannt, entsteht immer dann, wenn eine Person einem Stressor gegenübersteht und nicht genügend Ressourcen besitzt, um den Stressor zu bewältigen. Der pflegenden Person fehlt es dann an Möglichkeiten und Mitteln, dem Stressauslöser wirksam zu begegnen. Der moralische Disstress beschreibt die Situation, wenn Pflegende zwar wissen, was »[…] das moralisch Richtige ist […]« (Schrems 2017, S. 15), aber sie an der Umsetzung durch bestimmte Faktoren gehindert werden, so dass die eigenen Werte der pflegenden Person nicht mehr gewahrt werden können. Demnach haben sie nicht genügend Ressourcen, um den Hindernissen zu begegnen, die sie an der Umsetzung ihrer eigenen Werte als Berufsethos und Resilienzpotenzial hindert.

Auffallend ist, dass trotz der bekannten Belastungssituation, besonders im Bereich der stationären Langzeitpflege, der moralische Disstress der Pflegenden bislang im pflegewissenschaftlichen Diskurs kaum Berücksichtigung findet (Begerow/Gaidys 2022). Dabei sind die Folgen des moralischen Disstress erheblich. Als Konsequenzen für die Pflegenden beschreibt Schrems (2017, S. 20) u.a. Frustration, Verlust des Selbstwertgefühles, Ohnmacht, Rückzug aus herausfordernden Situationen, Hilflosigkeit bis hin zu körperlichen Symptomen. Dieses Phänomen lässt sich nicht zuletzt an den gestiegenen Krankheitstagen deutlich ablesen. »Die Pflegenden befinden sich in einem Dilemma, denn sie müssen entscheiden, wen, wie und in welchem Umfang sie sich um einzelne Pflegebedürftige kümmern.« (Begerow/Gaidys 2022, S. 62) Diese Dilemmasituation belastet die Pflegenden zusätzlich und hat direkte Auswirkungen auf die berufliche Praxis. Wenn das Dilemma nicht gelöst werden kann und der Konflikt des nicht lebbaren Berufsethos die Toleranzgrenze überschreitet, erkranken viele Pflegende infolge des andauernden Disstresses. Oder sie entscheiden den Beruf zu verlassen, und die Abwärtsspirale des Pflegenotstandes wird weiter befeuert. Das kann nicht das Ziel sein.

Strategieebenen zum Umgang mit der Dilemmasituation professionell Pflegender

Vor einem solchen Hintergrund werden nun von uns Strategien vorgestellt, die professionell Pflegende dabei unterstützen können, mit diesem alltäglichen Dilemma umzugehen. Die Strategien werden dabei drei Ebenen zugeordnet, die sich gegenseitig beeinflussen. Diese Einteilung ist angelehnt an Lauxen (2009, S. 428), der die Mikro-, Meso- und Makroebene auf die moralischen Probleme von Pflegenden im ambulanten Pflegebereich angewendet hat. Wir bestimmen dabei die Ebenen so: Auf der Mikroebene beziehen wir alle professionell Pflegenden aus den unterschiedlichen Pflegebereichen mit ein, auf der Mesoebene alle Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in der stationären Akut- und Langzeitpflege sowie Einrichtungen der ambulanten Versorgung, und auf der Makroebene im Blick auf die Gesellschaft die Politik. Die Idee, diese Ebenen bildhaft darzustellen, übernehmen wir von dem amerikanischen Entwicklungspsychologen Urie Bronfenbrenner, der die verschiedenen Lebensbereiche eines Individuums in einem kreisförmigen Modell darstellt (Litka/Weichert 2019). Bronfenbrenner betont in seinem ökosystemischen Ansatz, dass die verschiedenen Ebenen sich gegenseitig beeinflussen und sich somit auch verändern können (Litka/Weichert 2019). Die wechselseitige Beeinflussung der drei Ebenen wird in der folgenden Abbildung mit einem Pfeil gekennzeichnet, der zugleich eine Verbindung der Mikro-, Meso- und Makroebene darstellen soll. Im Unterschied zu Bronfenbrenner entscheiden wir uns nicht für ein kreisförmiges Modell, sondern für eine Pyramide, um damit die zahlenmäßige Dimension der Akteure (z.B. der Pflegenden innerhalb der Mikroebene) zu verdeutlichen. Zudem soll die Abbildung darstellen, dass die Pflegenden die Basis für die pflegerische Versorgung in Deutschland und ein tragendes Fundament für die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft sind. Die Mesoebene bildet das Verbindungsglied und soll als Vermittlerin zwischen den Pflegenden in der Mikroebene und der Politik und Gesellschaft in der Makroebene fungieren. Die Makroebene bildet die Spitze der Pyramide, was die Entscheidungsmacht der Politik und den soziologisch darauf einwirkenden Einfluss der Gesellschaft für Veränderungen symbolisiert.

Abbildung 1: Drei Ebenen in Form einer Pyramide



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das bio-ökologische Entwicklungsmodell nach Urie Bronfenbrenner

Die Pflegenden stehen im direkten Kontakt mit den pflegebedürftigen Menschen. Sie bilden das Rückgrat der pflegerischen Versorgung und sind in erster Linie für die Umsetzung einer guten Pflege verantwortlich. Wenn professionell Pflegende ihrem Verständnis von einer guten Pflege nicht gerecht werden können, erleben sie diesen Widerspruch im praktischen Berufsalltag hautnah. Die verantwortlichen Führungspersonen innerhalb der Mesoebene sind u.a. für organisatorische Tätigkeiten in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zuständig. Sie wirken auf die Pflegenden in Form von z.B. Dienstplänen, internen Vorgaben und Unternehmenskultur ein. Zudem kann die Mesoebene als Puffer und Vermittler zwischen den professionell Pflegenden und den verantwortlichen Personen in der Politik gesehen werden. Die zuständigen Politiker (Makroebene) beeinflussen die Meso- und Mikroebene in Form gesetzlicher Vorgaben, finanzieller Regelungen und Anreizen. Sie können so Weichen für die Umsetzung einer guten Pflege stellen. Der Pfeil innerhalb der Pyramide symbolisiert, neben der gegenseitigen Beeinflussung, den notwendigen Austausch zwischen den Ebenen, um dem Ziel der guten Pflege näher zu kommen.

Im Folgenden können nun mit Blick auf die drei Ebenen Strategien vorgestellt werden, die die professionell Pflegenden im Umgang mit dem Dilemma unterstützen können.

Die Mikroebene braucht Strategien, die die Pflegeperson selbst umsetzen kann. Damit diese gelingen, müssen die Verantwortlichen der Mesoebene für eine ent-

sprechende Führungs- und Organisationskultur sorgen, die neben den ökonomischen und juristischen Notwendigkeiten vom Menschen und damit vom Ideal guter Pflege her angelegt ist. Das umfasst auch die moralische Verantwortung der Führungspersonen, Vorbild zu sein. Im Bereich der Makroebene wird der Blick auf die Politik gelenkt. Sie setzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Organisationskultur und damit auch für die Möglichkeiten zur Gestaltung einer pflegerischen Praxis, die dem Berufsethos guter Pflege entspricht. Die Vorstellung der folgenden Strategien erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie will vielmehr zu einem Neudenken anregen und dafür einige auch praktische Vorschläge unterbreiten.

Strategien auf der Mikroebene – Selbstpflege und Zeitmanagement

Die Pflegenden stehen im direkten Konflikt zwischen ihrem eigenen Verständnis und Anspruch an eine gute Pflege auf der einen Seite, und den ökonomischen Anforderungen und Zwängen auf der anderen Seite. Eine gute Pflege kann nur umgesetzt werden, wenn die pflegende Person Rücksicht auf sich selbst nimmt. Deshalb ist die Selbstfürsorge eine wichtige Voraussetzung für eine gute Pflege (Nass/Schneider 2019). Damit gewinnt der Aspekt der Selbstfürsorge der Pflegenden bei wachsenden Anforderungen, die an sie gestellt werden, immer mehr an Bedeutung. Dabei meint Selbstfürsorge zielgerichtete Handlungen mit dem Ziel, sich selbst gesund und am Leben zu erhalten, physische, mentale und psychische Körperfunktionen zu erhalten oder wieder herzustellen und einen Zustand von Wohlergehen zu erreichen (Steinbach 2011, S. 163). Als Beispiele für eine persönliche Burn-out-Prophylaxe beschreibt Grond (2014, S. 218) neben der körperlichen Selbstpflege, wie z.B. körperliche Schonung und Entspannung, ganz ausdrücklich auch die psychische Selbstpflege. Hierzu zählen bspw. das Wahrnehmen und das Annehmen von Wertschätzung, sowie Zeit für einen privaten Ausgleich wie Hobbys etc. (Grond 2014, S. 218). Nicht zu unterschätzen sind positives Denken und die Befähigung, störende und hemmende Denkmuster zu verändern (Grond 2014, S. 218). Beispielsweise suggerieren Wörter wie »müssen«, »immer« und »nie« etwas Zwanghaftes und Endgültiges. Ihre Verwendung fördert im Selbstverständnis wie im Teamalltag eine Stresskultur. Stattdessen können Pflegende solche einengenden Denkmuster verlassen, indem sie von »dürfen«, »können«, »wollen« und »manchmal« sprechen. Schließlich arbeiten professionell Pflegende heute wohl fast ausnahmslos freiwillig in ihrem Beruf und »möchten« pflegen. Fähland (2014, S. 327) sieht die achtsame Pflege der eigenen Gedanken als grundlegend für den Erhalt der eigenen Motivation. Demzufolge beginnt Selbstpflege bereits im Denkverhalten und Wording der Pflegekraft.

Ein weiterer Aspekt der Selbstpflege sind die sozialen Beziehungen. Denn »wer sich selbst nicht helfen lässt, hört auf, ein guter Helfer zu sein« (Grond 2014, S. 218). Professionell Pflegende arbeiten gemeinsam mit Kollegen in einem interdisziplinä-

ren Team, bestehend aus Therapeuten, Ärzten, Seelsorgern und Betreuungshelfern. Ein Austausch über die Dilemmasituation und das gemeinsame Suchen nach einem möglichen Umgang damit, entlastet die einzelnen Beteiligten und kann den inneren Horizont für neue Denkanstöße fördern. Als weitere Selbsthilfestrategie spricht Grond an, dass Pflegende die Sinndimension ihrer Arbeit fokussieren und priorisieren sollen (Grond 2014, S. 218). Professionell Pflegende sollen sich besinnen auf Kernfragen, was sie zur Überwindung des Dilemmas zwischen Berufsethos und -realität verändern möchten und aus welchen Gründen. Auch das geförderte Engagement im Team und das Übernehmen von Verantwortung können dazu beitragen, dass Pflegende wieder Sinn in ihrer pflegerischen Arbeit entdecken und finden.

Der Umgang mit dem täglichen Dilemma kann auch durch die Priorisierung pflegerischer Aufgaben erleichtert werden. Eine Methode hierfür ist das Eisenhower-Prinzip. Dieses geht auf den amerikanischen Präsidenten Dwight D. Eisenhower zurück, der mithilfe dieser Methode unter Zeitdruck wichtige militärische Entscheidungen getroffen haben soll (Brunner 2014, S. 83). Dabei werden die Aufgaben nach Dringlichkeit sortiert und, je nachdem, wie wichtig eine Aufgabe ist, einer bearbeitenden Person zugeordnet. Somit wird gleichzeitig eine Reihenfolge der Bearbeitung festgelegt. Die Kategorie »dringend und wichtig« umfasst Aufgaben, die sofort erledigt und nicht delegiert werden können: z.B. medizinische Notfälle. In der Kategorie »nicht dringend, aber wichtig« werden Tätigkeiten eingruppiert, die erledigt werden müssen, aber nicht zeitlich befristet sind, d.h. sie können von der verantwortlichen Person terminiert werden. Hierzu zählt bspw. auch der regelmäßige Austausch mit den Kollegen aus dem interdisziplinären Team. Tätigkeiten, die zeitnah erledigt werden müssen, aber nicht elementar für das Funktionieren des Arbeitsablaufes sind und delegiert werden können, sind in die Kategorie »dringend, aber nicht wichtig« einzugruppieren, z.B. diverse Telefongespräche. In den Bereich »nicht dringend und nicht wichtig« fallen Tätigkeiten, die abgelehnt werden können und in der Prioritätenordnung weiter unten stehen, z.B. pflegeferne Tätigkeiten wie bestelltes Material in das Lager einräumen oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Mithilfe des Eisenhower-Prinzips können Pflegende bei einer Häufung von Tätigkeiten diese entsprechend kategorisieren und somit priorisieren.

Solche Veränderungen auf der Mikroebene scheinen klein und unbedeutend. »Ein System kann jedoch nur verändert werden, wenn sich das Verhalten auf individueller Ebene verändert. Es liegt in der Verantwortung jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters, für das eigene Wohlergehen Sorge zu tragen.« (Schrems 2017, S. 24)

Strategien auf der Mesoebene – Mitarbeiterfürsorge durch betriebliche Gesundheitsförderung

Die professionell Pflegenden müssen bei ihrer Selbstpflege und dem Zeitmanagement von der Gesundheits- und Pflegeeinrichtung unterstützt werden, in der sie arbeiten. Diese Fürsorgeverantwortung für Mitarbeiter fordert auch das ICN, indem es ein positives Arbeitsumfeld, Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit als wesentliche Maßnahmen benennt mit dem ambitionierten Anspruch: »Pflegefachpersonen wertschätzen ihre eigene Würde, ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit.« (ICN 2021, S. 13). In Zeiten der COVID-19-Pandemie rückte dieses Ziel für viele Pflegende bei fehlender Schutzausrüstung, einem erhöhten Infektionsrisiko, einer Mehrbelastung des Arbeitsalltags durch Hygienevorschriften und fehlendes Personal in weite Ferne. Die Organisation muss diese Priorität in ihrer Kultur deshalb fest verankern und entsprechende Regeln und Anreize schaffen.

Eine Möglichkeit dazu ist etwa die Gefährdungsanzeige, um Arbeitgeber auf Risiken im Arbeitsalltag und in Bezug auf die Versorgung der Bewohnern und Patienten hinzuweisen. Nicht zuletzt sind Pflegekräfte aufgrund ihrer Remonstrationspflicht dazu angehalten, eine gefahrengeneigte Versorgung unverzüglich bei dem Arbeitgeber anzuzeigen (Höfert 2009, S. 239). Deren Umsetzung sollte konsequent eingefordert werden, wenn eine gute und sichere Pflege aufgrund der Überlastung durch z.B. fehlendes Personal nicht mehr sichergestellt werden kann. Allerdings scheuen sich viele Pflegende ihrer Remonstrationspflicht nachzugehen, da sie Sorge haben, dass ihnen durch das Anzeigen von Missständen Nachteile entstehen. Denn sie rechnen paradoxerweise mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen und einem erhöhten Druck der Arbeitgeber (Kahla-Witzsch/Platzer 2018, S. 57). Es muss aber Aufgabe der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sein, offen für Anregungen und Sorgen der Mitarbeiter zu sein und eine Remonstration nicht als Zeichen von »Nestbeschmutzung«, sondern als den wertvollen Einsatz der Pflegekraft für eine gute Pflege anzuerkennen. Hier muss ein Umdenken in der Unternehmenskultur stattfinden, indem eine Überlastungsanzeige der Pflegenden ernst genommen und wertgeschätzt wird.

Als weitere Möglichkeit für ein mitarbeiterfreundliches Arbeitsklima führt Grond (2014, S. 218) ökologische Hilfen an. So kann bspw. der Pausenraum der Pflegenden als ansprechender Erholungsraum gestaltet werden. Er sollte räumlich von der Station bzw. der Wohngruppe abgetrennt sein, um wirklich eine Auszeit und Erholung zu ermöglichen. Die Pausenkultur ist nicht zu unterschätzen. Erholungspausen sind zwingend notwendig, um eine gute Pflege gewährleisten zu können. Denn mit steigender Belastung und anhaltendem Stress während des Arbeitsalltages erhöht sich nicht nur das Gesundheitsrisiko für die Pflegenden, sondern auch das Risiko für Fehler u.a. in der Patientenversorgung. In der Realität lassen aber viele Pflegende ihre arbeitsrechtlich vorgeschriebenen Pausen ausfallen, weil die

Arbeitsbelastung zu hoch ist (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2021, S. 2). An dieser Stelle sind die Führungskräfte in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in ihrer Rolle als Vorbild mit Fürsorgeverantwortung besonders gefragt. Sie sollen eine Unternehmenskultur fördern, in der die Pflegenden ihre Pausen einfordern (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2021, S. 38). Zudem können Führungspersonen direkten Einfluss auf die Pflegenden nehmen, indem sie

1. offen über eine gesunde Pausengestaltung sprechen,
2. die Faktoren, die zum Ausfall von Pausen führen, verringern und
3. Gegenmaßnahmen ergreifen, wenn Pausen nicht genommen werden können (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2021, S. 39–40).

Es gibt daneben weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen, z.B. das Angebot von Kursen mit Entspannungsmethoden für Pflegende. Sie sollen den individuellen Umgang mit dem Dilemma erleichtern. Die Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtung sollte dafür Bildungstage gewähren und Kurskosten übernehmen.

Damit eine betriebliche Gesundheitsförderung systematisch gelingen kann, müssen zunächst grundlegende Voraussetzungen erfüllt werden. Zunächst müssen genügend finanzielle Mittel sowie notwendiges Personal bereitgestellt und die Frage geklärt werden, wer für die Abläufe und Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich ist (Initiative Gesundheit und Arbeit, S. 2017). Zudem sollte die Gesundheit und das Wohlergehen der Mitarbeiter in die Unternehmenskultur der Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtung etabliert werden. Dieser Prozess benötigt allerdings Zeit und Geduld, bis eine solche positive Unternehmenskultur nach ethischen Grundsätzen von den Mitarbeitern auch tatsächlich gelebt wird. Eine Möglichkeit zur Umsetzung ist es, diesen Aspekt fest im Leitbild der Einrichtung zu verankern, was nicht zuletzt auch ein ansprechender Werbeaspekt für das Gewinnen neuer Pflegekräfte sein kann (Bendig 2017). Laut Bundesministerium für Gesundheit (2022) gibt es zahlreiche Vorteile durch die Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung: Auf Seiten der Arbeitnehmer erhöht sich die Lebensqualität und die Belastungen verringern sich. Durch die Förderung der aktiven Mitgestaltung des Arbeitsplatzes steigt auch die Arbeitszufriedenheit, und das Betriebsklima verbessert sich nachhaltig. Für die Arbeitgeber hat das neben dem unternehmensethischen Benefit auch den ökonomischen Vorteil, dass die Produktivität und Qualität steigt und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter gesichert wird (Bundesministerium für Gesundheit 2022).

Strategien auf der Makroebene – Quantität und Qualität der Pflegenden als grundlegende Voraussetzungen für eine gute Pflege

Auf der Makroebene geht es um Strategien, die den Pflegenden den Umgang mit ihrem Dilemma zwischen der Umsetzung einer guten Pflege auf der einen Seite und dem Personalmangel auf der anderen Seite erleichtern können. Diese Strategien sollen – über veränderte Rahmenbedingungen mit Wirkung auf die Mesoebene (und damit auch auf die Mikroebene) – weitergegeben werden. Die Gesellschaft und die Verantwortlichen aufseiten der Politik müssen sich die Frage nach dem Wert einer guten Pflege stellen. Dabei geht es auch um monetäre Aspekte, aber nicht allein. Die Rahmenbedingungen in der Pflege lassen sich u.a. nur mit finanziellen Investitionen. z.B. in mehr ausgebildetes Pflegepersonal, verändern. Dazu ist es bspw. notwendig, die Personaluntergrenzen neu zu definieren, damit eine gute Pflege möglich ist. In Zeiten der COVID-19-Pandemie, in denen das knappe Pflegepersonal teilweise selbst erkrankt war und gleichzeitig in den Krankenhäusern die Patientenzahlen zunahmen, spitzte sich das Dilemma der Pflegenden dramatisch zu. Gemäß §7 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, der die Ausnahmen der Personaluntergrenzen für die Pflege behandelt, müssen bei »kurzfristig krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder bei starker Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen« die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten werden (Bundesministerium der Justiz und Bundesamt für Justiz 2020). Allerdings ist mangelndes Pflegepersonal im Pflegealltag u.a. bedingt durch krankheitsbedingte Ausfälle, kein kurzfristiger Zustand mehr, sondern mittlerweile Alltag in vielen deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Zur Aufwertung des Pflegeberufes gehört eine grundlegende Veränderung der Arbeitsbedingungen bzw. eine Veränderung der Rahmenbedingungen des Pflegeberufes (etwa Arbeitszeiten).

Neben solchen gesetzlichen Anpassungen ist eine neu fokussierte Ausbildung des Pflegepersonals eine weitere bedeutende Stellschraube, um dem Ziel einer guten Pflege näher zu kommen. Das Berufsprofil der Pflege muss dazu auch weiter konturiert werden. Hierzu zählen etwa klar definierte Verantwortungsbereiche, akademische Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten wie eine weitere Etablierung der Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin.

Mehrere internationale Studien belegen den Zusammenhang zwischen Versorgungsqualität und dem Ausbildungsstand der Pflegenden sowie der Zahl an Pflegefachkräften pro pflegebedürftigen Menschen (Zander et al. 2017, S. 70). Damit professionell Pflegende ihr Verständnis von einer guten Pflege in der pflegerischen Praxis umsetzen können, spielen sowohl die Quantität des Pflegepersonals pro Patient als auch der Grad des Ausbildungsniveaus eine Rolle. Deutschland liegt bei der Akademisierung der Pflegeausbildung weit hinter den Entwicklungen der anderen Län-

der der EU (Zander et al. 2017, S. 71) zurück. Diese ist sicher nicht die Lösung aller Probleme, kann aber die Attraktivität des Berufs erhöhen.

Mit der generalistischen Pflegeausbildung, die am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, wird mit der Zusammenführung der drei Bereiche Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege eine einheitliche Pflegeausbildung mit dem Abschluss zum/zur Pflegefachmann/-frau möglich. Inwieweit die generalistische Ausbildung den Pflegenotstand entspannen kann, muss sich erst noch zeigen.

Fest steht, dass es auch grundlegende Veränderungen der Finanzierung des Pflegepersonals braucht, um einer weiter fortschreitenden Rationierung von Pflegeleistungen und somit von Pflegequalität entgegenzuwirken (Zander et al. 2017, S. 72). Die quantitative und qualitative Personalbesetzung und das Arbeitsumfeld haben einen direkten Einfluss auf das Pflegepersonal sowie damit schlussendlich auf die Prozess- und Ergebnisqualität, die sich negativ in Form von Dekubitus, Sturz und einer erhöhten Mortalität der pflegebedürftigen Menschen zeigen kann (Zander et al. 2017, S. 73).

Löhne vor allem im Bereich der Altenpflege sollten tariflich eine deutliche Aufwertung erfahren. Der Mindestlohn für angelernte Kräfte ist keine Lösung. Es würde noch offenbarer, dass der Pflegeberuf finanzielle Anerkennung durch den Staat nötig hat. Das kann als Makel interpretiert werden und das Image weiter absenken. Untergrabung der Tarifautonomie und mehr Bürokratie sind weitere Probleme.

Auch braucht es gesellschaftlich ein Umdenken hinsichtlich der Wertschätzung des Pflegeberufs. Der Applaus von Balkonen oder monetäre Boni in der Corona-Zeit reichen dazu nicht. Auch nicht eine mitleidige Anerkennung von Pflegenden nach dem Motto: »Gut, dass es so Leute wie Euch gibt. Dann brauche ich das wenigstens nicht zu machen.« Wir benötigen endlich eine breite und ehrliche Anerkennung dieses wunderbaren Berufes. Die breite gesellschaftliche Begeisterungsfähigkeit für soziales Engagement sollte die Pflege entdecken: Etwa von kirchlichen Trägern, in Medien und Schulen sollte dazu die Pflegekultur zum Schlüsselthema gemacht werden, für die sich der Einsatz lohnt. Sozial wertgeschätzte Leidenschaft junger Menschen fände dann mehr im Bereich der Pflege ihren Ausdruck. Gezielt sollten Pflegende in der Öffentlichkeit als Vorbilder bekannt gemacht werden. Vernetzte Pflegevereine bzw. Pflegekammern sollten selbst wirksame Lobbyarbeit betreiben. Schließlich sollten öffentliche Projekte zur Erforschung eines wirksamen Imagegewinns der Pflege aufgelegt werden.

Kritische Betrachtung der vorgestellten Strategien

Nach der Vorstellung möglicher Strategien sollen diese nun diskutiert und in Bezug auf ihre Umsetzung in der pflegerischen Praxis kritisch betrachtet werden. Für ethische Fragen nehmen wir hierzu eine christliche Perspektive ein.

Mikroebene

Die physische und psychische Selbstpflege erscheint bei einer gestiegenen Arbeitsbelastung im Berufsalltag besonders wichtig und kann als Grundvoraussetzung für die Umsetzung einer guten Pflege gesehen werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegenden ihren Idealismus nicht als Pflicht zur Selbstaufopferung missverstehen, sondern eine gesunde Selbstliebe entfalten. Wer sich – etwa aus einer christlichen Perspektive als Ebenbild Gottes – selbst als liebenswert erfährt, der ist bereit zu einer solchen gesunden Liebe. Diese hat nichts mit Egoismus zu tun. Sie kommt den Pflegenden, Gepflegten und der Organisation zugute. Pflegende sollten dabei von den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen durch entsprechende Angebote und Anreize unterstützt werden.

Ein Verbesserungsbedarf besteht vor allem bei der Haltung der Pflegenden zu ihrem Beruf. Die oft belastende Haltung der professionell Pflegenden zeigt sich in negativen Denkmustern. Eine positive Sichtweise kann die Motivation und Zufriedenheit der Pflegenden erhöhen und sollte deshalb ebenfalls von den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen unterstützt werden, z.B. in Form von Schulungen, aber auch von Maßnahmen des guten Teambuildings o.a. Aus christlicher Sicht folgt ein solcher Habitus dem Bewusstsein, von Gott geliebt zu sein, in den Mitmenschen solcher Liebe zu begegnen und in seinem Beruf gemeinsam Sinn zu stiften. Selbstpflege und so begründetes positives Denken sind engstens aufeinander bezogen und stärken ein resilientes Berufsethos.

Professionell Pflegende sollen sich mit ihren Ideen im interdisziplinären Team einbringen und Verantwortung übernehmen. Es ist bekannt, dass Mitarbeiter, die sich in ihr Arbeitsumfeld aktiv einbringen können, zufriedener sind, was wiederum vorteilhaft für die Gesundheits- und Pflegeeinrichtung ist. Christlich entspricht das dem Auftrag des Menschen, seine Talente auch durch die Übernahme von Verantwortung entfalten zu können. Allerdings gilt es auch hier wieder zu beachten, dass Pflegende ihre eigene Belastungsgrenze kennen müssen, sich nicht für ihr Team »aufopfern« und dann womöglich, bei einer länger andauernden Überlastung, das Burn-out-Syndrom erleiden.

Das Eisenhower-Prinzip soll die pflegende Person insbesondere im Zeitmanagement unterstützen. Diese Strategie ist sicher kritisch im Hinblick auf seinen ursprünglichen Verwendungszweck im Krieg zu sehen. Sie kann heute nur bedingt auf zivile Arbeitszeitplanungen angewendet werden, da sich die Arbeitsanforderungen, die technischen Mittel und die allgemeinen Rahmenbedingungen verändert haben (Brunner 2014, S. 83). Unter diesen Bedingungen verspricht das Eisenhower-Prinzip aber eine Steigerung der Effektivität. Die zu erledigenden Aufgaben kommen besser in den Blick und es wird die Gefahr reduziert, wichtige Tätigkeiten im Arbeitsalltag zu vergessen. Das Eisenhower-Prinzip ist verständlich, kann in der Praxis schnell umgesetzt werden und hilft den Pflegenden, ihre Aufgaben zu

priorisieren, um Zeit zu sparen. Es darf aber nicht als starres Konstrukt gesehen werden, denn es soll nicht ausschließlich in der Aufgabenverteilung zur Anwendung kommen. Vielmehr muss die pflegende Person bei jeder einzelnen Tätigkeit separat abwägen, ob sie für die entsprechende Kategorie (z.B. »dringend und wichtig«) passend ist. Diese Einordnung obliegt der Pflegekraft und kann sich je nach individueller Wertevorstellung der pflegenden Person unterscheiden, je nachdem wie bedeutend die Aufgabe für die professionell Pflegenden persönlich ist. Dabei können sich Schwierigkeiten bei der Einordnung ergeben, etwa bei einer perfektionistischen Vorstellung von guter Pflege. Gemäß einer solchen Idealvorstellung würden alle Tätigkeiten als wichtig empfunden, die unverzüglich erledigt werden müssten. Das kann wiederum zu dem Dilemma führen, da der Personalmangel ja die Pflegekraft an der Umsetzung der Idealvorstellung beeinträchtigt. Nichtsdestotrotz bietet das Eisenhower-Prinzip grundsätzlich eine einfache Möglichkeit, die verschiedenen Aufgaben im pflegerischen Alltag, die häufig innerhalb von kurzen Zeiträumen anfallen, zu priorisieren. Da die Arbeitsintensität u.a. bedingt durch den demografischen Wandel, in Zukunft eher zu- als abnehmen wird, wird Zeitmanagement in der Pflege eine noch bedeutendere Rolle spielen. Fähland (2014, S. 327–328) fordert deshalb, dass Pflegende Zeitmanagementtechniken, wie etwa das Eisenhower-Prinzip, nicht nur theoretisch beherrschen, sondern auch praktisch anwenden können.

Mesoebene

Die Remonstrationspflicht und eine mitarbeiterfreundliche Pausengestaltung sind mögliche Strategien, um mit dem Dilemma umzugehen. Sie sind nur in Interaktion und Austausch mit der Organisation umsetzbar. Bezüglich der Remonstrationspflicht ist zu betonen, dass die professionell Pflegenden im Rahmen ihres Arbeitsvertrages eine Treuepflicht gemäß §242 BGB und somit die Verpflichtung haben, auf Mängel hinzuweisen (Kahla-Witzsch/Platzer 2018, S. 57). Dennoch können Pflegende das Gefühl haben, dass das Aufzeigen von Missständen nicht zielführend für die Lösung des Dilemmas ist, sondern die Negativbeispiele das Ansehen des Pflegeberufes weiter absinken lassen. Um das eigene Verständnis von einer guten Pflege in der Praxis umsetzen zu können, müssen die professionell Pflegenden anfangen, die hinderlichen Rahmenbedingungen aufzuzeigen und den Mut haben, diese schriftlich bei den Arbeitgebern anzuzeigen. Die Verantwortlichen der Mesoebene und die Pflegenden auf der Mikroebene müssen miteinander in Kontakt treten, sich über Probleme austauschen und gemeinsam an Lösungen arbeiten zum Wohle des pflegebedürftigen Menschen und zur Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit. Denn die Verschwendung von Arbeitsressourcen wird reduziert und eigene Kreativität wird herausgefordert und wertgeschätzt. Das alles ist wesentlich für eine in der Praxis tatsächlich gelebte »gute Pflege«.

Eine verantwortungsbewusste Pausengestaltung als Strategie löst das Dilemma nicht, aber sie kann bei der Selbstpflege der Pflegekraft helfen. Den professionell Pflegenden bleibt im pflegerischen Berufsalltag häufig kaum die Möglichkeit für eine erholsame Pause. Dies kann die Abwärtsspirale des Pflegenotstandes beschleunigen, wenn aufgrund von fehlender Erholung die Pflegenden erkranken oder aufgrund steigender Unzufriedenheit kündigen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2021, S. 4). Dies gilt es zu vermeiden. Die Verantwortlichen in der Gesundheits- und Pflegeeinrichtung müssen hier organisatorische Veränderungen anstreben.

Neben der Pausengestaltung gibt es zahlreiche weitere Möglichkeiten der Mitarbeiterfürsorge, wie z.B. Entspannungskurse oder finanzielle Unterstützungen für ein Wellness-Wochenende. Die aufgeführten Beispiele für eine betriebliche Gesundheitsförderung helfen nur ansatzweise, die ursächlichen Faktoren des Pflegenotstandes und damit das Dilemma zu verändern. Allerdings handelt es sich bei diesen Strategien letztlich nur um das Abmildern der Symptome des Dilemmas.

Insgesamt notwendig ist die Umsetzung einer Führungskultur, die die Bereiche Motivation, Personal und Kommunikation nach transparenten Zielen und Wertevorstellungen gestaltet. Die Pflegenden müssen an der Erstellung solcher Leitbilder und gelebter Führungsethik maßgeblich beteiligt werden. Christlich profilierte Führungsethik setzt hierbei etwa auf die dreifache Verantwortung des Menschen vor sich, voreinander und vor Gott. Daraus folgt eine Vorbildfunktion mit Tugenden der Selbstliebe, des Mutes, der Demut, des Teamgeistes, der Wertschätzung des Schwachen, der Leistungsbereitschaft ohne Aufopferung, der Kreativität, der professionellen Begegnung auf Augenhöhe, der Delegation mit geteilter Verantwortung u.a.

Makroebene

Die Lösung des Dilemmas der professionell Pflegenden gelingt nicht ohne veränderte Rahmenbedingungen, für die die Politik verantwortlich ist.

Die Abwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland ist sicher keine nachhaltige Lösung, zumal damit diese Fachkräfte woanders fehlen.

Anonymität oder eine den Mensch-zu-Mensch-Kontakt in der Pflege substituierende Robotik sind als Lösung nicht akzeptabel (Nass/Schneider 2021).

Die Rahmenbedingungen des Pflegenotstandes sind seit Jahren bekannt und die Auswirkungen sollten, spätestens seit der COVID-19-Pandemie, eine letzte Warnung sein. Denn das Gesundheits- und Pflegesystem steht kurz vor dem Kollaps und die Unzufriedenheit der Pflegenden ist hoch.

Die Pflegenden sollten nicht zuerst an Burn-out erkranken, im Sinne von Coolout »erkalten«, Pflegebedürftige nicht erst mangelhaft versorgt sein, um endlich den hohen Stellenwert des Berufs innerhalb der Gesellschaft anzuerkennen. Des-

halb sind die Politik, Träger von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und Verbände jetzt gefordert, die Pflege als ein attraktives Arbeitsfeld zu etablieren und mit Blick in die Zukunft für eine bedarfsgerechte qualitative und quantitative Personalausstattung und für verbesserte Arbeitsbedingungen Sorge zu tragen. (Riedel/Lehmeyer 2021).

Die Verantwortlichen müssen sich klar sein, welche Sanktionen z.B. bei Nichteinhaltung der Mindestpersonalvorgaben folgen. Es darf keine gesetzlichen Lücken geben, die es erlauben, dass Pflegepersonal von Stationen abgezogen wird, auf denen es keine Mindestpersonalvorgaben gibt (Bertelsmann Stiftung 2017).

Fazit

Abschließend kann resümiert werden, dass Strategien auf der Mikro- und Mesoebene den Pflegenden helfen können, mit dem Dilemma umzugehen. Selbstpflege, Zeitmanagement, eine arbeitnehmerfreundliche Pausengestaltung und Mitarbeiterfürsorge allein reichen aber nicht aus. Wichtig ist darüber hinaus ein Haltungswandel bei den Pflegenden, der durch Organisation und Politik gefördert werden muss. Die Pflegenden sollen befähigt und motiviert werden, die Ursachen des Dilemmas nach Kräften aktiv anzugehen, anstatt sich resigniert den Rahmenbedingungen anzupassen und sich so mit dem Dilemma zu arrangieren. Professionell Pflegende dürfen den alltäglichen Zwiespalt nicht akzeptieren, sondern sie müssen für ihr Verständnis von einer guten Pflege in der Öffentlichkeit aktiv und selbstbewusst eintreten. Die tagtägliche Verletzung der moralischen Integrität der professionell Pflegenden darf nicht länger unter dem Deckmantel des Schweigens und Aushaltens versteckt werden. Das moralische Belastungserleben, das durch das Dilemma verursacht wird, muss v.a. von den Verantwortlichen in der Politik und anderen gesellschaftlichen Akteuren im Bereich der Makroebene erkannt werden, und es müssen Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Das kann etwa mit finanziellen Investitionen in die Pflegepersonalausstattung und einer Anpassung der gesetzlichen Grundlagen in den unterschiedlichen Settings erreicht werden. Hier besteht zweifellos noch weiterer Forschungsbedarf, wie dem tragischen Dilemma vonseiten der Makroebene am besten entgegengewirkt werden kann, um so das hehre, aber unverzichtbare Ziel der guten Pflege zu erreichen. Zentrales gesellschaftliches Ziel muss aber eine Image-Aufwertung des Pflegeberufs sein. Auch da gibt es noch einiges zu erforschen und umzusetzen. Das Wohl von Gesellschaft, Organisationen, Pflegebedürftigen und Pflegenden hängt untrennbar zusammen. Nur, wenn das zentrale Dilemma überwunden wird, hat gute personale und damit einen am Menschen als Person orientierte Pflege eine Zukunft.

Literatur

Allgeier, Susanne/Fischer, Christian/Karl, Johanna Stefanie/Lannig, Martina/Rampp, Anita/Rievel, Tamara (2020): »Pandemien als Spiegel innerer persönlicher Zerrissenheit. Studentisches Thesenpapier zu einigen sozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie«. Siehe https://www.corona-ethik.de/artikel/pandemien-als-spiegel-innerer-persoenlicher-zerrissenheit/, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

Begerow, Anke/Gaidys, Uta (2022): »›Ich stehe jeden Dienst mit mir selbst im Konflikt‹ – ›Moral distress‹ bei Altenpflegenden während der COVID-19-Pandemie«, in: HeilberufeScience 13, S. 59–68. DOI: 10.1007/s16024-022-00366-2.

Bendig, Hanka (2017): » Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege«. Dresden: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Siehe https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser_Gesundheit_fuer_Pflegekraefte.pdf, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

Bertelsmann Stiftung (2017): »Pflegepersonal im Krankenhaus. Mehr Personal erhöht die Versorgungsqualität – Konkrete Vorgaben zum Stellenplan sind erforderlich«, in: Daten, Analysen, Perspektiven 6. Siehe https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-pflegepersonal-im-krankenhaus, zuletzt abgerufen am 17.04.2024.

Brunner, Dietmar (2014): »Methoden der Information, Kommunikation und Planung«. Norderstedt: BoD – Books on Demand.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021): »Pausen in der Pflege gut gestalten«. Siehe https://www.interaktionsarbeit.de/SharedDocs/Meldungen/DE/20210702-Pausen-in-der-Pflege.html, zuletzt abgerufen am 17.04.2024.

Bundesministerium der Justiz und Bundesamt für Justiz (2020): »Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)«. Siehe https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2021/Umsetzung_der_Verordnung_zur_Festlegung_von_Pflegepersonaluntergrenzen_in_pflegesensitiven_Bereichen_in_Krankenhaeusern_PpUGV_fuer_das_Jahr_2021, zuletzt abgerufen am 17.04.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2022): »Betriebliche Gesundheitsförderung«. Siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html, zuletzt abgerufen am 17.04.2024.

Bundesministerium der Justiz und Bundesamt für Justiz (2021): »Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG)«. Siehe https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf, zuletzt abgerufen am 17.4.2024.

Burkhardt, Birgit (2019): »Auszubildende zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Vom Umgang mit Idealismus im Pflegealltag«, in: Pflege Zeitschrift 72, S. 23–25.

Fähland, Martin (2014): »Überleben im Pflege-Dschungel. Selbstmanagement bei hoher Arbeitsbelastung«, in: Psychiatrische Pflege Heute 20(6), S. 326–328.

Grond, Erich (2014): »Pflege Demenzkranker. Impulse für eine wertschätzende Pflege«. Hannover: Kunz.

Höfert, Rolf (2009): »Von Fall zu Fall – Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A-Z«. Berlin: Springer.

ICN (2002): »Nursing Definitions«. Siehe https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions, zuletzt abgerufen am 17.4.2024.

ICN (2021): »Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen«. Siehe https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf, zuletzt abgerufen am 17.04.2024.

Kahla-Witzsch, Heike Anette/Platzer, Olga (2018): »Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden«. Stuttgart: Kohlhammer.

Lauxen, Oliver (2009): Moralische Probleme in der ambulanten Pflege – Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung«, in: Pflege 22, S. 421–430.

Litka, Anne-Maria/Weichert, Doreen (2019): »6.6 Die systemorientierte Theorie nach Bronfenbrenner«. Siehe https://studip.ehs-dresden.de/sendfile.php?type=0&file_id=c1fc10d12e20575dcf8ff844ad55177f&file_name=6.6_Die_systemorientierte_Theorie_nach_Bronfenbrenner.pdf, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

Nass, Elmar/Schneider, Michael (2021): »Maschinen mit Moral für eine gute Pflege der Zukunft«. In: Mario Pfannstiel (Hg.), Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen. Entwicklungen, Beispiele und Perspektiven. Berlin: Springer, S. 311–323.

Nass, Elmar/Schneider, Michael (2019): »Ethischer Pflegekompass für Deutschland. Orientierungen zur Zukunft guter informeller Langzeitpflege«, in: Stimme der Familie 5/19, S. 15–20.

Riedel, Annette/Lehmeyer, Sonja (2021): »Medizin und Ethik in der Pandemie. Ethische Herausforderungen für die Pflege in der Covid-19-Pandemie«, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Siehe https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/medizin-und-ethik-in-der-pandemie-2021/334627/ethische-herausforderungen-fuer-die-pflege-in-der-covid-19-pandemie, zuletzt abgerufen am 17.04.2024.

Sahmel, Karl-Heinz (2018): »Plädoyer gegen die Ökonomisierung der Pflege. Pflegenotstand – ist das Ende der Menschlichkeit erreicht?«, in: Pflegezeitschrift 71(6), S. 18–20.

Schrems, Berta (2017): »Moralischer Stress im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und empirische Erkenntnisse im Überblick«, in: Colombine Eisele (Hg.), Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas, S. 11–27.

Senghaas-Knobloch, Eva/Kumbruck, Christel (2008). »Zum Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis – Dilemmata in der modernen Dienstleistungsgesellschaft«, in: L'Homme. Europäische Zeitschrift für Feministische Geschichtswissenschaft 19(1), S. 15–37.

Steinbach, Anita (2011): »Die Selbstfürsorge- oder Selbstpflege-Defizit-Theorie der Krankenpflege von Dorothea Orem«, in: Anita Steinbach/Johann Donis (Hg.), Langzeitbetreuung Wachkoma. Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 163–169.

Woerness, Kari (2000): »Fürsorgerationalität. Zur Karriere eines Begriffes«, in: Feministische Studien (18)s1, S. 55–66. DOI: 10.1515/fs-2000-s106.

Zander, Britta/Köppen, Julia/Busse, Reinhard (2017): »Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive«, in: Jürgen Klauber/Max Geraedts/Jörg Friedrich/Jürgen Wasem (Hg.), Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 61–78.

Technologische Innovation und Palliativkultur

Verändert der Fortschritt die Fürsorge?

Maria Heckel, Natalie Öhl

Einleitung und Zielsetzung

Der vorliegende Beitrag skizziert mögliche Spannungsfelder zwischen Palliative-Care-Kultur und technologischer Innovation, hier vor allem der Digitalisierung. Er diskutiert mögliche Ansätze, wie sich die grundlegenden Prinzipien der Palliativversorgung mit neuen Technologien vereinbaren lassen und inwiefern beide Bereiche sich gegenseitig beeinflussen und transformieren.

Als Digitalisierung verstehen wir hier, entsprechend der Ausführungen von Busse et al. (2023), Modernisierung (»Digitization«) als technischen Prozess der Umwandlung analoger in digitale Daten und damit die grundlegende Digitalisierung bestehender Prozesse; Digitalisierung (»Digitalization«) im Sinne eines kulturellen und organisatorischen Wandels und der Integration von Technologien in den Versorgungsprozess zur Unterstützung der Zielerreichung im Gesundheitswesen; und die Digitale Transformation (»Digital Transformation«), die auf einen komplexen und vielschichtigen Veränderungsprozess verweist und grundlegende kulturelle Veränderungen mit sich bringt, um die es in diesem Artikel geht (Busse et al. 2023; Hummel et al. 2024; Iyamu et al. 2021).

Die mit der Digitalisierung einhergehenden Transformationsprozesse führen zu fundamentalen Veränderungen sowohl in der Gesellschaft als auch im Gesundheitswesen. Wir richten unseren Blick hier auf die Transformation der Palliative-Care-Kultur. In folgendem Zitat einer Person, die in der spezialisierten Palliativversorgung tätig ist und über den Kontakt zwischen professionellen Palliativversorgenden und Patient*innen spricht, wird deutlich, dass digitale Technologien Vorbehalte hervorrufen:

> »Also da muss man glaube ich extrem aufpassen, weil was glaube ich eine große Stärke von uns ist, ist dieser menschliche Kontakt, den wir haben. Und wenn wir

den quasi reduzieren durch mehr Technik, dann wäre das glaube ich schon ein großer Richtungswechsel, der in meinen Augen nicht positiv ist.«[1]

Theoretische Grundlagen

WHO-Definition Palliative Care

Palliative Care hat zum Ziel, Personen und deren soziales Umfeld zu unterstützen, die mit Problemen konfrontiert sind, die eine unheilbare, lebensbegrenzende Erkrankung mit sich bringen (WHO 2020; Sepúlveda et al. 2002). Leiden wird dabei entsprechend Cicely Saunders' Beschreibung als multidimensional, also physische, psychische, soziale und spirituelle Dimensionen umfassend, gesehen. Diesem »total pain« (Saunders 2001) wird mit einem »active total care«-Ansatz (WHO 2020) entsprochen, der ein multiprofessionelles Team erfordert und auf Leidenslinderung sowie Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität abzielt. Das multiprofessionelle Team ist verbunden durch eine gemeinsame Haltung, die geprägt ist durch einen ganzheitlichen, ressourcenorientierten Ansatz (siehe die Beiträge in Steffen-Bürgi et al. 2018).

Historische Entwicklung der Hospizbewegung und Palliative Care

Die Hospizversorgung und Palliativmedizin haben sich in Deutschland parallel als bürgerschaftlich getragene Bewegung und medizinische Fachdisziplin etabliert. Ihre Entwicklung wird in der Literatur als bewusste Alternative zur technologiezentrierten »Gerätemedizin« beschrieben, die das Nicht-Heilen-Können nicht als Scheitern interpretiert und das Sterben nicht ausklammert, sondern den schwerkranken und sterbenden Menschen in den Blick nimmt (Busse et al. 2023; WHO 2020; Sepúlveda et al. 2002). Diese bürgerschaftlichen, primären und spezialisierten Versorgungsstrukturen treffen nun auf eine neue Welle technologischer Innovationen, insbesondere im Kontext der Digitalisierung.

Pflegetheoretische Grundlagen

Dem Anspruch des ganzheitlichen Versorgungsansatzes und der Multidimensionalität des Leidens wird mit einer »radikalen Betroffenenorientierung« (Heller/Knipping 2018), die das soziale Umfeld als »unit of care« miteinbezieht, begegnet.

---

1 Zitat aus einem Interview im Rahmen eines Teilprojektes der TEAM-X Studie: Trusted Ecosystem of Applied Medical Data eXchange (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) – 68GX21004E).

Das soziale Umfeld nimmt dabei nicht nur eine Rolle in den Versorgungsstrukturen des Patienten oder der Patientin ein, sondern ist im Sinne von Veränderungen von Beziehungsgeflechten und Rollen auch selbst mit Problemen konfrontiert, die die Erkrankung mit sich bringen und hat darin begründete Bedürfnisse, aus denen sich Bedarfe ableiten (Marco et al. 2022). Eine patient*innenzentrierte Kommunikation wird dabei als entscheidend betrachtet (Venetis et al. 2009) und zeichnet sich durch Ehrlichkeit, die Fähigkeit, zuzuhören, sich Zeit zu nehmen, die Sprache des Patienten oder der Patientin zu sprechen, menschlich zu sein und einfühlsam zu agieren, aus (Masel et al. 2016). Mit den Grundprinzipien der patient*innenzentrierten Palliativversorgung korrespondieren zentrale Konzepte der humanistischen Pflegetheorie. Sie setzt eine Begegnung als Menschen zwischen pflegender Person und Patient*in voraus, was sich im Pflegehandeln durch Begegnung, Bezugnahme und Beisein umsetzt. Die einzigartige Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient*in (»being with and doing with«), authentische Präsenz und das Verständnis der Patient*innen als einzigartige Individuen werden dabei als zentral angesehen (Wu/Volker 2012; Paterson/Zderad 1988). Palliativpflegekräfte haben durch die enge Betreuung oftmals ein sehr besonderes, individuelles, umfassendes Wissen über Patient*innen und deren Zugehörige sowie deren Anliegen, Sorgen und Wünsche (Hagan et al. 2018). Im Rahmen dieser tragfähigen Beziehung kann eine ehrliche Auseinandersetzung mit Gefühlen gegenüber Sterben, Tod und Trauer erfolgen (Kränzle et al. 2019).

Palliativkultur – Professionelle Haltung und Organisationskultur

Die Palliativkultur basiert auf einer Haltung, die von empathischer Resonanz und »Zeugenschaft des Erlebens und Erleidens« geprägt ist. Diese Haltung bedeutet eine Anerkennung des Erlebten und ermöglicht durch ihre bedingungslose Akzeptanz Integritätserleben bei den Betroffenen (Heller/Knipping 2018). Zentral für diese Kultur ist ein Menschenbild, das Verletzlichkeit als wesentlichen Aspekt anerkennt und zu humanem Handeln und Würde aufruft sowie ganz im Sinne des postmodernen pflegewissenschaftlichen Diskurses den sozialen Beziehungsgefügen des Menschen Bedeutung beimisst (Staudacher 2021). Die Umsetzung dieser palliativen Haltung erfordert vom Einzelnen ausgeprägte Resonanzfähigkeit in Leidenssituationen (siehe Beiträge in Steffen-Bürgi et al. 2018) und ist dabei gleichzeitig auch an soziale Rahmenbedingungen gebunden. Sie manifestiert sich in der Haltung von Einzelpersonen sowie in der Orientierung innerhalb und zwischen Organisationen (Heller/Knipping 2018) und folgt dabei systemischem Denken der Organisationsentwicklung (Heimerl et al. 2018).

Aktuelle technologische Entwicklungen in der Palliativversorgung und -forschung

Digitale Technologien sind bereits integraler Bestandteil der Hospiz- und Palliativversorgung. Busse et al. (2023) zeigen beispielhaft Anwendungsbereiche wie mHealth-basiertes Symptommanagement, Videosprechstunden im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), elektronische Patient*innen-Akten in der ambulanten Palliativversorgung, aber auch Register wie das Nationale Hospiz- und Palliativregister (Busse et al. 2023). Eine qualitative Studie aus Deutschland zeigt ebenfalls eine stärkere Nutzung im ambulanten Bereich, da hier die Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanzen eine größere Rolle spielt. Die Hauptfunktionen liegen in der Koordination von Arbeitsprozessen, der Unterstützung patient*innenzentrierter Versorgung und der Kommunikation. Die Studie basiert auf 19 semi-strukturierten Interviews mit Gesundheitsfachkräften aus verschiedenen palliativen Versorgungssettings in Brandenburg und Berlin. Laut der Studie erfolgt die Digitalisierung sowohl zwischen Gesundheitsfachkräften untereinander als auch zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen sowie Angehörigen sowie zwischen verschiedenen Einrichtungen. Konventionelle Medien werden im Kontakt zwischen Patient*innen und Gesundheitsfachkräften häufiger genutzt (Telefon), Messaging-Dienste, Smartphones und Computer sowie Videokonferenzen zwischen Gesundheitsfachkräften; zwischen Institutionen waren aber auch Faxgeräte und Apps in Benutzung. Auch die elektronische Patient*innenakte findet Erwähnung. Zentrale Herausforderungen zeigen folgende Rahmenbedingungen: mangelnde Netzabdeckung besonders in ländlichen Gebieten, technische Probleme wie fehlende Schnittstellen zwischen Systemen, mangelnde technische Ausstattung bzw. veraltete Geräte, begrenzte digitale Kompetenzen sowohl bei Personal als auch Patient*innen. In einer australischen Studie von Mills et al. (2021), basierend auf Befragungen von Pflegekräften, Ärzt*innen und Therapeut*innen in diesem Bereich, zeigte sich, dass die Nutzung in der ambulanten Palliativversorgung stärker verbreitet war als in der stationären. Hauptsächlich genutzt werden klinische Informationssysteme, mobile Geräte, SMS, Telefonkonferenzen und WLAN. Hauptzwecke waren die Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistern, der Zugriff auf webbasierte Ressourcen und das Patient*innendatenmanagement.

Während Digitalisierung in den beiden vorher benannten Erhebungen eher enggefasst und auf Kommunikation bezogen wurde, zeigt eine internationale Delphi-Studie zu Prioritäten in der Forschung zu Digital Health in Palliative Care mit Expert*innen aus Klinik, Wissenschaft, Gesundheitsmanagement, therapeutischen Berufen und Seelsorgenden sowie Laien, die aus elf Ländern, hauptsächlich aber aus Großbritannien, stammten, Forschungsbedarf zu Big Data, mobile Geräte, Telemedizin, virtuelle Realität, Künstliche Intelligenz, intelligentes Zuhause, Biotechnologie und digitales Erbe. Die Empfehlungen der Öffentlichkeit betonten

dabei die Forderung von humanzentriertem Co-Design zur Entwicklung bedarfsgerechter Technologien und angemessener Prozesse zur Evaluation von Wirksamkeit, Effektivität und ethischen Fragen (Nwosu et al. 2022). In einer Studie zu Palliative Care als digitales Arbeitsfeld befasste sich ein Konsortium aus Palliativmedizin, Soziologie und Wirtschaftsinformatik mit Kooperations- und Kollaborationsprozessen einer Palliativstation und den Möglichkeiten digitaler Unterstützung der multiprofessionellen Zusammenarbeit (Grimminger et al. 2023; Wöhl et al. 2024). Sensor- und KI-basierte Erfassung von Vitalparametern durch sogenannte Smart Sensor Technologies, die ein kontinuierliches Monitoring von Gesundheitszustand, Symptombelastung und Prognose auch im Palliativbereich ermöglichen könnten, ist ein weiterer neuer Forschungsbereich in Palliative Care, der von sozialwissenschaftlicher Forschung zu ethischen, sozialen und juristischen Implikationen begleitet wird (Grießhammer et al. 2024; Schellenberger et al. 2023). Drei zentrale normative Anforderungen für den Einsatz von Smart Sensor Technologies wurden benannt:

1. Evidenzbasierung und Zweckmäßigkeit,
2. Autonomie und
3. Übereinstimmung mit dem Total-Care-Prinzip.

Die Analyse zeigt auch Grenzen und Risiken für die Palliativversorgung auf – etwa durch die Beschränkung auf quantifizierbare Daten, mögliche Auswirkungen auf menschliches Handeln und Autonomie sowie die Gefahr der Vernachlässigung bestimmter Aspekte des Total-Care-Prinzips (Ott et al. 2023).

Die Autorinnen des vorliegenden Beitrags entwickelten mit Kolleg*innen das CARE-HOUSE als konzeptionalisierendes Rahmenwerk sozialer Implikationen von Gesundheitstechnologien in der Palliativversorgung. Neben den Charakteristiken der Akteur*innen in Palliative Care, den Interaktionen, dem Rollenverständnis sowie den Aufgaben und Prozessen in der Versorgung umfasst es die fachlichen, organisatorischen, gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen. Der Zweck des CARE-HOUSE besteht darin, Wissenschaftler*innen ein Rahmenwerk bereitzustellen, das ihnen Anhaltspunkte dafür gibt, welche zentralen, die Pflegekultur prägenden Merkmale sie systematisch untersuchen können, um die komplexen und teils erst später auftretenden sozialen Auswirkungen spezifischer Technologien im Versorgungsalltag zu erfassen. Ebenso soll es dazu dienen, Forschungsfragen zu entwickeln, die den Palliative-Care-Versorgungskontext im Blick halten und um die Ergebnisse von Untersuchungen anhand dieses Kontextes zu interpretieren. Dabei werden die Grundsätze und Zielsetzungen der Palliativversorgung zugrunde gelegt, wenn es darum geht, positive, negative oder ungewisse Auswirkungen einzuschätzen (Öhl et al. 2023).

Spannungsfelder

Die Hospiz- und Palliativversorgung findet in einer existentiell bedrohlichen, komplexen Situation statt. Alle Beteiligten – Patient*innen, deren soziales Umfeld und die professionell Versorgenden – stehen vor der besonderen Herausforderung, dass jede Interaktion die letzte sein könnte. In dieser Phase verdichten sich biografische Fragen, spirituelle Bedürfnisse und soziale Beziehungen zu einer einzigartigen Situation. Dies schafft eine besondere Verantwortung und lässt ethische und soziale Herausforderungen besonders deutlich hervortreten. Gleichzeitig sind vor allem die professionell Versorgenden täglich mit dem Sterben konfrontiert. Sie müssen einen professionellen Umgang mit der Konfrontation mit Sterben und Tod entwickeln, während die menschliche Anteilnahme wesentlich für ihr Versorgungshandeln ist (Kurkowski/Heckel 2021). Drei Spannungsfelder sollen im Folgenden genauer, wenn auch ohne Anspruch auf Vollständigkeit, betrachtet werden.

Effizienz vs. Menschlichkeit

Während einige Potenziale in der Verbesserung der Versorgung gesehen werden, wie vereinfachte Kommunikationswege, Dokumentationserleichterung und Überbrückung von Zeit und Ort (Busse et al. 2023; May 2022), gibt es gleichzeitig die immer wiederkehrende Forderung, menschliche Zuwendungen nicht zu ersetzen (Ott et al. 2023). Dies erscheint nur allzu nachvollziehbar, da die menschliche Zuwendung eine große Rolle in der Palliative-Care-Kultur spielt. Direkt im Zusammenhang steht dies auch mit der Frage, eine höhere Effizienz nicht auf Kosten der persönlichen Betreuungszeit zu erreichen, sondern gewonnene Zeit und Ressourcen stattdessen für Zeit mit den Patient*innen einzusetzen.

Datenbasierung vs. Erfahrungswissen

Ein weiteres Spannungsfeld erstreckt sich zwischen der Befürchtung, eine Vermehrung von verfügbaren Daten könne statt zu einer verbesserten Versorgung womöglich auch zu Unsicherheit und großem Zeitaufwand bei der Interpretation und der damit einhergehenden Kommunikation (Tretter et al. 2024) führen, was wiederum der Versorgungsqualität abträglich sein könnte. Traditionelle Kompetenzen der Versorgung könnten weniger Gewicht und Stellenwert haben oder in Konkurrenz treten zur vermeintlich objektiven Aussage der Daten (Weisser et al. 2024a). Dies gilt sowohl für Patient*innen, wenn ihre Selbstauskunft mit einem Datensatz konkurriert, als auch für versorgende Angehörige und Fachkräfte, die ihre erfahrungsangereicherte Intuition und ihr Fachwissen durch Daten infrage gestellt sehen könnten.

Technische Integration vs. Praxistauglichkeit

Die verschiedensten Formen der Digitalisierung betrachtend, erscheint es recht wahrscheinlich, dass spezifische digitale Kompetenzen je digitaler Anwendung erforderlich sein werden (Hammarén et al. 2024). Widerstand gegenüber digitaler Transformation kann auch dadurch entstehen, dass Erfahrungen zu nicht reibungslos verlaufender Digitalisierung vorliegen. Digitalisierung der Patient*innenakten, die bspw. nicht die Anforderungen der Palliativversorgung berücksichtigen, oder fehlende strukturelle Gegebenheiten wie mangelhafte Internetanbindung in manchen Regionen wären hier zu nennen. Mitarbeitende der Palliativversorgung sehen meist das mitfühlende Dasein in der Patient*innenbegleitung als ihre vorrangige Aufgabe und sind weniger auf Prozessoptimierungen fokussiert.

Lösungsansätze

Die zunehmende Digitalisierung wird auch die Palliativversorgung prägen und erfordert eine konstruktive Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Die Herausforderung besteht darin, die Digitalisierung so zu gestalten, dass sie die Grundsätze und Zielsetzungen der Palliativversorgung unterstützt statt untergräbt und gleichzeitig die Potenziale, die Digitalisierung bietet, genutzt werden können.

Die Integration digitaler Technologien in die Palliativversorgung erfordert ein differenzierteres Verständnis dessen, was sie als »das Zwischenmenschliche« zu bewahren sucht. Die bisher oft pauschale Sorge um den Verlust zwischenmenschlicher Qualitäten durch Digitalisierung muss einer präzisen Analyse weichen: Was genau macht in spezifischen Versorgungssituationen die Qualität der Begegnung aus? Diese Grundsatzfragen können nicht erst bei der Implementierung fertiger digitaler Lösungen gestellt werden. Stattdessen bedarf es systematischer wissenschaftlicher Untersuchungen, die bereits im Vorfeld analysieren, wie sich zwischenmenschliche Interaktionen in verschiedenen palliativen Versorgungskontexten gestalten. Solche Forschung muss methodisch robust angelegt sein und sowohl qualitative als auch quantitative Zugänge nutzen. Ethnographische Studien können Einblicke in die Mikroebene der Interaktionen geben, während systemische Analysen gesellschaftliche, fachliche, organisationale und strukturelle Rahmenbedingungen erfassen. Sozialwissenschaftliche Forschung kann hier ihren Beitrag leisten; nicht nur begleitend, sondern als integraler Bestandteil von Technologieentwicklungen, um die genannten Spannungsfelder aus den Perspektiven aller Beteiligten zu untersuchen und konkrete Maßnahmen zu identifizieren, um diese Spannungsfelder angemessen zu adressieren (Weisser et al. 2024b).

Erst auf Basis solcher grundlegenden Erkenntnisse können digitale Anwendungen entwickelt werden, die einen tatsächlichen Mehrwert für die Versorgung bieten. Dies erfordert einen paradigmatischen Wandel: weg von der nachträglichen Anpassung vorhandener Technologien hin zu einer wissenschaftlich fundierten, bedarfsorientierten Entwicklung. Eine bedarfsorientierte Technologieentwicklung, die aus dem klinischen Alltag konkrete Probleme definiert, hat mehr Potenzial, die Pflegekultur aktiv mitzugestalten. Auch ein kritischer Diskurs und Aufklärung in der Öffentlichkeit sind erforderlich und bspw. durch offene Dialogformate wie ELSI-Cafés möglich (Öhl et al. 2024). In einer Gruppendiskussion schlug eine Person, die in der Palliativversorgung arbeitet, vor:

> »Was ich mir wünschen würde wäre, dass die Ingenieure, die daran arbeiten, auch Wissen über den Sterbeprozess haben, also, dass sie einfach sozusagen auf der menschlichen Ebene Kontakt zu sterbenden Menschen hatten. Also was weiß ich, Praktika auf der Palliativstation, im Hospiz, wo auch immer machen, damit die einfach so ein bisschen das Gespür dafür kriegen, was ist eigentlich zuhause, auf so einer Station los, wo ich meine Technik für konstruiere und designe?«[2]

Um nicht mit unangepassten digitalen Technologien konfrontiert zu werden, die keine »empathische Resonanz« und »Zeugenschaft des Erlebens und Erleidens« behindern, statt sie zu befördern, ist eine frühe partizipative Entwicklung unter Einbezug von Patient*innen und Angehörigen, Pflegepersonal und Palliativexpert*innen notwendig. Besonders wichtig ist dabei die Berücksichtigung des ganzheitlichen Versorgungsansatzes und der »radikalen Betroffenenorientierung«. Digitale Lösungen müssen daher das soziale Umfeld als »unit of care« einbeziehen und die Vulnerabilität der Betroffenen respektieren. Dies bedeutet auch zu berücksichtigen, dass womöglich ein Großteil der Patient*innen digitale Technologien nicht nutzen können. Stellvertreterlösungen müssen als reguläre Option, nicht als Ausnahmelösung entwickelt werden. So stellte ein Interviewpartner beispielsweise fest:

> »Also, es waren wirklich zig Patienten, die wir versorgen, die haben kein Handy, die haben keinen Laptop. Die sind 85. Die haben das überhaupt nicht, geschweige denn, dass sie damit umgehen können. Und die, die es haben, weil sie bisschen jünger sind, sind häufig in einem Zustand, dass sie das WIRKLICH nicht mehr bedienen können. Also ich glaube es gäbe viele Möglichkeiten einen Schritt vorher,

2 Aussage einer in der Palliativversorgung tätigen Fachperson im Rahmen der ELSI-Erhebungen in EmpkinS (DFG-SFB 1483 – Project-ID 442419336).

aber in der SAPV habe ich so das Gefühl, ist dann vieles auch limitiert durch den Zustand«[3]

Dennoch bringen Stellvertreterlösungen neue Herausforderungen und können zu Interessenkonflikten führen, etwa wenn Angehörige unterschiedliche Ansichten über die beste Vorgehensweise haben oder ihre Einschätzung von den dokumentierten Wünschen der Patient*innen abweicht. Zudem können sich Patient*innen durch die digitale Überwachung in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen, besonders wenn mehrere Personen Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten haben.

Die Implementierung einer Technologie in die Versorgungspraxis sollte kontinuierlich begleitet und evaluiert werden, um zu überprüfen, ob die Prinzipien der Palliativversorgung eingehalten werden. Die organisationalen Veränderungen sollten dabei die palliative Haltung und Kultur berücksichtigen. Digitalisierung sollte stets im Dienst der humanistischen Pflegetheorie stehen und nicht zum Selbstzweck werden. Sie sollte die »einzigartige Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient*in« unterstützen und Raum für authentische Begegnungen lassen. Pflegekulturelle Veränderungen und die Weiterentwicklung digitaler Gesundheitstechnologien gehen im besten Fall wechselseitig aufeinander ein.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege. Berlin. Siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 03.02.2025.

Busse, Theresa Sophie/Burner-Fritsch, Isabel/Deckers, Merlin/Münte, Catharina/Mühlensiepen, Felix/Peuckmann-Post, Vera/Giehl, Chantal und im Namen der Arbeitsgruppe Digitalisierung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2023): »Digitalisierung in der Palliativversorgung – Chancen und Herausforderungen: Bericht zum veröffentlichten Positionspapier der AG Digitalisierung«, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 24(5), S. 226–228. DOI: 10.1055/a-2123-6770.

Grießhammer, Stefan G./Malessa, Anke/Lu, Hui/Yip, Julia/Leuschner, Julie/Christgau, Florian/Albrecht, Nils C./Oesten, Marie/Tran, Thanh Truc/Richer, Robert/Heckel, Maria/Eskofier, Bjoern M./Koelpin, Alexander/Steigleder, Tobias/Ostgathe, Christoph (2024): »Contactless radar-based heart rate estimation in palliative care – A feasibility study and possible use in symptom

3 Zitat aus einem Interview im Rahmen eines Teilprojektes der TEAM-X Studie: Trusted Ecosystem of Applied Medical Data eXchange (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) – 68GX21004E).

management«, in: BMC Palliative Care 23(1), S. 273. DOI: 10.1186/s12904-024-01592-3.

Grimminger, Sandra/Heckel, Maria/Markgraf, Moritz/Peuten, Sarah/Wöhl, Moritz/Gimpel, Henner/Klein, Carsten/Ostgathe, Christoph/Steigleder, Tobias/Schneider, Werner (2023): »Palliative care as a digital working world (PALLADiUM) – Aa mixed-method research protocol«, in: BMC Palliative Care 22(1), S. 102. DOI: 10.1186/s12904-023-01173-w.

Hagan, Teresa L./Xu, Jiayun/Lopez, Ruth P./Bressler, Toby (2018): »Nursing's role in leading palliative care: A call to action«, in: Education Today 61, S. 216–219. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.11.037.

Hammarén, Mira/Pölkki, Tarja/Kanste, Outi (2024): »The management of digital competence sharing in health care: A qualitative study of managers' and professionals' views«, in: Journal of Advanced Nursing 80(5), S. 205120–64. DOI: 10.1111/jan.15963.

Heimerl, Katharina/Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Reitinger, Elisabeth/Wegleitner, Klaus (2018): » Hospiz und Palliative Care als Kulturentwicklung – ein Überblick », in: Barbara Steffen-Bürgi/Erika Schärer-Santschi/Diana Staudacher/Settimio Monteverde (Hg.), Lehrbuch Palliative Care. Göttingen: Hogrefe, S. 60–69.

Heller, Andreas/Knipping, Cornelia (2018): »Palliative Care – Haltungen und Orientierungen«, in: Barbara Steffen-Bürgi/Erika Schärer-Santschi/Diana Staudacher/Settimio Monteverde (Hg.), Lehrbuch Palliative Care. Göttingen: Hogrefe, S. 50–58.

Hummel, Patrik/Braun, Matthias/Bischoff, Serena/Samhammer, David/Seitz, Katharina/Fasching, Peter A./Dabrock, Peter (2024): »Perspectives of patients and clinicians on Big Data and AI in health: A comparative empirical investigation«, in: AI & Society 39(6), S: 2973–2987. DOI: 10.1007/s00146-023-01825-8.

Iyamu, Ihoghosa/Xu, Alice X.T./Gómez-Ramírez, Oralia/Ablona, Aidan/Chang, Hsiu-Ju/Mckee, Geoff/Gilbert, Mark (2021): »Defining digital public health and the role of digitization, digitalization, and digital transformation: Scoping review«, in: JMIR Public Health and Surveillance 7(11), S. e30399. DOI: 10.2196/30399.

Kränzle, Susanne/Hermann, Inger/Zeller, Dagmar/Göth, Martin (2010): »Begegnung mit Sterbenden«, in: Susanne Kränzle/Ulrike Schmid/Christa Seeger (Hg.), Palliative Care. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 101–129. DOI: 10.1007/978-3-642-01325-6_8.

Kurkowski, Sandra/Heckel, Maria (2021): »›Das könnte ich nicht‹ – Abjekte in der Hospiz- und Palliativversorgung«, in: cultura & psyché 2(1), S. 99–107. DOI: 10.1007/s43638-021-00023-x.

Marco, David John-Tom/Thomas, Kristina/Ivynian, Serra/Wilding, Helen/Parker, Deborah/Tieman, Jennifer/Hudson, Peter (2022): »Family carer needs in ad-

vanced disease: Systematic review of reviews«, in: BMJ Supportive & Palliative Care 12(2): S. 132–141. DOI: 10.1136/bmjspcare-2021-003299.

Masel, Eva K./Kitta, Anna/Huber, Patrick/Rumpold, Tamara/Unseld, Matthias/Schur, Sophie/Porpaczy, Edit/Watzke, Herbert H. (2016): »What makes a good palliative care physician? A qualitative study about the patient's expectations and needs when being admitted to a palliative care unit«, in: PLOS One 11(7), S. e0158830. DOI: 10.1371/journal.pone.0158830.

May, Susann/Bruch, Dunja/Gehlhaar, Anne/Linderkamp, Felizitas/Stahlhut, Kerstin/Heinze, Martin/Allsop, Matthew/Muehlensiepen, Felix (2022): »Digital technologies in routine palliative care delivery: An exploratory qualitative study with health care professionals in Germany«, in: BMC Health Services Research 22(1), S. 1516. DOI: 10.1186/s12913-022-08802-9.

Mills, Jason/Fox, Jennifer/Damarell, Raechel/Tieman, Jennifer/Yates, Patsy (2021): »Palliative care providers' use of digital health and perspectives on technological innovation: A national study«, in: BMC Palliative Care 20(1), S. 124. DOI: 10.1186/s12904-021-00822-2.

Nwosu, Amara Callistus/McGlinchey, Tamsin/Sanders, Justin/Stanley, Sarah/Palfrey, Jennifer/Lubbers, Patrick/Chapman, Laura/Finucane, Anne/Mason, Stephen (2022): »Identification of digital health priorities for palliative care research: Modified Delphi study«, in: JMIR Aging 5(1), S. e32075. DOI: 10.2196/32075.

Öhl, Natalie/Ostgathe, Christoph/Steigleder, Tobias/Klinger, Isabell/Weisser, Alina/Heckel, Maria (2023): »Social implications of technology applications in palliative care – Development of a conceptual framework«. 19th World Congress of the EAPC, Rotterdam, The Netherlands. DOI: 10.1177/02692163231172891

Öhl, Natalie/Weisser, Alina/Ott, Tabea/Grießhammer, Stefan/Yip, Julia/Klinger, Isabell/Kölpin, Alexander/Miehling, Jörg/Bräuning, Johanna/Dabrock, Peter/Steigleder, Tobias/Ostgathe, Christoph/Heckel, Maria (2024): »Mit Bürgerinnen und Bürgern über Forschung und technische Innovationen in der Palliativversorgung ins Gespräch kommen – Pilotierung eines ELSI-Cafés«, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 25(05): S. e4. DOI: 10.1055/s-0044-1788353.

Ott, Tabea/Heckel, Maria/Öhl, Natalie/Steigleder, Tobias/Albrecht, Nils C./Ostgathe, Christoph/Dabrock, Peter (2023): »Palliative care and new technologies. The use of smart sensor technologies and its impact on the total care principle«, in: BMC Palliative Care 22(1), S. 50. DOI: 10.1186/s12904-023-01174-9.

Paterson, Josephine G./Zderad, Loretta T. (1988). »Humanistic nursing«. Createspace Independent Publishing Platform.

Saunders, Cicely (2001): »The evolution of palliative care«. Journal of the Royal Society of Medicine 94(9), S. 430–432. DOI: 10.1177/014107680109400904.

Schellenberger, Sven/Shi, Kilin/Steigleder, Tobias/Malessa, Anke/Michler, Fabian/Hameyer, Laura/Neumann, Nina/Lurz, Fabia/Weigel, Robert/Ostgathe,

Christoph/Koelpin, Alexander (2020): »A dataset of clinically recorded radar vital signs with synchronised reference sensor signals«, in: Scientific Data 7(1), S. 291. DOI: 10.1038/s41597-020-00629-5.

Sepúlveda, Cecilia/Marlin, Amanda/Yoshida, Tokuo/Ullrich, Andreas (2002): »Palliative care: The World Health Organization's global perspective«, in: Journal of Pain and Symptom Management 24(2), S. 91–96. DOI: 10.1016/S0885-3924(02)00440-2.

Staudacher Diana (2021): »Postmoderne«, in: Hermann Brandenburg/Stephan Dorschner (Hg.), Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Hogrefe, S. 143–159.

Steffen-Bürgi, Barbara/Schärer-Santschi, Erika/Staudacher, Diana/Monteverde, Settimio (Hg.) (2018): »Lehrbuch Palliative Care«. Göttingen: Hogrefe. DOI: 10.1024/85354-000.

Tretter, Max/Samhammer, David/Dabrock, Peter (2024): »Künstliche Intelligenz in der Medizin: Von Entlastungen und neuen Anforderungen im ärztlichen Handeln«, in: Ethik in der Medizin 36(1), S. 7–29. DOI: 10.1007/s00481-023-00789-z.

Venetis, Maria K./Robinson, Jeffrey D./LaPlant Turkiewicz, Katie/Allen, Mike (2009): »An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients«, in: Patient Education and Counseling 77(3), S. 379–383. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.015.

Weisser, Alina/Öhl, Natalie/Steigleder, Tobias/Heckel, Maria/Ostgathe, Christoph/Simon, Martina/Schmitt-Rüth, Stephanie (2024b): »Soziale und ethische Implikationen neuer Technologien in der Palliativversorgung: Kriterien für eine personenzentrierte Methodenwahl«, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 25(05), S. e79. DOI: 10.1055/s-0044-1788537.

Weisser, Alina/Öhl, Natalie/Zakreuskaya, Anastasiya/Nissen, Michael/Ostgathe, Christoph/Steigleder, Tobias/Eskofier, Bjoern M./Heckel, Maria (2024a): »GAIA X would be used for data exchange in palliatve care if personal contacts are maintained«, 13th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Barcelona, Spain. DOI: 10.1177/02692163241242338.

WHO (2020): »Palliative care«. Siehe https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care, zuletzt abgerufen am 24.11.2024.

Wöhl, Moritz/Gimpel, Henner/Meindl, Oliver/Ostgathe, Christoph/Peuten, Sarah/Schneider, Werner/Steigleder, Tobias (2024): »Boosting multi-professional collaboration in palliative care through digital technologies: An action design research study«, in: Business & Information Systems Engineering, online first. DOI: 10.1007/s12599-024-00897-0.

Wu, Hung-Lan/Volker, Deborah L. (2012): »Humanistic nursing theory: Application to hospice and palliative care«, in: Journal of Advanced Nursing 68(2), S. 471–479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x.

Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung

Chancen, Herausforderungen und Zukunftsaussichten

Christian Heidl, Ines Simbrig, Gerhard Müller

Zusammenfassung

Die Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheits- und Pflegeversorgung stellt in Deutschland und Österreich eine der zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte dar, unter anderem, da die Anzahl der Pflegebedürftigen sich in beiden Ländern mehr als verdoppeln wird. So wird auch der Bedarf an stationärer und ambulanter Versorgung stetig zunehmen, der sich bereits gegenwärtig als sogenannter Pflegenotstand manifestiert, der vor allem durch das Fehlen von Pflegefachpersonen (DE) sowie diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (AT) gekennzeichnet ist. Um einerseits dem demografischen Wandel bzw. dem steigenden Pflegebedarf und andererseits dem Mangel an Pflegepersonen lösungsorientiert entgegenzutreten, spielt die Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung eine immer größere Rolle, da sie zu Zeitersparnissen, weniger Schnittstellenproblemen und mehr Informations- und Kommunikationskontinuität führen kann. Seitens der Politik sind dazu strategische Initiativen zu verzeichnen, die auf Bundesebene in Deutschland u.a. die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) und den 8. Altersbericht zum Thema ältere Menschen und Digitalisierung umfassen. Insgesamt wird jedoch aus politischer, gesellschaftlicher, aber auch wissenschaftlicher Sicht anerkannt, dass Digitalisierung nicht nur viele Chancen bietet, sondern gleichzeitig verschiedene Risiken und Herausforderungen ihren Einsatz in der Gesundheits- und Pflegeversorgung bestimmen.

Wenn von Digitalisierung gesprochen wird, sind heute Begrifflichkeiten wie Künstliche Intelligenz (KI), *Big Data*, maschinelles Lernen oder *Internet of Things* eingeschlossen. Beispiele für in der Gesundheits- und Pflegeversorgung bereits recht häufig angewendete Technologien sind digitale und sprachgesteuerte Dokumentationsmöglichkeiten oder smarte Technologien, wie sensorbestückte Fußmatten zur Anzeige von Stürzen oder Systeme zur Positionsüberwachung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Die Digitalisierung soll sowohl Pflegebedürftige

als auch Pflegende gezielt unterstützen und den Pflegealltag erleichtern, beispielsweise durch App-gestützte Kommunikation oder intelligente, selbstlagernde Pflegebetten.

Prospektiv könnte die Umsetzung einer digitalen Gesundheits- und Pflegekultur beispielsweise über Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung erfolgen, inklusive wissenschaftlichem *Future Lab*, in dem Innovationen für eine zukunftsgerichtete Gesundheits- und Pflegeversorgung entwickelt werden. Unter anderem wäre es so möglich, Ideen aus Wirtschaft und Industrie aufzugreifen, und den wissenschaftlichen, aber auch praxisorientierten Dialog zwischen den Disziplinen zu führen. Ziel wäre es, allen Bürger*innen einen Raum zu bieten, in dem passende Lösungen für jede*n Einzelne*n für verschiedene Situationen und über die Zeit hinweg entwickelt werden. Eine solche Längsschnittversorgung mithilfe von Digitalisierung könnte sowohl das Wohnen im eigenen Zuhause als auch im stationären Setting unterstützen und somit eine hochwertige vernetzte Versorgungsqualität erzielen.

Einleitung

Sowohl Deutschland als auch Österreich stehen in den kommenden Jahrzehnten vor der Herausforderung, eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung für alle zu gewährleisten. 2023 waren nahezu 5,7 Millionen Menschen in Deutschland nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI pflegebedürftig (Destatis 2024). Bis zum Jahr 2070 wird die Anzahl voraussichtlich um mehr als das Doppelte ansteigen (Destatis 2025). In Österreich liegt die Anzahl an Pflegebedürftigen, die von professionell Pflegenden betreut werden, derzeit bei ca. 250.000 Personen, für das Jahr 2050 wird mit einem Anstieg auf ca. 650.000 Menschen gerechnet (Statista 2025). Gleichzeitig stehen die Gesundheitssysteme vor der Aufgabe, dem steigenden Bedarf mit begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen zu begegnen (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Schon heute fehlen sowohl professionelle Fachkräfte als auch An- und Zugehörige, die Betreuungsarbeiten übernehmen oder koordinativ unterstützend wirken. In Zahlen ausgedrückt gibt es laut einer Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft eine Lücke von zehntausenden Pflegefachkräften, die sich sehr wahrscheinlich in den nächsten Jahren noch weiter vergrößern wird (Seyda et al. 2021). Die beschriebenen Entwicklungen erfordern sowohl eine strategische personelle als auch strukturelle Neuausrichtung der Gesundheits- und Pflegeversorgung, die insbesondere die Digitalisierung als Schlüsselkomponente umfasst. Dabei sollen digitale Technologien und Systeme vor allem dazu beitragen, Arbeitsprozesse effizienter zu gestalten, Pflegefachkräfte zu entlasten und die Versorgungsqualität zu verbessern (Schulz/Meyer 2020). Der vermehrte Einsatz digitaler Technologien muss allerdings neben herkömmlichen

Maßnahmen wie der Erhöhung der Anzahl an Ausbildungsplätzen oder besseren Arbeitsbedingungen, die bisher noch nicht zufriedenstellend umgesetzt werden, erfolgen. Insbesondere die Nutzung von KI, *Big Data*, Robotik und Telemedizin eröffnet neue Möglichkeiten für eine zukunftsorientierte Pflegeversorgung (Paulicke et al. 2024). Die erfolgreiche Integration und Implementierung solcher Technologien hängt jedoch von Faktoren wie der technischen Machbarkeit, der Schulung des Personals sowie der Akzeptanz bei Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen ab (Klemm/Preutenborbeck 2023). Sie erfordert daher gezielte Strategien zur Einführung sowie zur Akzeptanzförderung bei den Nutzenden.

Dieser Beitrag analysiert die aktuellen Chancen, Herausforderungen und Zukunftsaussichten der Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowie insgesamt für alternde Gesellschaften. Dabei wird als möglicher Ansatz, der die Chancen aufgreift und Lösungsmöglichkeiten für die aufgezeigten Herausforderungen bietet, der Aufbau von Kompetenzzentren für KI in der Gesundheits- und Pflegeversorgung liegen. Deren Ansiedlung könnte beispielsweise in Österreich auf Ebene der Bundesländer, in Deutschland evtl. auf Ebene der Landkreise erfolgen. Solche Kompetenzzentren könnten zunächst im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts entwickelt und im Anschluss in die Gesundheits- und Sozialsysteme überführt werden. Ihr Ziel wäre es, die Gesundheits- und Pflegeversorgung gesamtgesellschaftlich zu stärken, d.h. eine neue Pflegekultur der Digitalisierung zu etablieren, die den Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft gerecht wird. Solche Kompetenzzentren benötigen sowohl Organisationen als auch Expert*innen, die diese komplexe Thematik Betroffenen, An- und Zugehörigen sowie gesamtgesellschaftlich vermitteln und ausreichend Informationen zur Verfügung stellen.

Chancen der Digitalisierung und ihre Anwendung in der Pflegepraxis

Die fortschreitende Digitalisierung verändert die Gesundheits- und Pflegeversorgung zunehmend und bietet vielfältige Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Qualität. Sie betrifft sowohl die institutionellen Strukturen und Abläufe von Organisationen als auch die direkte Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Innovative Technologien, die mehr und mehr auch Datenverarbeitung und -generierung nutzen, die der KI zugeschrieben werden, tragen dazu bei, Arbeitsprozesse zu optimieren, Pflegepersonal zu entlasten und eine patient*innenzentrierte Versorgung sicherzustellen (Wolf-Ostermann/Rothgang 2024). Die Integration digitaler Technologien in die Pflegepraxis erfordert jedoch eine gezielte Implementierungsstrategie, die technische Innovationen, aber auch eine Organisations- und Pflegekultur für Digitalisierung mit Anwendungsanforderungen aus der Praxis verbindet. Nur durch eine systematische Einführung und Anpassung digitaler Systeme kann deren volles Potenzial ausgeschöpft und die Versorgung

nachhaltig verbessert werden. Des Weiteren sind neben den technischen Adaptierungen in der Infrastruktur von Organisationen auch gezielte Schulungsmaßnahmen und eine Kompetenzentwicklung für Pflegefachpersonen sowie diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen notwendig (Neumann/Huber 2023). Die Digitalisierung umfasst nicht nur Geräte und deren Anwendungen, sondern auch vielfältige organisatorische und strukturelle Maßnahmen auf Makro-, Meso- und Mikroebene der Gesundheitssysteme. Im Folgenden sollen diese Ebenen näher betrachtet werden.

Makroebene: Nationale Strategien und regionale Initiativen

Maßnahmen wie die Konzertierte Aktion Pflege (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2025) in Deutschland oder das Fachgebiet Digitalisierung und Dateninfrastrukturen der Gesundheit Österreich GmbH (Gesundheit Österreich 2025) liegen als zentrale politische Rahmenbedingungen einer Förderung der Digitalisierung im Pflegebereich zugrunde. Auch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG), das in Deutschland vom Bundesgesundheitsministerium 2021 erlassen wurde, soll die Verwendung digitaler Technologien in der Gesundheits- und Pflegeversorgung stärken. Verschiedene infrastrukturelle, gesetzliche, organisatorische und finanzielle Maßnahmen und Regelungen wurden dazu definiert. Insgesamt sollen diese dazu beitragen, dass sowohl die Einführung technologischer Lösungen, aber auch der Zugang insgesamt zu einer hochwertigen Gesundheits- und Pflegeversorgung erleichtert wird, während parallel dazu der administrative Aufwand reduziert wird (BMFSFJ 2019; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Österreich 2020). Es soll hier jedoch auch aufgezeigt werden, dass eine kürzlich erfolgte Analyse verschiedener sozialpolitischer Dokumente in Deutschland verdeutlicht, dass de facto viele Rahmenbedingungen, die eine technische Unterstützung von zuhause lebenden älteren Menschen sicherstellen würden, von staatlicher Seite immer noch nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden (Werny et al. 2024). Insbesondere wird beschrieben, dass trotz der Betonung gesamtgesellschaftlicher Herausforderungen durch die Bevölkerungsalterung von sozialpolitischer Seite nur wenige substanzielle Investitionen im Bereich Digitalisierung und Alter erfolgen und Lösungen der Versorgung eher an Individuen und ihre Familien oder privaten Sorgenetzwerke delegiert werden.

Umso wichtiger sind daher auf der Makroebene auch die Aktivitäten zivilgesellschaftlicher Organisationen wie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen in Deutschland, die sich für Qualität in der Pflege, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen (BAGSO), aber auch die digitalen Kompetenzen älterer Personen (DigitalPakt Altern) einsetzt und unter anderem darauf hinarbeitet,

dass gesellschaftliche Notwendigkeiten in diesen Bereichen tatsächlich umgesetzt werden.

Auch auf regionaler Ebene werden bereits verschiedene konkrete Maßnahmen umgesetzt, wie das *Ambient Assisted Living* (AAL) Kompetenznetzwerk, das aus einem Forschungsprojekt der Universität Innsbruck entwickelt wurde. Es baut auf Erfahrungen in der Testregion West-AAL sowie weiteren EU-geförderten Projekten auf, die der angewandten Forschung zugerechnet werden können. Der Anspruch des Netzwerks ist es, Digitalisierung und KI in der Gesundheits- und Pflegeversorgung voranzubringen, indem Informationen zur Verfügung gestellt und die Vernetzung zwischen Stakeholdern intensiviert wird (AAL-Competence Network 2025). Auch in Deutschland gibt es Projekte wie die Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) in Sachsen-Anhalt und den angrenzenden Bundesländern Sachsen und Thüringen. In dieser Region liegt das Durchschnittsalter der Einwohner*innen deutlich höher als in anderen Teilen Europas. Für die maßgeblichen Herausforderungen, die damit auf die Menschen, aber auch die lokale Gesundheits- und Pflegeversorgung zukommen, werden daher im Projekt innovative, aber auch realistisch umsetzbare Versorgungslösungen entwickelt und erprobt, die ein vielversprechendes Übertragbarkeitspotenzial auf andere Regionen bieten (TDG 2025). Im Rahmen des Projekts Agil Leben im Alter (ALIA) wird hingegen eine generationenübergreifende, ins Dorf eingebundene Wohnlösung inklusive Unterstützungs- und Pflegeangeboten entwickelt. Hierbei stehen Lebensqualität und positive Alter(n)sbilder im Vordergrund. Gelingen soll dies einerseits mittels einer architektonischen Neugestaltung eines ganzen Areals sowie dem Zusammenwirken verschiedener Beteiligter wie Pflegediensten, Ärzt*innen, Nachbar*innen, Freund*innen, Familien und pflegenden Angehörigen. Des Weiteren sollen Strukturen und neue Arbeits-, Organisations- und Kooperationsformen mit unterschiedlichen Trägern von Pflegeeinrichtungen entwickelt werden. Weitere Aspekte, die ein gutes und gelingendes Altern zuhause und soziale Teilhabe in der Gemeinde ermöglichen sollen, sind die Unterstützung durch eine sorgende Gemeinde bei Bildungsangeboten, die Nutzung digitaler Technologien oder die Integration ausländischer Pflegepersonen. Anhand dieses innovativen und interdisziplinären Konzeptes soll die Gesundheits- und Pflegeversorgung von morgen qualitativ bestmöglich umgesetzt werden (ALIA 2025).

Mesoebene: Smarte Technologien aus Organisationsperspektive

Auf der Mesoebene stehen die Wirkungen technologischer Innovationen im Vordergrund, die für Gesundheits- und Pflegeorganisationen Vorteile bieten. So werden beispielsweise bereits heute häufig Technologien eingesetzt, die zu Effizienzsteigerungen im Pflegealltag beitragen und über die Entlastung von Pflegepersonen Ressourcen für komplexe Pflegeaufgaben freisetzen. Des Weiteren spielt die Ge-

währleistung von möglichst hoher Sicherheit der Pflegebedürftigen durch Technik in stationären Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten eine wichtige Rolle. Auch die technische Unterstützung von körperlich schweren Pflegetätigkeiten ist für Pflegeorganisationen von Vorteil, da so akuten und chronischen Einschränkungen bei Pflegepersonen entgegengewirkt und entsprechend krankheitsbedingte Ausfälle reduziert werden können.

Obwohl zum jetzigen Zeitpunkt die Evidenzlage zum tatsächlich realisierbaren organisatorischen Nutzen digitaler Lösungen im pflegerischen Arbeits- und Versorgungsalltag insgesamt noch nicht ausreicht (Bringmann/Evans-Borchers 2024; Huter 2020), gibt es doch verschiedene Ergebnisse aus Pilot- und Forschungsprojekten, die ein vielversprechendes Potenzial von Technologien bestätigen. So wird davon ausgegangen, dass digitale Dokumentationssysteme einen wesentlichen Beitrag zur Effizienzsteigerung in Pflegeeinrichtungen leisten können, indem u.a. durch die Verknüpfung mit elektronischen Patient*innenakten eine umfassende, strukturierte und lückenlose Erfassung aller relevanten Gesundheits- und Behandlungsdaten einer Person ermöglicht wird. Sie tragen so nicht nur zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Optimierung von Arbeitsabläufen bei, sondern minimieren auch das Risiko von Informationsverlusten oder redundante Diagnosen (Krick et al. 2023).

Insbesondere die Integration von KI in Dokumentationssysteme erleichtert die automatisierte Verarbeitung und Analyse von Gesundheits- und Pflegedaten. Auffälligkeiten können so frühzeitig erkannt und präventive Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Zudem erleichtern sprachgesteuerte Systeme die Erfassung von Pflegedaten direkt in Echtzeit, wodurch die Zeit für administrative Aufgaben verringert wird und Pflegepersonen mehr Zeit für die direkte Betreuung der Patient*innen erhalten (Heidl et al. 2020). Solche mobilen Dokumentationslösungen über Tablets oder Smartphones stellen außerdem die Aktualität von Daten sicher und vermeiden Verzögerungen in der Kommunikation (Krick et al. 2023). Besonders in stressreichen Arbeitsumgebungen können diese Innovationen dazu beitragen, Pflegeprozesse effizienter zu gestalten und die Patient*innensicherheit zu erhöhen.

Neben der digitalen Dokumentation spielen eine Vielzahl an smarten Technologien eine wichtige Rolle für Pflegeorganisationen. So sind etwa mit Sensoren ausgestattete Fußmatten oder -böden zur Erkennung von Stürzen bereits in vielen Pflegeheimen in Deutschland und Österreich erfolgreich implementiert und leisten einen Beitrag zu Patient*innensicherheit und Pflegeeffizienz (Lütters 2019). Auch andere mobile Sensoren, die automatisch einen Alarm auslösen, sobald eine ungewöhnliche Bewegung oder ein Sturz registriert wird, werden verwendet (WiQQi 2025). Diese Systeme reduzieren das Risiko unbeobachteter Stürze erheblich und ermöglichen eine schnelle Intervention durch Pflegepersonen oder im häuslichen Setting durch An- und Zugehörige.

Telemedizinische Geräte und Anwendungen bieten ebenfalls wichtige technische Möglichkeiten für Pflegeeinrichtungen oder mobile Pflegedienste. Sie ermöglichen eine kontinuierliche Betreuung von Patient*innen durch digitale Kommunikationskanäle und Videokonsultationen, elektronische Medikationspläne sowie die Vernetzung mit digitalen Patient*innenakten und Diagnosesystemen (Gematik 2024; Hahnel et al. 2020). Tragbare Vitaldatensensoren bieten durchgehende Überwachungsmöglichkeiten von Blutdruck, Herzfrequenz oder Sauerstoffsättigung und verbessern so die Sicherheitsstandards in Pflegeeinrichtungen (Beckers et al. 2021). Solche Technologien erleichtern das frühzeitige Erkennen kritischer Gesundheitszustände und tragen zur Vermeidung akuter Notfälle bei (Krick et al. 2023). Insbesondere in ländlichen Regionen, in denen der Zugang zu Pflegepersonen oder Ärzt*innen begrenzt ist, kann Telemedizin bedeutend zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Genannt werden soll hier außerdem die elektronische Medikationserfassung, die das Medikamentenmanagement erleichtern und das Risiko von Fehldosierungen minimieren kann (ADKA/DKG 2023).

Die Verwendung von robotischen Systemen in Pflegeprozessen als vielversprechender und zukunftsrelevanter Ansatz soll ebenfalls erwähnt werden. So können beispielsweise Pflegeassistenzroboter oder Exoskelette Pflegefachpersonen bei körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten unterstützen, etwa beim Heben oder Umlagern von Patient*innen. Dadurch wird nicht nur das Risiko von Rückenverletzungen bei Pflegefachpersonen reduziert und somit ihrem krankheitsbedingten Ausfall entgegengewirkt, sondern auch Mobilität und Komfort der Pflegebedürftigen verbessert (Strube-Lahmann et al. 2023).

Um die genannten Technologien erfolgreich zu implementieren und nachhaltig in den Pflegealltag zu integrieren, ist zum einen eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen, Technologieentwickler*innen und politischen Entscheidungsträger*innen erforderlich. Zum anderen müssen technische Anpassungen von Infrastrukturen und gezielte Schulungsmaßnahmen für Pflegefachpersonen sowie diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt werden (Neumann/Huber 2023). In der Aus- und Weiterbildung dieser Berufsgruppen eröffnen heute auch Anwendungen aus den Bereichen Virtuelle Realität (VR) und KI neue Möglichkeiten. So ermöglichen VR-Simulationen realitätsnahe, aber risikofreie interaktive Trainingsszenarien für komplexe Pflege- oder Notfallsituationen, wodurch Pflegefachpersonen besser auf den praktischen Berufsalltag vorbereitet werden (Obser/Schroll-Würdig 2020). Dies kann die Ausbildungsqualität verbessern und dafür sorgen, dass Fachkräfte in kritischen Situationen souverän handeln können.

Mikroebene: Technologische Unterstützung für Pflegebedürftige und Pflegefachpersonen

Auf der Mikroebene geht es vor allem um die Wirkungen digitaler Technologien, von denen sowohl Pflegende profitieren, indem sie körperlich sowie organisatorisch entlastet werden, als auch Patient*innen, indem ihre Selbstständigkeit gefördert und insgesamt die Pflegequalität verbessert wird. So können u.a. intelligente selbstlagernde Betten, die sich an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen anpassen, das Risiko von Dekubitus verringern, da Sensoren den Druck auf bestimmte Körperstellen überwachen und dann automatisch sanfte Positionswechsel vornehmen (PPZ Nürnberg 2025). Zusätzlich wird mehr Zeit für andere pflegerische Aufgaben frei, da manuelle Umlagerungen minimiert werden.

Auch die oben bereits beschriebenen telemedizinischen Anwendungen bieten Vorteile auf der Mikroebene, besonders für chronisch erkrankte und multimorbide Patient*innen, indem frühzeitig Anomalien identifiziert, Warnsignale gegeben und so Interventionen ermöglicht werden, die neuerliche Krankenhauseinweisungen reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern können (Krick et al. 2023). Außerdem unterstützen KI-basierte Diagnosesysteme die frühzeitige Erkennung von Krankheitsbildern und helfen Pflegefachpersonen dabei, fundierte Entscheidungen auf Basis gesammelter Daten zu treffen, indem sie Handlungsempfehlungen vorschlagen (Neumann/Huber 2023). Ebenso können KI-gestützte Spracherkennungssysteme zur Entlastung der Pflegepersonen beitragen, da sie automatisierte Pflegeprotokolle erstellen und die Dokumentationslast reduzieren (Konrad et al. 2024). Solche Technologien erkennen automatisch relevante Informationen, strukturieren diese in elektronische Dokumente und reduzieren somit den administrativen Aufwand erheblich. Dadurch bleibt mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen.

Des Weiteren können Anwendungen zur Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen, Patient*innen sowie An- und Zugehörigen auf der einen Seite die wahrgenommene Pflegequalität verbessern und auf den anderen Arbeitsbelastungen reduzieren (Konrad et al. 2024; Krick et al. 2023). Solche digitalen Plattformen ermöglichen eine bessere Koordination der Pflege, indem sie Terminplanungen, Erinnerungen an Medikamenteneinnahmen und digitale Tagebücher zur Dokumentation von Gesundheitsverläufen bereitstellen (Aigner et al. 2023; Wöhler/Colonna 2023). An- und Zugehörige können besser in den Pflegeprozess eingebunden werden, selbst wenn sie räumlich entfernt leben. Dies stärkt nicht nur das soziale Umfeld und Teilhabemöglichkeiten der Pflegebedürftigen, sondern reduziert auch die Belastung des Pflegepersonals durch eine verbesserte Organisation und schnellere Kommunikationswege.

Robotische Assistenzsysteme können zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen, aber auch die Mobilität von Pflegebedürftigen unterstützen und ihnen bei-

spielsweise beim Aufstehen oder Gehen helfen und somit Stürzen vorbeugen. Solche Pflegeroboter basieren in vielen ihrer Funktionen auf KI und sollten individuell auf die Bedürfnisse der Nutzer*innen reagieren können (Inovex 2024; Wahl et al. 2021). Des Weiteren bieten Exoskelette die Möglichkeit bei der Mobilisierung von Patient*innen zu unterstützen und können auch Pflegefachpersonen bei körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten entlasten (Strube-Lahmann et al. 2023). Darüber hinaus werden in Zukunft Serviceroboter mehr und mehr einfache Aufgaben wie das Bringen von Getränken oder Medikamenten übernehmen, was dadurch Pflegefachpersonen ermöglicht, sich auf komplexere pflegerische Tätigkeiten zu konzentrieren (Servicebot Solutions 2025). Neben physischer Assistenz können Roboter zudem soziale Interaktion fördern, indem sie als Kommunikationspartner für ältere Menschen fungieren oder kognitive Trainingsprogramme anbieten (Wahl et al. 2021).

Herausforderungen in der digitalen Gesundheits- und Pflegeversorgung

Die Digitalisierung der Gesundheits- und Pflegeversorgung bringt eine große Anzahl an Vorteilen mit sich, führt jedoch auch zu ethischen, sozialen, wirtschaftlichen und technischen Herausforderungen, denen begegnet werden muss, um eine erfolgreiche Technikimplementierung und -nutzung auf den verschiedenen Ebenen zu gewährleisten. Ein zentraler Aspekt betrifft den Datenschutz und verschiedene ethische Fragestellungen, die mit der Nutzung digitaler Technologien in der Pflege einhergehen. So haben Pflegebedürftige häufig eingeschränkte digitale Kompetenzen und sind daher besonders auf den Schutz ihrer persönlichen und gesundheitlichen Daten angewiesen (Gola/Schomerus 2020). Außerdem generieren und verarbeiten digitale Dokumentationssysteme, KI-gestützte Diagnosetools und telemedizinische Anwendungen große Mengen an sensiblen Daten, die besonders vor unbefugtem Zugriff geschützt werden müssen. Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen wie die Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung DSGVO) schaffen eine Grundlage für den Umgang mit personenbezogenen Daten und strenge Vorgaben für die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten wie Gesundheitsdaten. Verarbeitungsvorgänge müssen im jeweiligen Kontext im Detail geplant und – sofern personenbezogene Patient*innendaten weitergegeben werden – für Patient*innen verständlich und transparent dargelegt werden. Dabei treten oftmals Unsicherheiten zutage, die zunächst analysiert und beantwortet werden müssen. Vor allem im Zusammenwirken von Pflegeorganisationen, Medizintechnikanbieter*innen und medizinisch Verantwortlichen sind komplexe Zusammenhänge zu analysieren und darzustellen. Dabei sind u.a. folgende Fragen zu klären:

- Wer ist für Datenverarbeitung verantwortlich und wo werden diese auf Basis von welcher Rechtsgrundlage verarbeitet?
- Handelt es sich um gemeinsame Verantwortliche?
- Werden personenbezogene Daten geteilt?
- Können diese pseudonymisiert oder anonymisiert werden?
- Welche technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz werden getroffen?
- Welche Datensicherheitsmaßnahmen werden gesetzt?

Fest steht jedenfalls, dass digitale Gesundheits- und Pflegesysteme höchsten Sicherheitsstandards entsprechen müssen und Datenverarbeitungsvorgänge bei Weitergabe oder gemeinsamer Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten Patient*innen gegenüber transparent dargestellt werden müssen, sodass Betroffenenrechte ausgeübt werden können.

Eine weitere Herausforderung besteht in der häufig noch geringen Akzeptanz und tatsächlichen Nutzung digitaler Technologien durch Pflegefachpersonen, Patient*innen sowie deren An- und Zugehörige. Vorbehalte gegenüber digitalen Lösungen bestehen vor allem dann, wenn diese nicht intuitiv und leicht bedienbar sind. Es müssen daher nutzerfreundliche Technologien bereitgestellt werden, die in der Pflegepraxis problemlos angewendet werden können (Jaschinski/Allouch 2019). Die Bedienung neuer Systeme erfordert in jedem Fall entsprechende Schulungen und die Aufnahme des Themas in Ausbildungscurricula, um den Umgang mit neuen Technologien zu erleichtern und eine Akzeptanzförderung sowohl bei Pflegefachpersonen als auch Patient*innen zu erreichen. Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige müssen vor allem Vertrauen in digitale Hilfsmittel entwickeln, um sie aktiv in der Pflege und Betreuung zu verwenden (Hvalič-Touzery et al. 2022).

Ein großes Hemmnis für die Digitalisierung der Tätigkeiten in der Pflege sind außerdem finanzielle und strukturelle Hürden. Die Einführung neuer Technologien ist zum einen mit hohen Anschaffungskosten verbunden, und nicht alle Pflegeeinrichtungen verfügen über die nötigen Ressourcen, um digitale Systeme zu implementieren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2023). Zusätzlich kommen dann langfristig noch substanzielle Folgekosten für technische Dienstleistungen und Updates hinzu, die zum Zeitpunkt der Anschaffung häufig nicht oder nur unzureichend abgeschätzt werden können. Besonders in kleineren Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Pflegesetting mangelt es oft an finanziellen Ressourcen, um moderne technische Lösungen einzuführen. Darüber hinaus ist die Beantragung von Geldern bei öffentlichen Förderprogrammen häufig kompliziert, was eine zeitnahe Implementierung digitaler Systeme erschwert. Insgesamt sind daher langfristige Finanzierungsstrategien und staatliche Fördermaßnahmen erforderlich, um sicherzustellen, dass alle Pflegeeinrichtungen den Zugang zu digitalen Innovationen erhalten.

Bei einer Einführung innovativer Technologien in bestehende Strukturen bedarf es des Weiteren der Interoperabilität von Systemen, die häufig nicht gegeben ist, da Pflegeeinrichtungen mit unterschiedlichen, nicht kompatiblen Softwarelösungen arbeiten (Neumann/Huber 2023). Dies führt zu Herausforderungen bei der Datenübertragung und erschwert eine durchgängige Dokumentation von Patient*innendaten. Auch technische Infrastrukturen müssen einheitlich sein und modernen Standards entsprechen, um beispielsweise die digitale Kommunikation zwischen verschiedenen Akteur*innen des Gesundheits- und Pflegewesens und somit einen nahtlosen Informationsfluss zu gewährleisten. Die geforderte Interoperabilität stellt Organisationen vor eine große technische Herausforderung, da viele bestehende Systeme umgerüstet oder durch neue Software ersetzt werden müssten. Die Entwicklung lizenzfreier Standards und Schnittstellen wäre hier ein bedeutsamer Schritt, um eine einheitliche und vernetzte Pflegeinfrastruktur zu schaffen.

Eine häufig berichtete Herausforderung ist die technologische Entwicklung und die damit verbundene zügige Weiterentwicklung digitaler Lösungen. Smarte und KI-basierte Technologien wie digitale Assistenzsysteme oder Roboter werden rasant verbessert, was bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen kontinuierlich neue Technologien evaluieren und bereits genutzte Geräte und Anwendungen anpassen müssen (Wolf-Ostermann/Rothgang 2024). Dies kann zu Unsicherheiten nicht zuletzt bei Verhandlungen mit Technologieanbieter*innen führen, insbesondere wenn es um langfristige Investitionen in digitale Lösungen geht. Pflegeeinrichtungen sollten daher Strategien entwickeln, um mit der technologischen Entwicklung Schritt zu halten und sich flexibel an neue Entwicklungen anzupassen.

Um diese Herausforderungen zu bewältigen, ist ein Zusammenspiel der verschiedenen genannten Maßnahmen erforderlich. Nur durch eine ganzheitliche Strategie, für die auf der Makroebene die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen und die auf der Meso- und Mikroebene implementiert wird, kann die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen effizient umgesetzt werden, um langfristig die Qualität von Versorgung und Arbeitsbedingungen zu verbessern.

In den bisherigen Kapiteln wurden sowohl auf der gesamtgesellschaftlichen Makroebene, der organisationalen Meso- und der individuellen Mikroebene Chancen und Herausforderungen der zunehmenden Digitalisierung aufgezeigt. Es wurde verdeutlicht, welche digitalen Technologien wie wirken und wie diese den täglichen Arbeitsansatz von Pflegenden effektiver und effizienter gestalten können. Im folgenden Kapitel soll nun die Einführung von Kompetenzzentren für eine digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung beschrieben werden, die Digitalisierung und KI mit den Herausforderungen und Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft zusammenführen.

Zukunftsaussichten: Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung

Wissenschaftlich fundierte Kompetenzzentren für die digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung könnten eine zentrale Rolle dabei spielen, digitale Innovationen zu entwickeln, zu erproben und zu implementieren. Ziel wäre es, die Gesundheits- und Pflegeversorgung nachhaltig zu verbessern, Digitalisierung für Pflegefachpersonen sowie diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, An- und Zugehörige sowie Pflegebedürftige besser zugänglich zu machen sowie gesamtgesellschaftlich eine Pflegekultur der Digitalisierung zu entwickeln. Die Kompetenzzentren könnten als interdisziplinäre Innovationslabore konzipiert werden, die sowohl Gesundheits- und Pflegeinnovationen entwickeln und diese für Bürger*innen und Expert*innen zugänglich machen, als auch Konzepte aus anderen industriellen oder wirtschaftlichen Branchen adaptieren (Lutze et al. 2020).

Der interdisziplinäre Austausch soll dazu beitragen, effektive Lösungen für die ambulante und stationäre Gesundheits- und Pflegeversorgung zu entwickeln. Des Weiteren könnten die Kompetenzzentren durch gezielte Schulungen, technische Beratung und die Entwicklung praxisnaher Lösungen mangelnder Akzeptanz und geringem technische Wissen vieler Pflegefachpersonen (Klösch 2024) entgegenwirken und auf einheitlichere regulatorische Rahmenbedingungen und Interoperabilität digitaler Systeme hinarbeiten (Röhrig et al. 2020). Vor allem der Aspekt der individuellen auf die Person zugeschnittenen Versorgung wird in Zukunft an Bedeutung zunehmen. Als Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Gesundheits- und Pflegepraxis, Industrie und Politik könnten Kompetenzzentren Finanzierungskonzepte entwickeln und Umsetzungshilfen bieten, um Einrichtungen, denen oft die finanziellen Mittel und strukturellen Voraussetzungen fehlen, dabei zu unterstützen nachhaltige digitale Konzepte zu etablieren (GKV-Spitzenverband 2025). Zusätzlich könnten solche Zentren digitale Technologien zur Unterstützung der Selbstständigkeit im eigenen Zuhause erproben und evaluieren. Assistive Technologien, Telemedizin und KI-gestützte Diagnostik würden hier in praxisnahen Szenarien getestet und optimiert, um eine bestmögliche Versorgungssituation für Pflegebedürftige zu gewährleisten. Die Kompetenzzentren sollten hierbei auch Synergien mit bereits existierenden Initiativen nutzen. In Deutschland ist dazu u.a. der Truck der Digitalisierung der Hochschule Hof zu nennen, der moderne digitale Pflegetechnologien erlebbar macht (Millich 2022) oder das offene Innovationslabor JOSEPHS in Nürnberg, das Raum für die interaktive Entwicklung, Diskussionsmöglichkeiten sowie Evaluierung von Innovationen im Gesundheitsbereich bietet (Josephs-Innovation 2025; Schreieck et al. 2021).

In Österreich gäbe es sicher Überschneidungen mit dem Haus Esther in Graz, das eine interdisziplinäre gerontologische und geriatrische Versorgung bereitstellt, indem eine Vielfalt an Pflege- und Beratungsmöglichkeiten für ältere Menschen un-

ter einem Dach zugänglich sind. Hier wird beispielsweise eine sogenannte Pflegedrehscheibe angeboten, die als zentrale Anlaufstelle für alle Fragen zur Pflege und Betreuung dient. Es gibt des Weiteren ein Referat für Pflegekosten, wo Anträge auf Zuzahlung zu Pflegekosten erbracht werden, und eine Community Health Nurse, die als zentrale Ansprechperson für Gesundheitsförderungen und Prävention verschiedene Leistungen, Therapien und soziale Dienstleistungen koordiniert. Außerdem werden mobile Dienste angeboten sowie Möglichkeiten der Beratung und Information zu unterstützenden Technologien für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen zu Hause. In einem Ganglabor wird zudem präventiv und therapieunterstützend sensorgestützte Gangdiagnostik für Patient*innen durchgeführt (Haus Esther 2025).

Solche innovativen Konzepte für eine digitale, integrierte, vernetzte und interdisziplinäre Gesundheits- und Pflegeversorgung könnten eine wichtige Basis für die hier beschriebenen Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung sein. Auf politischer und gesellschaftlicher Ebene sollten die Kompetenzzentren auch an bestehende Digitalisierungsstrategien für das Gesundheitswesen und die Pflege anknüpfen, die wichtige Rahmenbedingungen zur Implementierung von digitalen Lösungen im Gesundheitssystem festlegen (BMG 2023). Prospektiv braucht es hierfür noch eine stärkere digitale Vernetzung und mehr Aus- und Weiterbildung für Gesundheits- und Pflegefachpersonen, Kooperationen mit Forschungseinrichtungen sowie die Entwicklung von Standards und Richtlinien für digitale Anwendungen in der Pflege.

Zusammenfassend könnten die beschriebenen sowie zusätzliche Ansätze in Kompetenzzentren für digitale Gesundheit und Pflege integriert und weiterentwickelt werden, so dass sich verschiedene inhaltliche Kernthemen herauskristallisieren (Abb. 1). Diese betreffen zum einen Beratungsleistungen zu digitalen Lösungen für Pflegebedürftige sowie ihre An- und Zugehörigen, aber auch für Gesundheits- und Pflegeorganisationen. In diesem Zusammenhang könnten auch digitale Plattformen für Pflegeinnovationen als niederschwellige Informationsangebote bereitgestellt werden. Das Potenzial von digitalen Technologien, Fachpersonenmangel teilweise zu kompensieren und den Pflegeberuf attraktiver zu machen, könnte des Weiteren zur Entwicklung eines neuen Berufsbilds führen: das der Digitalisierungsmanagerin/des Digitalisierungsmanagers für die Gesundheits- und Pflegeversorgung, das pflegerisches mit digitalem Fachwissen verknüpft und somit den Versorgungsalltag in Organisationen, aber auch im häuslichen Setting unterstützt. Die Kompetenzzentren könnten bei der Schaffung des Berufsbildes konzeptionell sowie organisatorisch eine entscheidende Rolle spielen. Auch die Bearbeitung von ethischen und Datenschutzthemen könnten in das Aufgabengebiet der Kompetenzzentren fallen. Insgesamt basieren alle Angebote auf wissenschaftlicher Grundlagen- und Anwendungsforschung zu (digitalen) Gesundheits- und Pflegeinnovationen. Zudem wäre es angedacht, interdisziplinäre Zusammenarbeit

und Vernetzung zu stärken und so individuelle Gesundheits- und Pflegelösungen für jede/n Einzelne/n in den Kompetenzzentren zu entwickeln.

Abbildung 1: Anwendungsbereiche der Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend könnten die Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung als zentrale Plattform zur Förderung von Innovationen und digitalen Anwendungen dienen. Sie würden dazu beitragen, die digitale Transformation in der Pflege zu beschleunigen, indem sie Schulungen, Forschung und interdisziplinären Austausch ermöglichen. Neue Technologien und digitale Assistenzsysteme würden ausgestellt, die den zukünftigen privaten und professionellen Anwender*innen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung die Möglichkeiten bieten, diese zu erleben und zu verstehen. Die Verknüpfung von Wissenschaft, Gesundheits- und Pflegepraxis sowie Industrie würde dazu beitragen, die Versorgung nachhaltig zu verbessern und eine digitale Pflegekultur für die Gesamtgesellschaft zu entwickeln und zu etablieren.

Fazit

Die Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung stellt eine wesentliche Entwicklung dar, um den steigenden Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und den Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die Implementierung digitaler Technologien bietet ein großes Potenzial für eine effizientere

Organisation von Arbeitsabläufen und eine Entlastung von Pflegefachpersonen. Gleichzeitig ergeben sich durch den Einsatz von KI-basierten oder robotischen Technologien, telemedizinischen Anwendungen und digitalen Dokumentationssystemen neue Chancen, um die Pflegequalität nachhaltig zu verbessern. Hier geht es nicht nur um die medizinisch-pflegerische Betreuung, sondern auch die soziale Teilhabe älterer Menschen, die durch verschiedene Technologien gefördert werden kann. Außerdem können intelligente Sensoren und smarte Technologien zur Erhöhung der Sicherheit und Autonomie von Pflegebedürftigen beitragen, indem sie beispielsweise Stürze erkennen oder Vitaldaten kontinuierlich überwachen. Diese Möglichkeiten zeigen, dass Digitalisierung weit über eine reine Effizienzsteigerung hinausgeht und vielmehr eine zukunftsorientierte Pflegekultur prägen kann, die bei gleichzeitiger Fokussierung auf menschliche Zuwendung und Beziehungsarbeit in der Pflege den Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft gerecht werden kann.

Trotz der vielversprechenden Möglichkeiten gibt es noch erhebliche Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Datenschutz, Interoperabilität digitaler Systeme, die Akzeptanz neuer Technologien sowie finanzielle und strukturelle Hürden erfordern gezielte Maßnahmen, um die Digitalisierung in der Pflege nachhaltig zu gestalten. Es bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Politik, Wissenschaft, Technologieanbieter*innen und Pflegeeinrichtungen, um digitale Lösungen nicht nur zu entwickeln, sondern auch anwendungsorientiert zu implementieren. Die Einführung und Nutzung digitaler Lösungen setzen voraus, dass auf politischer Ebene entsprechende Rahmenbedingungen und eine umfassende Strategie geschaffen werden, die technologische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Aspekte gleichermaßen berücksichtigen. Zudem sind gezielte Schulungs- und Weiterbildungsprogramme notwendig, um Pflegefachpersonen auf die digitale Entwicklung vorzubereiten und ihnen das notwendige Wissen im Umgang mit neuen Technologien zu vermitteln.

Kompetenzzentren für digitale Gesundheits- und Pflegeversorgung als dezentrale und interdisziplinäre Wissens- und Praxisorte könnten sowohl bei der Umsetzung der Chancen als auch bei der Bewältigung der Herausforderungen eine zentrale Rolle spielen. Sie könnten unter Einbezug von aktuellen Forschungsergebnissen als Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Pflegepraxis fungieren und die Implementierung digitaler Lösungen unterstützen. Insbesondere die Erfüllung der Bedürfnisse von Pflegeorganisationen durch umfassende Information und Beratung sowie die Entwicklung des Berufsbilds der/des Digitalisierungsmanager*in für die Gesundheits- und Pflegeversorgung wären zwei Handlungsfelder, die bisher weder in Deutschland noch in Österreich über politische oder zivilgesellschaftliche Initiativen ausreichend adressiert werden.

Eine gelingende Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung setzt voraus, dass Technikentwickler*innen und -anwender*innen ebenso wie

Politik und Wissenschaft in Zusammenarbeit die aufkommen Herausforderungen bewältigen (Wolf-Ostermann/Rothgang 2024). Das bedeutet, dass Pflegefachpersonen von Beginn an in den Entwicklungsprozess einbezogen werden, aber auch dass Räume und Organisationen geschaffen werden, in denen die Wirkung digitaler Pflegetechnologien im tatsächlichen Versorgungsgeschehen evaluiert werden kann (Wolf-Ostermann/Rothgang 2024). Hierbei gilt es hinzuzufügen, dass nicht nur Räume und Organisationen, sondern eine umfassende Kultur für Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen geschaffen werden muss. Diese erfordert eine langfristige Strategie, eine gezielte Förderung durch die Politik sowie eine stärkere Vernetzung zwischen den Akteur*innen im Pflegebereich. Nur durch einen integrativen Ansatz kann die digitale Transformation der Pflege nachhaltig und wirkungsvoll gestaltet werden, um eine zukunftsfähige und menschenzentrierte, interdisziplinäre, individuelle und qualitativ hochwertige Gesundheits- und Pflegeversorgung sicherzustellen.

Literatur

AAL-Competence Network (2025): »Entstehung und Netzwerk«. Siehe https://www.aal-competence.com/ueber-uns, zuletzt abgerufen am 03.03.2025.

Agil Leben im Alter (ALIA) (2025): »ALIA – Agil leben im Alter – Lars und Christian Engel Stiftung LUCE«. Siehe https://www.luce-stiftung.de/portfolio-item/alia-agil-leben-im-alter/, zuletzt abgerufen am 13.03.2025.

Aigner, Johanna/Bernhard, Dominik/Fischer, Florian (2024): »Digitale Plattformen in der ambulanten Versorgung«, in: Heilberufe, 76(3), S. 16–18.

Beckers, Rainer/Strotbaum, Veronika (2021): »Telepflege – Telemedizin in der Pflege«, in: Geront Marx/Rolf Rossaint/Nikolaus Marx (Hg.), Telemedizin: Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen. Springer: Heidelberg, S. 259–271.

Bringmann, Julia/Evana-Borchers, Michaela (2024): »Digitalisierung, KI und Pflege auf der Suche nach der digitalen Dividende«. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2019): »Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5«. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 109. Siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html, zuletzt abgerufen am 14.02.2025].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023): »Digitale Transformation in Pflegeeinrichtungen«. Siehe https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Oeffentlich/Downloads/digitale-transformation-in-pflegeeinrichtungen.pdf, zuletzt abgerufen am 04.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): »Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick«. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): »Gemeinsam digital – Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege«. Berlin.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Österreich (2020): »Digitalisierung und Innovation in der Pflege«. Wien: Österreichische Bundesregierung.

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA)/Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) (2024): »Empfehlung zur Digitalisierung im Medikationsprozess in Krankenhäusern. Projektbericht im Rahmen des Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit 2021–24 (AP AMTS)«. Berlin: ADKA & DKG.

Destatis (2021): »Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedarf in Deutschland bis 2060«. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur – Gematik (2024): »Fachkonzept elektronische Patientenakte für alle. Für eine digital gestützte Gesundheitsversorgung«. Siehe https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Downloadcenter/Releases/Konzepte_und_Spezifikationen/gemKPT_FK_ePAfueralle_V1.0.0_RC_2.pdf, zuletzt abgerufen am 09.03.2025.

Geriatrische Gesundheitszentren Graz (2025): »Haus Esther«. Siehe https://ggz.graz.at/haus-esther, zuletzt abgerufen am 13.03.2025.

Gesundheit Österreich (2025): »Digitalisierung und Dateninfrastrukturen. Digitalisierung und Dateninfrastrukturen«. Gesundheit Österreich GmbH. Siehe https://goeg.at/digitalisierung_dateninfrastruktur, zuletzt abgerufen am 15.08.2025.

GKV-Spitzenverband (2025): »Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (nach § 125b SGB XI)«. Siehe https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/kompetenzzentrum_125b_sgb_xi/kompetenzzentrum_d_p_125b.jsp, zuletzt abgerufen am 20.03.2025.

Hahnel, Elisabeth/Braeseke, Grit/Rieckhoff/Sandra/Pörschmann-Schreiber, Ulrike/Engelmann, Freja/Kulas, Heidi/Musfeldt, Marc (2020): »Studie zu den Potentialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. Gesundheit/Mobilität/Bildung. Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit«. Berlin: IGES-Institut Berlin.

Heidl, Christian/Pol, Magdalena/Schmidt, Alexander/Jürgen Zerth (2020): »Digitale Dokumentation in der Altenpflege. Spracherkennung und -steuerung im Projekt »Sprint-Doku«, in: Die Schwester Der Pfleger 11, S. 18–23.

Huter, Kai/Krick, Tobias/Domhoff, Dominik/Seibert, Kathrin/Wolf-Ostermann, Karin/Rothgang, Heinz (2020): »Effectiveness of digital technologies to support nursing care: Results of a scoping review«, in: Journal of Multidisciplinary Healthcare 13, S. 1905–1926. DOI: 10.2147/JMDH.S286193.

Hvalič-Touzery, Simona/Dolničar, Vesna/Prevodnik, Katja (2022): »Factors influencing informal carers' acceptance of assistive telecare systems in the pre- and post-implementation phase: A scoping study«, in: Health & Social Care in the Community 30(5), e1484-e1504. DOI: 10.1111/hsc.13840.

Inovex (2024): »KI in der Pflege: Wie künstliche Intelligenz die Pflege verändert«. Siehe https://www.inovex.de/de/blog/ki-in-der-pflege/, zuletzt abgerufen am 25.03.2025.

Jaschinski, Christian/Ben Allouch, Somaya (2019): »Listening to the ones who care: Exploring the perceptions of informal caregivers towards ambient assisted living applications«, in: Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing 10, S. 761–778. DOI: 10.1007/s12652-018-0856-6.

Josephs-Innovation (2025): »Kompetenz für Innovation«. Siehe https://josephs-innovation.de/wp/beratung/, zuletzt abgerufen am 05.03.2025.

Klemm, Marlene/Preutenborbeck, Jacqueline (2023): »Akzeptanz und Gelingensfaktoren: Einführung innovativer technischer und digitaler Produkte«, in: Weber, Karsten/Haug, Sonja/Lauer, Norina/Mohr, Christa/Pfingsten, Andrea/Raptis, Georgis/Bahr, Gudrun (Hg.), Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie II. Bielefeld: Transcript, S. 83–98.

Klösch, Michael (2024): »Digitalisierung im Pflege- und Gesundheitswesen. Grundlagen, Erfahrungen und Praxisbeispiele«. Hogrefe: Bern.

Konrad, Robert/Breuer-Stengel, Edna/Güttler, Carina/Heidl, Christian/Kühhorn, Marlena/Bauer, Christian (2024): »Neugestaltung des Pflegedokumentationsprozesses via Spracheingaben – am Beispiel der Applikation voize«. Würzburg: THWS. DOI: 10.57714/ba75-2w52.

Krick, Tobias/Zerth, Jürgen/Kley, Tobias/Rothgang, Heinz/Klawunn, Ronny/Walzer, Stefan (2023): »Pflegeinnovationen in der Praxis. Erfahrungen und Empfehlungen aus dem »Cluster Zukunft der Pflege«. München: Springer.

Lutze, Maxie/Trauzettel, Franziska/Busch-Heimann, Anne/Bovenschulte, Marc (2021). »Potentiale einer Pflege 4.0. Wie innovative Technologien Entlastung schaffen und die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege verändern«. Siehe https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Pflege_4.0_final.pdf., zuletzt abgerufen am 26.03.2025.

Millich, Nadine (2022): »Mit »TruDi« moderne Technologien für Pflege kennenlernen«. Siehe https://www.bibliomed-pflege.de/news/mit-trudi-moderne-technologien-fuer-pflege-kennenlernen, zuletzt abgerufen am 18.03.2025.

Obser, Gabrielle/Schroll-Würdig, Jaqueline (2020): »Innovationen für die Pflegepraxis. Projektbericht zur Entwicklung und Erprobung eines Virtual Reality Spiels für Menschen in Pflegeeinrichtungen des NürnbergStift«. Siehe https://www.ppz-nuernberg.de/wp-content/uploads/VIARRO-Projektbericht-2020_Screen.pdf, zuletzt abgerufen am 26.03.2025.

Paulicke, Denny/Hofstetter, Sebastian/Steindorff, Jenny-Victoria/Zielzinski, Max/Jahn, Patrick (2024): »Transformative informations- und Beratungskonzepte zur Versorgungsintegration von digitalen und assistiven Technologie – am Beispiel pflegender Angehöriger«, in: Ulrike Weyland/Wilhelm Koschel/Karin Reiber/Lena Dorin/Miriam Peters (Hg.), Digitalisierung in den Gesundheitsberufen. Bonn. Siehe https://www.bibb.de/dienst/publikationen/download/19718, zuletzt abgerufen am 15.08.2025.

Pflegepraxiszentrum Nürnberg (PPZ) (2025): »Active Mobilisation System (AMS)«. Siehe https://www.ppz-nuernberg.de/ams-2/, zuletzt abgerufen am 08.03.2025.

Röhrig, Rainer/Stausberg, Jürgen/Weber, Jürgen (2020): »Interoperabilität digitaler Pflegeanwendungen – Status quo und Entwicklungspotenziale«, in: Bundesgesundheitsblatt 63(5), S. 520–533.

Schreieck, Maximilian/Wiesche, Manuel/Krcmar, Helmut (2021): »Das offene Innovationslabor Josephs als Praxisbeispiel für Gesundheitsinnovationen«. Journal of Healthcare Management 16(1), S. 45–57.

Servicebot Solutions (2025): »Robots that care«. Siehe https://www.servicebot.solutions/, zuletzt abgerufen am 20.03.2025.

Seyda, Susanne/Köppen, Robert/Hickmann, Helen (2021): »Pflegeberufe vom Fachkräftemangel betroffen«, in: Kofa Kompakt, 10/21.

Statista (2025): »Statistiken zur Pflege in Österreich«. Siehe https://de.statista.com/themen/5112/pflege-in-oesterreich/#topicOverview, zuletzt abgerufen am 12.02.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): »Bevölkerung. Mehr Pflegebedürftige«. Siehe https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html, zuletzt abgerufen am 09.02.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): »Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Statistischer Bericht«. Siehe https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_347q93m2u, zuletzt abgerufen am 12.02.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): »Gesundheit – Pflege«. Siehe https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 12.02.2025.

Strube-Lahmann, Sandra/Müller, Franziska/Naumann, Björn/Müller-Werdan, Ursula/Lahmann, Nils A. (2023): »Pilotierung eines aktiven Exoskelettes in der stationären Akut- und Langzeitpflege«, in: Neurologie & Rehabilitation 29, S. 56–61. DOI: 10.14624/NR2301009.

Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) (2025): »TDG-Vision«. Siehe https://inno-tdg.de/uber-die-tdg/, zuletzt abgerufen am 13.03.2025.

Wahl, Hans-Werner/Mombaur, Katja/Schubert, Alexander (2021): »Robotik und Altenpflege – Freund oder Feind?«, in: Pflegezeitschrift 11 (74), S. 62–65. DOI: 10.1007/s41906-021-1156-x.

Werny, Rafaela/Reich, Marie/Leontowitsch, Miranda/Oswald, Frank (2024): »Digitalisierung und Sorgebeziehungen von Alleinlebenden im Alter: eine kritische Analyse politischer Dokumente«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 57(8), S. 639–644. DOI: 10.1007/s00391-024-02309-0.

WIQQI (2025): »Sturzerkennung. Reichweite und Grenzen der Systeme«, in: https://wiqqi.de/topic/sturzerkennung, zuletzt abgerufen am 24.03.2025.

Wolf-Ostermann, Katrin/Rothgang, Jeinz (2024): »Digitale Technologien in der Pflege – Was können sie leisten?«, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 67(3), S. 324–331. DOI: 10.1007/s00103-024-03843-3.

Wöhler, Claudia/Colonna, Melina (2023): »Digitalisierung als Schlüsselfaktor für eine hochwertige Gesundheitsversorgung?! Die Perspektive einer großen Krankenversicherung«, in: Weber, Karsten/Haug, Sonja/Lauer, Norina/Mohr, Christa/Pfingsten, Andrea/Raptis, Georgis/Bahr, Gudrun (Hg.), Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie II. Bielefeld: Transcript, S. 171–182.

Technologiegestützte Sturzprävention

Die Rolle der Digitalisierung und der Assistenzsysteme im Pflegewesen

Christine Fiedler, Michael Teusch, Christian Heidl

Einführung

+++ Ticker +++ KI und Robotik verhindern 99,9 % Stürze +++ Ticker +++.

Wäre das eine Schlagzeile wert? Wäre das realistisch und relevant? In diesem Buchbeitrag geht es um die aktuellen, den zukünftigen denk- und wünschbaren Entwicklungen und deren Einfluss auf die Pflegekultur unter dem Fokus der Sturzprävention.

Der Beitrag beginnt mit den Grundlagen zur Thematik Sturz. Es werden die analogen Instrumente, Interventionen und konventionellen Hilfsmittel dargestellt und sodann den digitalen, assistiven Technologien gegenübergestellt. Am Ende wird der daraus resultierende Wandel in der Pflegekultur beschrieben. Es wird diskutiert, wie sich der Fokus durch die Technologien auf die Pflegeempfänger*innen und des Pflegefachpersonals verändern kann. Abschließend wird ein Standpunkt aus pflegerischer Sicht vertreten, der Sie einlädt, anhand dieser Impulse eigenen Gedanken nachzugehen.

Weshalb hat das Thema Sturzprävention einen so hohen Stellenwert in der pflegerischen Disziplin? Jeder Mensch kann stürzen, jedoch weisen ältere, kognitiv oder körperlich eingeschränkte Menschen ein höheres Risiko auf (DNQP 2022, S. 20). Stürze sind Ereignisse, »bei denen die betreffende Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer anderen niedrigeren Fläche zum Liegen kommt« (DNQP 2022, S. 52).

Die unbeabsichtigte Positionsveränderung und das Aufkommen auf dem Boden sind die Merkmale der Definition des Sturzes (DNQP 2022, S. 52). Absichtliche Positionswechsel sind von der Definition eines Sturzes ausgenommen. Wird ein Sturz durch eine Maßnahme verhindert, bezeichnet das Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2022, S. 52) dies als einen »Beinahe-Sturz«.

Die Folgen eines Sturzes sind vielfältig wie z.B. Hämatome, Prellungen, Weichteilverletzungen bis hin zu Frakturen. Neben den körperlichen Auswirkungen können Stürze Einbußen der Lebensqualität nach sich ziehen sowie auf die Psyche wirken: Im ungünstigsten Fall entwickelt sich ein Post-Fall-Syndrom. Dieses ist durch eine tief verwurzelte Angst vor einem erneuten Sturz gekennzeichnet. Oft gehen erhöhte Behandlungskosten mit einem Sturz einher, die das Gesundheitssystem belasten (Thomsen 2020, S. 23). Im äußersten Fall sind die Sturzfolgen so schwer, dass sie zum Tod führen.

Stürze sind ein unerwünschtes Ereignis, in Krankenhäusern und Pflegeheimen, die sich jedoch nicht immer verhindern lassen. Die meisten Stürze finden hier im Zimmer der Pflegeempfänger*innen statt (Schierack/Weißflog, 2023, S. 24). Jeder Sturz sowie die präventiven pflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu beschreiben.

Sturzprophylaxe und Interventionen

Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiges Kommunikationsmittel unter den Pflegenden (Keitel 2007, S. 15), um eine kontinuierliche Pflegequalität zu gewährleisten. Hierzu werden in der Pflegedokumentation Daten und Informationen der Pflegeempfänger*innen festgehalten und anschließend systematisch geordnet (Keitel 2007, S. 15).

Für die Pflegenden wird dadurch ersichtlich, wer, wann, was und wieso getan hat oder eben nicht (Schmidt/Döbele 2013, S. 66). Demgemäß wird die Pflege geplant, durchgeführt und in regelmäßigen Abständen evaluiert. Der Pflegeprozess wird dabei unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen gestaltet. Nach Keitel (2007, S. 16) wird in der Pflegedokumentation der Pflegeprozess fortlaufend abgebildet. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege ist nach § 4 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) eine Pflegefachpersonen vorbehaltene Tätigkeit.

Die Pflegedokumentation wird in den Krankenhäusern zudem für die Abrechnung herangezogen. Erbrachte und dokumentierte Pflegeleistungen werden hierüber vergütet. Bei juristischen Auseinandersetzungen dient die Pflegedokumentation in allen Settings als Grundlage für deren Beurteilung. Zu Beginn des pflegerischen Auftrages ist deshalb eine Sturzrisikoeinschätzung vorzunehmen.

Sturzrisikoeinschätzung

Stürze ziehen oft weitreichende Konsequenzen für die betroffenen Menschen nach sich und begünstigen weitere Stürze. Deshalb ist es wichtig, präventive Maßnahmen zu ergreifen. Die Sturzprophylaxe soll Stürze, deren Folgen sowie Folgestürze verhindern und die Lebensqualität des Menschen erhalten (Schierack 2020, S. 37).

Zu Beginn des pflegerischen Auftrags soll daher mittels eines Screenings das Sturzrisiko erfasst werden (DNQP 2022, S. 23). Um dieses zu identifizieren, können Assessmentinstrumente wie Skalen zur Beurteilung eines Sturzrisikos herangezogen werden. Als Beispiele können genannt werden:

- Thomas' Risk Assessment Tool in Falling,
- Morse Fall Scale (MFS),
- Tinetti-Test,
- Timed Up & Go (TUG),
- Downton-Index.

Jedoch gilt zu beachten, dass die Skalen nicht in jedem beliebigen Setting verwendet werden können. Obwohl deren Evidenz zur Einschätzung eines Sturzrisikos kontrovers diskutiert wird, helfen diese, Pflegende in Bezug auf die Sturzprophylaxe zu sensibilisieren. Eine erfahrene Pflegefachperson kann ohne Assessment sicher ein Sturzrisiko erkennen. Wird mithilfe eines Assessmentinstruments, einer Skala und/oder einer Expert*inneneinschätzung ein Sturzrisiko festgestellt, ist eine vertiefte Einschätzung vorzunehmen (DNQP, 2022, S. 27). In dieser werden dann weitere Risikofaktoren berücksichtigt, die sich auf die Person, die Medikation und die Umwelt beziehen (DNQP, 2022, S. 25–26). Die Analyse der Risikofaktoren bildet die Grundlage für die Entscheidung der geeigneten präventiven pflegerischen Interventionen.

Präventive pflegerische Interventionen

Auf Grundlage der Risikoeinschätzung wird im Anschluss eine Problemanalyse durchgeführt. Das Ergebnis ist entweder eine Problembeschreibung oder die Feststellung einer Pflegediagnose, z.B. »Risiko eines Sturzes bei Erwachsenen« (NANDA-I-Pflegediagnosen 2021–2023). Auf diesen Grundlagen werden dann die effektivsten pflegerischen Interventionen ausgewählt. Die Ätiologie von Stürzen ist multifaktoriell, daher ergibt sich eine Fülle von Interventionen, wie z.B.:

- Beratung des Betroffenen und ggf. der Angehörigen.
- Hilfsmittel: Rollatoren, Gehstöcke zu Verfügung stellen.

- Umgebungsgestaltung: Anbringen von Haltegriffen, Beseitigung von Stolperfallen, Optimierung der Beleuchtung.
- Bewegungsförderung: Übungen zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht.
- Medikamentenüberprüfung: Überprüfung der Medikation hinsichtlich auf Medikamente, die das Sturzrisiko erhöhen können.
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit: Informationsaustausch zwischen den an der Behandlung beteiligten Akteur*innen.

Ziel der Sturzprävention ist, die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten und gleichzeitig das Risiko von Verletzungen zu minimieren. Sturzrisikofaktoren variieren sehr stark; daher gilt es einen individuellen Maßnahmenplan für die Pflegeempfänger*innen zu konzipieren und diesen zu dokumentieren.

Ergibt sich das Risiko aufseiten der Pflegeempfänger*innen aus einer Fehleinschätzung der eigenen funktionalen Fähigkeit, ist die Förderung zur realistischen Einschätzung, z.B. durch eine Beratung hinsichtlich der körperlichen Fähigkeit geboten. Zusätzlich ist die/der Pflegeempfänger*in darauf hinzuweisen, dass diese*r nicht allein aufstehen soll. Es ist darauf zu achten, dass die Klingel immer in Reichweite abzulegen ist. In diesem Fall ist zusätzlich eine pflegerische Fachberatung indiziert. Liegen bei einer/einem Pflegeempfänger*in sensorische Beeinträchtigungen vor, werden der/dem Pflegeempfänger*in die Ausstattung des Zimmers erklärt und Stolperfallen beseitigt. Liegen Einschränkungen in der Ausscheidung und/oder eine Inkontinenz vor, sollten regelmäßige Toilettengänge angeboten werden, vor allem vor dem Schlafengehen. Eventuell wird ein Toilettenstuhl oder eine Urinflasche nachts am Bett bereitgestellt. In regelmäßigen Abständen und bei Veränderungen sind die Interventionen zu evaluieren und ggf. anzupassen. Diese Maßnahmen sollen einen Sturz vermeiden; nicht immer gelingt dies. Im Falle eines Sturzes ist sodann ein Sturzprotokoll anzufertigen.

Sturzprotokoll

Unabhängig von der Schwere oder eventuellen Verletzungen muss jeder Sturz dokumentiert werden. Das Sturzereignisprotokoll ist ein etabliertes Instrument und gilt als eine Sonderform der pflegerischen Dokumentation.

Das Hauptziel dieses Protokolls ist, das Sturzgeschehen so präzise wie möglich zu beschreiben. Diese Niederschrift ist die Grundlage dafür, das Sturzgeschehen zu reflektieren. Es gilt, die mögliche Ursache des Sturzes zu analysieren und ggf. die Sturzursache zu beseitigen. Dabei werden die bereits geplanten Präventionsmaßnahmen reflektiert und auf ihre Wirksamkeit nochmals überprüft und ggf. angepasst.

Bei Regressansprüchen hat das Sturzprotokoll eine hohe rechtliche Relevanz. Es ist ein zentrales Dokument, um den Sachverhalt und die Verantwortlichkeiten zu

klären. Deshalb sollte besonderes Augenmerk auf eine detaillierte Beschreibung des Sturzverlaufs gelegt werden. Nur durch eine präzise Beschreibung erhält ein unbeteiligter Dritter ein Bild über den Sturz.

Gerade das Sturzprotokoll verdeutlicht die Wichtigkeit der pflegerischen Dokumentation. So fordert auch der DNQP (2022, S. 23), dass für eine effektive Sturzprävention und zur Sturzerfassung geeignete Dokumentationssysteme vorzuhalten sind. Wichtige Inhalte sind:

- Personenbezogene Daten.
- Station/Einheit, Datum, Zeit und Ort des Sturzes.
- Sturzablauf, Beschreibung des Sturzgeschehens.
- Gesundheitliches Befinden und Aktivität unmittelbar vor dem Sturz.
- Mögliche Zeug*innen des Sturzgeschehens.
- Ort des Sturzes.
- Wurden Hilfsmittel und/oder Schuhe verwendet.
- Unmittelbare physische und psychische Sturzfolgen.
- Unmittelbar eingeleitete Folgemaßnahmen.

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich auf die pflegerisch fachlichen Inhalte und auf die analoge Vorgehensweise. Nachfolgend wird nun auf die digitale Pflegedokumentation eingegangen.

Digitale Pflegedokumentation

Die Digitalisierung bietet bei der Pflegedokumentationen große Vorteile. Diese liegen in der besseren Lesbarkeit, der Vereinheitlichung und in der schnelleren Aktualisierung z.B. von Informationen und/oder von Assessments. Die strukturierte Ablage von Patient*innendaten sowie die gleichzeitige Verfügbarkeit für unterschiedliche Akteur*innen, die an der Behandlung beteiligt sind, können die Patient*innensicherheit erhöhen.

Allerdings finden sich bislang keine gesicherten Zahlen über den Verbreitungsgrad der digitalen Pflegedokumentation. Aus den IT-Reporten von Hübner et al. der Jahre 2015, 2018 und 2020 geht hervor, dass die Verbreitung der digitalen Pflegedokumentation stetig zugenommen hat. 2015 hatten 19,4 % der Kliniken die Pflegedokumentation in allen Einheiten vollständig umgesetzt (Hübner et al. 2015, S. 28). 2018 war es bei 22,9 % (Hübner et al. 2018, S. 26) und im Jahr 2020 bei 30,8 % (Hübner et al. 2020, S. 73) der Kliniken der Fall.

Die Entwicklung der Implementierung der Pflegedokumentation zeigt sich noch deutlicher, wenn die Zahlen der »vollständig umgesetzten digitalen Pflegedokumentation in allen Einheiten« und »vollständig umgesetzt in mindestes

einer Einheit« addiert werden. 2015 zeigt sich so eine Umsetzungsquote von 31,3 % (Hübner et al. 2015, S. 28). 2018 stieg diese auf 38,6 % (Hübner et al. 2018, S. 26). Einen Sprung bei der Einführung der digitalen Pflegedokumentation ist dem IT-Report 2020 zu entnehmen. In diesem Jahr hatten bereits 62,1 % der Kliniken die digitale Pflegedokumentation vollständig oder in mindestens in einer Einheit implementiert (Hübner et al. 2020, S. 72).

Eine Aufgabe bei der Umstellung von einer papierbasierten Pflegedokumentation auf eine digitale Pflegedokumentation ist dies Sicherstellung der erforderlichen Skills des Pflegefachpersonals bezogen auf die IT-Kompetenz. Die größte Herausforderung ist es jedoch, die fachlichen Inhalte so zu programmieren, dass das IT-System den komplexen Pflegeprozess abbilden kann. Der nächste Abschnitt geht auf diese Challenge ein.

Digitale Pflegeplanung

Mit zunehmendem Reifegrad der digitalen Dokumentation verändern sich die Nachteile und Vorteile. Zu Beginn der digitalen Pflegedokumentation waren die Möglichkeiten begrenzt: So war es möglich, verschiedene Skalen wie in Kapitel 2.2 genannt über die digitale Akte abzurufen. Im zweiten Schritt »kommunizierten« diese mit verknüpften Daten wie zum Beispiel mit dem Alter, und das System schlug nur zutreffende Skalen für das jeweilige Alter vor. Inzwischen gibt es Systeme, die die Elemente des Pflegeprozesses abbilden, indem mehrere Kataloge bzw. Klassifikationen verknüpft wurden.

So lässt sich z.B. aus dem Pflegestatus, d.h. ohne Zusatzdokumentation, das Sturzrisiko auswerten. Dies ist zum Beispiel bei den Instrumenten des Systems für die effiziente Pflegeanalyse (epaSYSTEM) wie dem epaAC (Acute) Care der Fall. Im der epaAC Version 2.4 würden folgende Items das Sturzrisiko triggern:

- Selbstpflegefähigkeit Aktivität/Fortbewegung,
- verändertes Gangbild,
- Gleichgewichtstörungen,
- Sturzereignis in den letzten 2 Monaten,
- aktuelles Sturzereignis,
- dranghafte oder gesteigerte Ausscheidungsfrequenz,
- Orientierung (Zeit, Ort, Person, Situation),
- Sturz-/Delirrisiko erhöhende Medikamente sowie
- Sehfähigkeit.

Hinweise auf das Vorliegen eines Risikos erfolgt, wenn mindestens ein Item mit einer Beeinträchtigung kodiert ist. epaAC ist ein Assessmentinstrument zur Erfassung des Pflegestatus und berücksichtigt deshalb – logischerweise – keine umge-

bungsbezogenen Sturzrisikofaktoren. Wie bei jedem standardisierten Instrument obliegt auch im epaAC die Interpretation der Assessmentergebnisse einer Pflegefachperson (Bartholomeyzik/Hunstein 2006).

Ist das epaSYSTEM mit dem Pflegediagnosen-Katalog NANDA-I verknüpft, kann das System zutreffende Pflegediagnosen wie z.B. »Risiko eines Sturzes bei Erwachsenen« vorschlagen. Im nächsten Schritt wählt die Pflegefachperson eine zutreffende Pflegediagnose aus oder sie bestätigt die vom System vorgeschlagene Pflegediagnose. Ist das System zudem z.B. mit dem LEP®-Katalog verbunden, schlägt das System dann verknüpfte pflegerische Intervention vor. Der Vorteil ist, dass ein Nachschlagen in Büchern zur Festlegung der Pflegediagnosen oder das Nachschlagen in Standards zur Auswahl von pflegerischen Interventionen entfällt. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass digitale Akten – anders als Papierakten – physisch nicht begrenzt sind. Der begrenzte Platz auf den Papierakten führte oft dazu, dass viele Abkürzungen oder Interventionen in Gruppen zusammengefasst wurden; beides schränkte die Nachvollziehbarkeit ein. In der digitalen Pflegeakte ist ebenfalls ein Sturzprotokoll vorzuhalten.

Digitales Sturzprotokoll

In der elektronischen Pflegedokumentation gibt es wie in der Papierversion ein Sturzprotokoll. Grundsätzlich ist es in den digitalen Akten möglich, definierte Begriffe einzublenden bzw. identische Felder automatisch ausfüllen zu lassen. Unter dem Aspekt der Zeitersparnis und der Vermeidung einer Doppeldokumentation ist dies immer ein Wunsch der Pflegefachpersonen. Allerdings ist es gerade im Sturzprotokoll nicht ratsam, z.B. Daten eines vorangegangenes Sturzprotokolls zu übernehmen. Jeder Sturz ist ein individuelles Geschehnis und ist als solches zu dokumentieren. Vorsicht ist geboten bei der Dokumentation der Sturzzeit. Meist geben elektronische Akten die aktuelle Zeit vor. Der Sturz liegt jedoch in der Vergangenheit. Idealerweise ist das Feld für den Sturzzeitpunkt nicht mit der aktuellen Zeit verbunden. Die Patient*innendaten und die zuletzt geplanten sturzprophylaktischen Maßnahmen können hingegen aus der Akte übernommen werden.

Erleichterung in der Dokumentation bieten vorgegebene Auswahlmöglichkeiten. Es ist es z.B. wichtig zu beschreiben, ob jemand das Sturzgeschehen beobachtet hat. So ist es zum Beispiel sinnvoll, folgende Varianten vorzugeben:

- Sturzhergang laut Pflegende.
- Sturzhergang laut Beobachter*innen.
- Sturzhergang laut Pflegeempfänger*in.
- Beschreibung, wie die/der Patient*in aufgefunden wurde, da …
- Sturzhergang unbekannt.

Bei den ersten beiden Möglichkeiten muss es dazu ein Freitextfeld geben, um den Namen der jeweiligen Person eintragen zu können.

Die wichtigste Information auf dem Protokoll ist die nähere Beschreibung des Sturzherganges. Im Fall eines Regresses ist eine besonders genaue Beschreibung von großem Vorteil. Hier empfehlen sich weder vorgegebene Felder noch Textbausteine. Hilfreich wäre eine sprachgesteuerte Dokumentation; so könnte die protokollierende Pflegefachperson eine genaue Beschreibung einfach erstellen.

Das digitale Sturzprotokoll hat weitere Vorteile, die eine papiergestützte Version nicht bieten kann. Zum Beispiel kann eine automatisierte Benachrichtigung an die zuständige pflegerische Leitung programmiert werden. Die Information zu einem Sturz ist dann ohne weiteren Aufwand gewährleistet.

Da es sich teilweise um standardisierte Protokolle handelt, können aus den Variablen wie Ereignisort, Schwere und Folgen des Sturzes etc. automatisiert Statistiken erstellt werden. Im Expertenstandard Sturzprophylaxe (DNQP 2022, S. 22) ist als Ergebniskriterium bei E5b beschrieben: »In der Einrichtung liegen Zahlen zur Häufigkeit, Umständen und Folgen der Stürze vor«. Da die Daten bereits nach der Dokumentation digital vorliegen, ist eine Auswertung direkt möglich. Idealerweise erhalten die pflegerischen Leitungen und das Qualitätsmanagement innerhalb der ersten fünf Tage des neuen Monats die Statistiken für den Vormonat der jeweiligen Einheiten. Der Vorteil einer zeitnahen Verfügbarkeit der Daten ist, dass zum Beispiel bei einem umweltbezogenen auffälligen Risiko sofort reagiert werden kann.

Der Standard sieht zudem vor, jeden Sturz zu analysieren. Vorstellbar ist hier, dass zukünftig die Auswertung mit Künstlicher Intelligenz (KI) gestützt wird, da KI schneller Muster und Auffälligkeiten analysieren kann. Bei einer zeitnahen Information ist das Ereignis den beteiligen Personen (Pflegeempfänger*in und/oder Pflegefachperson) noch in Erinnerung. Zudem bietet es die Möglichkeit, die Pflegeempfänger*innen einzubeziehen und die Intervention anzupassen, wenn dieser noch auf der Station oder im pflegerischen Bereich ist. Diese präventiven Interventionen werden schon heute durch Assistenzsysteme und Technologien unterstützt.

Präventive Interventionen durch Assistenzsysteme

Der technologische Fortschritt eröffnet zahlreiche Optionen für die Vorbeugung von Stürzen, vor allem durch Hilfssysteme. Diese technischen Werkzeuge sind so konzipiert, dass sie nicht nur Pflegefachpersonen, sondern auch den Pflegebedürftigen selbst helfen, weil sie interaktiv und individuell anpassbar sind.

Spezifische Assessment und Ganganalysen

Eine erfahrene Pflegefachperson kann aufgrund der eigenen Expertise ein akutes Sturzrisiko sofort und ohne Assessment feststellen. Für eine tiefere Analyse zur Feststellung der individuellen Risikofaktoren sind jedoch Tests und Assessments erforderlich. Die zusätzliche Erfassung von Mobilitätsparametern wie z.B. Ganggeschwindigkeit, Schrittlänge und Trittfrequenz ermöglicht, dass die Förderung der Mobilität objektiver und individuell auf einzelne Personen zugeschnitten werden kann (Friedrich/Fuchs/Wolf 2024, S. 287).

Eine Kombination aus einer Ganganalyse, einem Fragebogen und einer automatischen Dokumentation bietet die LINDERA Mobilitätsanalyse-App an. Für die Ganganalyse wird ein Video mit der zu beurteilenden Person erstellt. Dieses Video kann mit einer konventionellen Smartphone-Kamera produziert werden. Der KI-Algorithmus wertet sodann u.a. die Geschwindigkeit, die Länge der Schritte sowie die Schritthöhe aus. Die KI-Technologie erstellt einen persönlichen Avatar und ermittelt ein 3D-Skelett.

In der ersten Version wurde in der App unter anderem der obengenannte Timed Up & Go-Test angeboten. Ein Fragebogen erfasst zusätzliche Risikofaktoren wie Schwindel, Hör- und Sehstörungen, Medikamente, kognitive Beeinträchtigungen und frühere Stürze. Bei einer regelmäßigen Anwendung sind dann Entwicklungsverläufe zu erkennen. Die App stellt nach der Analyse Empfehlungen zur Sturzprävention zu Verfügung. Laut dem Hersteller lässt sich die App in führende Dokumentationssysteme integrieren und bietet zudem Textblöcke für die strukturierte Informationssammlung (SIS) an (LINDERA 2025). Die Ergebnisse der Analysen sollten den Pflegeempfänger*innen in einem pflegerischen Beratungsgespräch mitgeteilt und eine Vereinbarung über einen gemeinsamen Weg der Umsetzung getroffen werden.

Pflegefachliches Beratungsgespräch

Eine wichtige Sturzintervention ist die Beratung über die potenzielle oder akute Sturzgefährdung. Der Expertenstandard Sturzprophylaxe beschreibt hierzu in den Prozesskriterien: »Die Pflegefachkraft informiert den pflegebedürftigen Menschen und die Angehörigen über das festgestellte Sturzrisiko und bietet Schulung und Beratung zur Vermeidung von Stürzen an« (DNQP 2022, S. 23). In vielen Krankenhäusern wurden hierzu Flyer erstellt. Mit digitalen Geräten sind weitere Lösungen denkbar. Bei der Verwendung eines Tablets könnten z.B. die Inhalte der Beratung direkt in die Pflegedokumentation übermittelt werden. Die Visualisierung der Ergebnisse, bspw. der Ganganalysen, könnten das Verständnis zur Beachtung der empfohlen präventiven Maßnahmen erhöhen. Verfügt der Pflegeempfänger

über ein geeignetes Gerät und kann dieses bedienen, könnten z.B. in einer App individuelle Videos zu Verfügung gestellt werden.

Ein Thema könnte sein, wie und warum Hilfsmittel verwendet werden sollen oder welche Faktoren das Sturzrisiko erhöhen. Eine interaktive Beschäftigung mit dem Thema Sturzprophylaxe, zum Beispiel kombiniert mit einem Kreuzwort- oder einem Bilderrätsel. würden spielerisch das Thema erörtern. Weitere Angebote wie Trainingspläne und animierte Übungen sind denkbar. Das pflegerische Beratungsangebot könnte zukünftig auch virtuell angeboten werden. Die Potenziale der Telepflege in Deutschland sind bis dato weitgehend ungenutzt. Schweden hat die erste nationale IT-Strategie für Gesundheit und Pflege bereits 2006 verabschiedet (Lehmann et al., S. 161). Die Ressource der Telepflege wird seit Jahren in Schweden erfolgreich genutzt.

Eine weiteres Einsatzgebiet wäre im Sinne der Primärprävention, Patient*innen bereits vor dem Krankenhausaufenthalt für das Thema zu sensibilisieren. Gerade bei elektiven operativen Eingriffen könnten Patient*innen über das postoperative Sturzrisiko aufgeklärt werden. Das postoperative Sturzrisiko betrifft nicht nur ältere Patient*innen, sondern alle Altersgruppen; gerade jüngere Patient*innen unterschätzen das Risiko und überschätzen sich nach einer Operation. Diese Information und Hinweise, wie sie sich postoperativ verhalten sollen (nicht allein aufzustehen, passendes Schuhwerk wie stabile Schuhe ohne Absätze mitzubringen etc.), könnten vorab per Mail automatisiert zugestellt werden. In der Analyse und in der Beratung ist zu prüfen, ob ein Hilfsmittel das Sturzrisiko senken könnte. Ein klassisches Hilfsmittel bei Gangstörungen ist der Rollator. Auf die Vor- und Nachteile sowie die aktuellen Entwicklungen von Rollatoren wird im nächsten Kapitel eingegangen.

Hilfsmittel

Ein Rollator entlastet die Beinmuskulatur, unterstützt die Standfähigkeit und gibt Sicherheit. Allerdings kann ein Rollator nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Oft sind Rollatoren nicht an die benutzende Person angepasst, was zu Haltungsschäden führen kann. Da der Rollator mit beiden Händen festgehalten wird, findet kein normaler Bewegungsablauf mehr statt. Die Koordinationsfähigkeit und das Gleichgewichtsvermögen nehmen zudem ab. Empfohlen wird ferner, dass die Verwendung eines Rollators gelernt werden soll. Besonders wichtig ist das Einüben des Bremsens, das Fixieren der Bremsen und der Umgang auf abschüssigem Gelände. Geübt werden soll zudem das Überwinden von Hindernissen wie Türschwellen und Bordsteinen. Der digitale oder intelligente Rollator ist keine Fiktion mehr, wenngleich es sich noch um Prototypen handelt.

Um den oben beschriebenen Problemen entgegenzuwirken, gab es bereits ein Forschungsprojekt dazu. In dem Projekt ModESt (Laufzeit 01/2017 bis 06/2020) wurde die Entwicklung eines Rollators erforscht, »der durch kontinuierliche Er-

fassung von Haltungs- und Gangparametern des Benutzers Muster mit erhöhtem Sturzrisiko erkennt« (Choudhury et al., S. 883).

Ein aktuelles Projekt (Laufzeit 11/2024 bis 10/2026) ist SmartRoll. Ziel ist, einen Rollator mit intelligenten Funktionen zu entwickeln. So soll kontinuierlich anhand von Sensoren das Sturzrisiko gemessen werden. In kritischen Situationen soll der Rollator selbstständig bremsen. Eine digitale Navigation soll die Orientierung in der Klinik erleichtern. Im Notfall wäre es zudem möglich, den gestürzten Menschen zu lokalisieren (BMBF 2024).

Dupret et al. (2023) haben subjektive Erfahrungen im Umgang mit Rollatoren untersucht. Dies geschah zunächst mit handelsüblichen Rollatoren, die dann in einer weiteren Testphase mit einer Elektronikbox (DigiRoll) modifiziert wurden. Der DigiRoll verfügte über digitale Assistenzfunktionen. So wurden Hindernisse auf dem Weg signalisiert und bei eingeschränkten Lichtverhältnissen schaltete sich eine Beleuchtung ein. Es konnte manuell oder automatisch ein Notruf ausgelöst werden. Über die gesendeten GPS-Daten wäre eine Ortung möglich gewesen. Die Studie zeigt, dass die Zielgruppe ein großes Interesse an der Weiterentwicklung von Assistenzsystemen hat. Es ist jedoch noch nicht geklärt, inwieweit intelligente Rollatoren das Sturzrisiko tatsächlich verringern können. (Friedrich/Fuchs/Wolf 2024, S. 286). Zudem wurde deutlich, dass die individuellen Anforderungen in Abhängigkeit von der Wohnsituation, der Art der Beeinträchtigung und der Lebensgewohnheiten variieren. Grundsätzlich ist die Umgebungsgestaltung ein wichtiger Faktor für die Sturzprävention. Das nächste Kapitel widmet sich deshalb der Umgebungsgestaltung im Akut- und Langzeitpflegebereich.

Umgebungsgestaltung

Die Umgebungsgestaltung ist abhängig von dem jeweiligen pflegerischen Setting. Stürze aus dem Bett sind ebenfalls ein häufiges und unerwünschtes Ereignis, im Krankenhaus ebenso wie im Langzeitpflegebereich.

Seit langem gibt es hierzu schon unterstützende Systeme, Sturzmatten zählen hierzu. Diese Matten sind mit Sensoren ausgestatten, die eine Belastung erkennen und dann einen Alarm auslösen. Nachteil dieser Matten ist, dass diese bei jeder Belastung Alarm auslösen, unerheblich ob ein*e Besucher*in, Personal oder die/der Pflegeempfänger*in die Matte belastet. Dies führt zu häufigen Fehlalarmen, was die Compliance beim Personal senkt. Die Reichweite der Sensormatten ist nur so groß wie die Matte selbst. Die zusätzliche Auflage auf den Boden bildet wiederum selbst eine Stolperfalle. Der größte Nachteil ist, dass erst Alarm auslöst, wenn die/der Pflegeempfänger*in bereits auf der Matte steht.

Die Installation eines Sturzerkennungsbodens deckt die ganze Lauffläche ab. Ein Beispiel hierfür ist der SensFloor von Future (FuTRe 2024), der ebenfalls mit Sensoren ausgestattet ist. Neben der Sturzerkennung kann dieses System u.a. die

Gehgeschwindigkeit und Schrittparameter messen. Das KI-gesteuerte System kann Abläufe erlernen und über Abweichungen informieren. Dies setzt voraus, dass der komplette Bereich des Bodens damit ausgestattet ist.

Alltäglicher sind Sturzsensoren, die auf Bewegungen reagieren. Diese werden auf den Boden gestellt oder am Bett befestigt. Der Optiscan (Daza 2024) wird zum Beispiel auf den Boden platziert, verfügt über einen sechs Meter weiten Erfassungskegel von 90 Grad und reagiert auf Bewegungen in Kombination mit der Körperwärme. Dieser Sturzsensor wie auch die Sturzmatten können am Klingelsystem angeschlossen werden und lösen darüber Alarm aus. Die Sensoren werden so platziert, dass diese bereits Alarm auslösen, wenn die/der Pflegeempfänger*in versucht aufzustehen.

Das intelligente Sitzkissen, bspw. Optiseat (Daza 2024), hat eine »Aufsteh-Erkennung«. Die Drucksensoren reagieren auf einen Aufstehversuch und lösen Alarm aus.

Intelligente Pflegebetten sind ebenfalls schon auf dem Markt. Die Firma Wissner-Bosserhoff (2024) bewirbt ihr Pflegebett sentida 7-i connect mit einer »360° Digitalisierung«. Mehrere Features sind für die Sturzprävention relevant: So verfügt dieses Bett über einen Feuchtigkeitsassistenten. Wird Feuchtigkeit im Bett erkannt, erfolgt eine Meldung an die Rufanlage. Da Feuchtigkeit im Bett unangenehm ist, könnte die/der Pflegeempfänger*in dies nutzen, um aufzustehen. Präventiv könnte hier reagiert werden.

Der Betthöhenassistent meldet ebenfalls Abweichungen des Status bei einer definierten Bettenhöhe. Der Bremsassistent zeigt an, wenn die Bettbremse nicht arretiert ist. Spezifisch zur Sturzprophylaxe verfügt dieses Bett über einen Bed-Exit-Manager. Dieser alarmiert, wenn die/der Pflegeempfänger*in das Bett verlassen will. Zudem verfügt das Bett über eine Nachtlichtautomatik. Das Licht aktiviert sich automatisch, wenn die/der Pflegeempfänger*in das Bett verlässt. Registriert das Bett, dass die/der Pflegeempfänger*in wieder im Bett ist, erlischt dieses wiederum automatisch. Einige Hersteller bieten eine Unterbettbeleuchtung als nachrüstbare Option an.

Eine Erweiterung dieser Features bietet der QUMEA-Sensor (2025); dieser ist an der Decke befestigt und misst dabei berührungslos und kontinuierlich menschliche Bewegung im Patient*innenzimmer. Die Kombination des 3D-Radars mit Künstlicher Intelligenz ermöglicht die Erstellung eines Mobilitäts-Monitorings. So werden u.a. Bettausstiegstendenzen und Aufstehversuche erkannt, außerdem informiert das System, wenn die Rückkehr ins Bett ausbleibt. Über ein Dashboard können die Daten eingesehen werden; Trends und Abweichungen der Bewegungsdaten werden dort ebenfalls dargestellt. Die Bewegungsdaten sollen unter anderem für die Bewegungsförderung erschlossen werden.

Bewegungsförderung

Die effektivste Sturzprophylaxe ist die Bewegungs- und Gleichgewichtsförderung. Die körperliche Leistungsfähigkeit älterer Menschen verringert sich mit fortschreitendem Alter, was zu einer Zunahme des Sturzrisikos führt. Bewegungs- und Trainingsmaßnahmen können die Kraft, Balance und Koordination verbessern und somit das Sturzrisiko reduzieren (Friedrich/Fuchs/Wolf 2024).

Apps und Heimtrainingsgeräte bieten digitale Methoden zur Bewegungsförderung an. Diese ermöglichen älteren Menschen, Kraft- und Gleichgewichtsübungen zuhause eigenständig durchzuführen. Zukünftig ist es denkbar, dass Apps, die eine Haltungs- und Bewegungsanalyse anbieten, im Anschluss die entsprechenden Übungen hierzu vorschlagen.

Erleiden Menschen durch eine Krankheit oder einen Unfall Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat, ist so früh wie möglich mit der Rehabilitation zu beginnen. Das Projekt ROREAS (Laufzeit 07/2013-03/2016) widmete sich diesem Thema (ROREAS 2024). Im Fokus des Vorhabens war ein robotischer Reha-Assistent für das Lauf- und Orientierungstraining. Er leitete Schlaganfallpatient*innen bei Laufübungen an, um ihre Mobilität und Orientierung zu verbessern. Im Abschlussbericht wird festgestellt, dass sich das assistierte Training »als machbar und nützlich erwiesen« (Pfeiffer 2016, S. 84) hat. Allein durch Gangtraining rechnet sich der Roboter wirtschaftlich jedoch nicht (Pfeiffer 2016, S. 84).

Besonders belastend für Pflegefachpersonen und teilweise risikobehaftet für die Pflegeempfänger*innen ist der Transfer aus dem Bett. Es besteht u.a. die Gefahr der Dislokation von Zu- und Abgängen und einer Kreislaufinstabilität. Aus diesem Grund wird oft die Frühmobilisation auf einer Intensivstation zu selten oder zu spät durchgeführt. Eine Unterstützung durch technische Hilfe ist daher naheliegend. Das assistiv-robotische System VEMOTION® ist in der Lage, Patient*innen ohne Transfer in eine vertikale Position zu verbringen. Zudem ist ein »In-Bed«-Lauftraining, das eine Bewegung der Beine gemäß Laufmuster ermöglicht, integriert (Warmbein/Fischer 2023, S. 47). In dem Forschungsprojekt MobiStar, das die Anwendung des assistiv-robotischen Systems VEMOTION® untersuchte, stellen die Autor*innen fest, dass die Vor- und Nachbereitung im Schnitt mindestens 45 Minuten betrugen und bei der Vorbereitung meist zwei Intensivpflegefachpersonen hierfür benötigt werden (Warmbein/Fischer 2023, S. 48).

Mehler-Klamt et al. (2022) untersuchten mittels eines Scoping Reviews den Einsatz von robotischen und technischen Systemen zur Frühmobilisation auf der Intensivstation. Sie stellten fest, dass am häufigsten elektronische Bettfahrräder eingesetzt wurden. Zudem stellten sie fest, dass robotische Systeme erst seit 2021 in der klinischen Praxis eingesetzt werden und daher die Datenlage für eine Aussage hierzu nicht evident ist. Welche Chancen und Herausforderung ergeben sich aus den Ausführungen? Diese Frage wird im nächsten Kapitel diskutiert.

Chancen und Herausforderungen

Es existieren zahlreiche technologische Optionen zur Prävention von Stürzen, die gleichermaßen in der häuslichen Umgebung als auch in der stationären Umgebung genutzt werden können.

Jedoch bestehen trotz der Vorzüge dieser Technologien noch viele Schwierigkeiten wie z.B. bei deren Anwendung und Implementierung. Darüber hinaus gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den zahlreichen Forschungs- und Entwicklungsprojekten und den tatsächlich genutzten Systemen. Bisher fehlt es an ausreichender Forschung zur breiteren Anwendung dieser Technologien.

Zudem muss die Frage gestellt werden, ob bei der Entwicklung die Prioritäten richtig gewählt sind. Ist die jetzige Entwicklung eines Roboters, der das Sturzrisiko erkennt, notwendig, wenn dies eine pflegerische Fachperson sowieso erkennt? Wäre es nicht notwendiger, primärpräventiv zu agieren und die Selbständigkeit im häuslichen Bereich zu erhalten? Prioritärer wäre es, technische Hilfsmittel zu entwickeln, die z.B. Gegenstände vom Boden aufheben oder transportieren könnten.

Die Einführung der IT-gestützten Pflegedokumentation zeigt positive Zeiteffekte, insbesondere durch die automatisierte Datenerfassung und den besseren Zugang zu Informationen. In der Intensivpflege spart es Zeit, wenn die Vital- und Beatmungsparameter sowie die Laufzeit von Spritzen- und Infusionspumpen automatisch übertragen werden. Jedoch werden riesige Datenmengen generiert, die kaum noch auszuwerten sind. Ist dies medizinisch und pflegerisch sinnhaft?

Die elektronische Dokumentation suggeriert auch bei nicht automatisierten generierten Daten einen genauen Zeitpunkt. Jedoch entspricht der Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht zwangsläufig den scheinbar minutengenauen Zeitpunkten, zu denen dokumentiert wird.

Durch das Vorgeben von Interventionen und das einfache Anklicken wird unter Umständen mehr dokumentiert als fachlich notwendig ist. Daten wecken Begehrlichkeiten von Dritten, und es gilt zu klären, wer welche Daten verwenden will und zu wessen Lasten dies geht.

Es gilt, einen Code of Conduct – einen Verhaltenskodex – zu formulieren, der sich ausdrücklich mit dem Ethik-Kodex der Forschung und der Analytik (ELSI) beschäftigt (DPR, 2019).

Zudem ist es denkbar, dass sich die dokumentationspflichten Variablen erhöhen, ohne dass es fachlich und/oder inhaltlich einen Sinn ergibt. Bei pflegefachlichen das Pflegemanagement betreffenden Fragestellungen muss die pflegerische Disziplin die Führung innehaben.

Vorteil ist, dass durch die Digitalisierung der Pflegedokumentation die pflegerische Tätigkeit bzw. Leistung und deren Erfolge sichtbarer werden. Dies kann z.B. über die beschriebene NANDA-I Klassifikation erfolgen. Strukturierte pflegerische

Informationen steigern die Auswertung unter pflegewissenschaftlichen, pflegepädagogischen und pflegemanagementspezifischen Fragestellungen.

Das Forschungsprojekt MobiStar zeigt beispielhaft, dass eine Implementierung eines assistiv-robotischen Systems nicht Zeit einspart, sondern verschiebt. Es ist zwar davon auszugehen, dass sich der zeitliche Aufwand verringert, wenn dies in die Routine übergeht, er wird sich jedoch nicht auflösen. Neue Technologien werden den Workflow und den Workload der pflegerischen Disziplin ändern. Dies darf jedoch nicht unkontrolliert bzw. ohne die Profession Pflege geschehen. Begleitende pflegewissenschaftliche Projekte bzw. der pflegewissenschaftliche Support und der Einbezug der Pflegepraxis sind unabdingbar.

Viele der bereits entwickelten System erkennen eine potenzielle Sturzgefahr, z.B., dass ein*e Pflegeempfänger*in gerade aufstehen will. Vorteil ist, dass diese Situationen sofort erkannt werden, jedoch muss immer eine schnelle pflegerische Reaktion folgen, um einen Sturz zu verhindern. Eine schnelle Reaktion ist aber nur möglich, wenn Pflegepersonal verfügbar ist.

Digitale Anwendungen, Assistenzsysteme und Technologien sind in unterschiedlicher Intensität Realität im pflegerischen Alltag. Diese haben und werden zukünftig die Skills der Pflegefachpersonen beeinflussen. Es ist daher nicht mehr notwendig die Frage zu stellen, ob die Systeme Veränderungen mit sich bringen. Es gilt vielmehr die Frage zu stellen, wie diese Systeme bereits heute und zukünftig sich auf die Pflegekultur auswirken. Gedanken zu den Veränderungen der Pflegekultur finden sich im letzten Abschnitt.

Veränderung der Pflegekultur

Der Pflegeberuf ist kein Beruf, der Technik und/oder Technologien ablehnt (DPR 2019). Technische Neuerungen und digitale Anwendungen sind schon lange im pflegerischen Beruf gebräuchlich, wenngleich es von Setting zu Setting unterschiedlich ist. Eine lange Tradition mit einem sehr hohen Technisierungsgrad sind die Settings der Intensivpflege und die der Dialyse. Der Deutsche Pflegerat stellte 2019 fest, dass »die Digitalisierung […] ein Teil der Pflegeprofession« ist. Es ergibt sich aus dem professionellen Selbstverständnis, dass nicht auf die Potenziale der Digitalisierung verzichtet werden kann (DPR 2019).

Der Beruf der Pflegenden ist ein menschenzugewandter Beruf und daher wägen Pflegende mit Bedacht die Einführung der Technik in ihrem Bereich ab. Es ist ein Teil des pflegerischen Auftrags sicherzustellen, dass der ethische und letztendlich der menschliche Aspekt nicht verloren geht.

Neue Technologien binden Zeit, die unter Umständen zulasten des persönlichen Kontakts zu und der pflegerischen Tätigkeit an den Pflegeempfänger*innen geht. Das Auslesen von Daten, das Aufrüsten von Systemen und zukünftig das Monito-

ring von Robotik und Sensortechnik wird Ressourcen binden. Dies wird Einfluss auf den klinischen Blick nehmen und ist daher zu beobachten und zu steuern. Die Pflegepädagogik wird Konzepte entwickeln müssen, um dies auszubalancieren. Das Pflegemanagement muss aktiv die Steuerung übernehmen.

Fast jeder Beitrag, der sich mit Technologien für die Pflege beschäftigt, führt als Argumentation den Pflegepersonalmangel an. Zu einem ist noch nicht bewiesen, dass dies Pflegepersonal einspart, und zum anderen impliziert dies, dass pflegerische Handlungen rein technisch sind und somit technisch gelöst werden können. Gerade der Altenpflegebereich ist im Fokus: Pflegeroboter, Patient*innenwaschmaschinen oder Tierroboter als Ersatz von menschlicher Zuwendung sind keine Fiktion mehr. Das ist Versorgung im wahrsten Sinne des Wortes. Welche Lebensqualität und welche Kultur der Technologisierung steht dahinter und welche Wege wollen wir prospektiven diesbezüglich beschreiten? In Deutschland gibt es ebenfalls einen Mangel an Erzieher*innen, es wird jedoch nicht über einen vollautomatisierten Kindergarten bestückt mit Erzieher*innenrobotern nachgedacht.

Im Weiteren sind es oft fachfremde Disziplinen, die meinen, Lösungen für den Pflegeberuf parat zu haben und so übergriffig den Pflegeberuf beeinflussen. Dies ist – logischerweise – nicht förderlich für die Akzeptanz. Bei technologischen Entwicklungen werden technische Disziplinen und deren Knowhow benötigt. Jedoch sind die zu entwickelnden Technologien, die Ziele und die Einsatzmöglichkeiten von der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis vorzugeben.

Es gilt sicherzustellen, dass die Kontrolle und die Arbeitstaktung nicht nur über Daten oder Vorgaben von den Technologien erfolgt. Die pflegerische Fachkompetenz muss immer die Prioritätensetzung vornehmen. Dies setzt grundlegende Technikkompetenz voraus. Hierzu ist es notwendig, dass die Lehrpläne der Ausbildung, die Fort- und Weiterbildungsangebote das Thema Digitalisierung, assistive Technologien und Robotik aufnehmen. Pflegerische Studiengänge sollten hierzu Schwerpunkte, wie z. B. Telepflege, Robotik, Grundlagen der Technik etc. anbieten.

Wichtige Argumente für die Akzeptanz ist eine nutzerorientierte Technik im Pflegesetting. Diese muss dem pflegerischen Bedarf sowie dem pflegerischen Berufsethos entsprechen. Der Zeitaufwand, um technische Geräte zu implementieren und in die tägliche Routine zu integrieren, muss in einer vernünftigen Zeit-Nutzen-Relation stehen.

Es gilt zudem praktische Fragen zu klären. Passen die Geräte in die Räumlichkeiten? Wo stehen die Geräte, wenn Sie nicht genutzt werden? Nicht, dass diese wiederum selbst zu Stolperfallen werden.

Jede Entwicklung und Nutzung von Technik ist unter das Gebot der pflegerischen Bedarfsgerechtigkeit, Nutzer*innenorientierung und der Menschenwürde zu stellen (DPR, 2019).

Technologische Fortschritte werden zu neuen pflegerischen Aufgabenbereichen führen. Der technologische Wandel wird die pflegerische Arbeitswelt beeinflussen

und neue Beschäftigungsformen hervorbringen. Der pflegerische Beruf steht diesem positiv gegenüber, wenn die Gestaltung und die Entwicklung von der pflegerischen Disziplin selbst gestaltet wird.

Literatur

Bartholomeyczik, Sabine/Hunstein, Dirk (2006): »Positionspapier: Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen«, in: PrInterNet 05(06), S. 315–317. Siehe https://www.epa-cc.de/wp-content/uploads/2021/01/bartho_hunstein_assessmentinstr._2006pdf.pdf, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

BMBF (2024): »Projekt SmartRoll«. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Siehe https://www.interaktive-technologien.de/projekte/smartroll, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

BMBF (2024): »ROREAS«. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Siehe https://www.interaktive-technologien.de/projekte/roreas, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Choudhury, Amit/Mandel, Christian/Hochbaum, Karin/Autexier, Serge/Budelmann, Christoph (2022): »Klinische Evaluation eines Rollatormoduls zur sensorgestützten Haltungs- und Gangmustererkennung«, in: Mario A. Pfannstiehl (Hg.), Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Gabler, S, 881–905. DOI: 10.1007/978-3-658-33597-7_43.

DAA-Stiftung Bildung und Beruf (2017): »Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung«. Hamburg. Siehe https://www.daa-stiftung.de/service/digitalisierung-und-technisierung-der-pflege-in-deutschland, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Daza (2024): »Daza Opticare«. Osnabrück: Daza Opticare GmbH. Siehe https://www.daza.nl/?lang=de, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2022): »Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege«. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. Siehe https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz_2Akt_Auszug.pdf, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Dolci, Elisa/Schärer, Barbara/Grossmann, Nicole/Musy, Sarah Naima/Zúñiga, Franziska/Bachnick, Stefanie/Simon, Michael (2020): »Automated fall detection algorithm with global trigger tool, incident reports, manual chart review, and patient-reported falls: Algorithm development and validation with a retrospective diagnostic accuracy study«, in: Journal of Medical Internet Research 22(9), S. e19516. DOI: 10.2196/19516.

DPR (2019): »Positionspapier: Digitalisierung in der Pflege«. Berlin: Deutscher Pflegerat e.V. Siehe https://deutscher-pflegerat.de/download/2019-11-08_onlineversion_dpr_digitalisierung_in_der_pflege_positionspapier.pdf, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Dupret, Ina/Gräske, Johannes/Venn, Rebecca/Renaud, Dagmar (2023): »Erste Ergebnisse der Evaluation eines digitalen Rollators«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 56, S. 388–394. DOI: 10.1007/s00391-022-02118-3.

Ewers, Michael/Lehmann, Yvonne/Schaepe, Christiane/Wulff, Ines (2019): »Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?« Heidelberg: Verlag Medhochzwei.

Friedrich, Petra/Fuchs, Dominik/Wolf, Bernhard (2024): »Assistive Technologien für die Sturzprophylaxe: Aktuelle Herausforderungen und exemplarische Lösungen«, in: Walter Swoboda/Nadine Seifert (Hg.), Digitale Innovationen in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 281–304. DOI: 10.1007/978-3-662-67914-2_11.

FuTRe (2024): »SensFloor – ein bewährtes und zertifiziertes Sensorsystem«. Höhenkirchen-Siegertsbrunn: Future Shape GmbH. Siehe https://future-shape.com/system/, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Hübner, Lucas/Schroeder, Ines/Kraft, Eduard/Gutmann, Marcus/Biebl, Johanna/Klamt, Amrei Christin/Frey, Jana/Warmbein, Angelika/Rathgeber, Ivanka/Eberl, Inge/Fischer, Uli/Scharf, Christina/Schaller, Stefan J./Zoller, Michael (2022): »Frühmobilisation auf der Intensivstation – Sind robotergestützte Systeme die Zukunft?«, in: Die Anaesthesiologie 71(10), S. 795–800. DOI: 10.1007/s00101-022-01130-x.

Hübner, Ursula Hertha/Esdar, Moritz/Hüsers, Jens/Liebe, Jan-David/Rauch, Jens/Thye, Johannes/Weiß, Jan-Patrick (2018): »IT-Report Gesundheitswesen 2018 – Schwerpunkt Wie reif ist die IT in deutschen Krankenhäusern?«. Osnabrück: Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (IGW), Hochschule Osnabrück. Siehe https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/IT-Report_Gesundheitswesen/IT-Report_2018_final.pdf, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Hübner, Ursula Hertha/Esdar, Moritz/Hüsers, Jens/Liebe, Jan-David/Naumann, Laura/Thye, Johannes/Weiß, Jan-Patrick (2020): »IT-Report Gesundheitswesen 2020 – Wie reif ist die Gesundheits-IT aus Anwender-Perspektive? Befragung ärztlicher und pflegerischer Krankenhaus-Direktoren*innen in Deutschland, Österreich und der Schweiz«. Osnabrück: Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (IGW), Hochschule Osnabrück. Siehe https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/IT-Report_Gesundheitswesen/IT-Report_Gesundheitswesen_2020_final.pdf, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Hübner, Ursula Hertha/Liebe, Jan-David/Hüsers, Jens/Thye, Johannes/Egbert, Nicole/Hackl, Werner/Ammenwerth, Elske (2015): »IT-Report Gesundheitswesen

2015 – Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter«. Osnabrück: Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (IGW), Hochschule Osnabrück. Siehe https://www.researchgate.net/publication/295839483_IT-Report_Gesundheitswesen_2015_-_Schwerpunkt_Pflege_im_Informationszeitalter, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Keitel, Petra (2007): »Handlungsorientierte Pflegedokumentation. Wissen, worauf es ankommt«. Stuttgart: Kohlhammer.

Kwon, Eunok/Chang, Sun Ju/Kwon, Mikyung (2023): »A clinical data warehouse analysis of risk factors for inpatient falls in a tertiary hospital: A case-control study«, in: Journal of Patient Safety 19(8), S. 501–507. DOI: 10.1097/pts.0000000000001163.

LINDERA (2025): »Sturzprävention für die professionelle Pflege«. Berlin: LINDERA GmbH. Siehe https://lindera.de/de-de/lindera, zuletzt besucht am 11.02.2025.

Lucero, Robert James/Lindberg, David S./Fehlberg, Elizabeth A./Bjarnadottir, Ragnhildur I./Li, Yin/Cimiotti, Jeannie P./Crane, Marsha/Prosperi, Mattia (2019): »A data-driven and practice-based approach to identify risk factors associated with hospital-acquired falls: Applying manual and semi- and fully-automated methods«, in: International Journal of Medical Informatics 122, S. 63–69. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2018.11.006.

Mehler-Klamt, Amrei C./Huber, Jana/Schmidbauer, Lena/Warmbein, Angelika/Rathgeber, Ivanka/Fischer, Uli/Eberl, Inge (2022): »Der Einsatz von robotischen und technischen Systemen zur Frühmobilisation von Intensivpatient_innen«, in: Pflege 36(3), S. 156–167. DOI: 10.1024/1012-5302/a000891.

Moskowitz, Gil/Egorova, Natalia N./Hazan, Ariela/Freeman, Robert/Reich, David L./Leipzig, Rosanne M. (2020): »Using electronic health records to enhance predictions of fall risk in inpatient settings«, in: Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 46(4), S. 199–206. DOI: 10.1016/j.jcjq.2020.01.009.

Pfeiffer, Gustav (2016): »Interaktiver robotischer Reha-Assistent für das Lauf- und Orientierungstraining von Patienten nach Schlaganfällen: ROREAS: Schlussbericht üver das Teilvorhaben der m&i Fachklinik (ROREAS-m&i) über Verlauf und Ergebnisse eines Projektes im Rahmen der »KMU-Innovationsoffensive IKT« im Technologie- und Anwendungsbereich Mensch-Technik-Interaktion für den demografischen Wandel«. Bad Liebenstein: Fachklinik Bad Liebenstein. DOI: 10.2314/GBV:873188446.

QUMEA (2025): »Technologie«. Solothurn: QUMEA AG. Siehe https://qumea.com/technologie/, zuletzt besucht am 11.02.2025.

Schierack, Stephanie (2020): »Stürze verhindern«, in: Heilberufe 72 (5), S. 37–39. DOI: 10.1007/s00058-020-1492-z.

Schierack, Stephanie/Weißflog, Silke (2023): »Stehen, gehen, stürzen«, in: Heilberufe 75(7-8), S. 24–27. DOI: 10.1007/s00058-023-3119-7.

Schmidt, Simone/Döbele, Martina (2013): »Demenzbegleiter. Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege«. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-34284-4.

Warmbein, Angelika/Fischer Uli (2023): »Mobilisationsroboter im Praxistest«, in: Die Schwester/Der Pfleger 49(4), S. 46–48.

Wissner-Bosserhoff (2024): »Pflegebett sentida 7-i connect«. Wickede (Ruhr): wissner-bosserhoff GmbH. Siehe https://www.wi-bo.com, zuletzt abgerufen am 11.02.2025.

Assistive Technologien in der Pflege

Eric Steigmeier

Anwendung und Potenziale assistiver Technologien

In den letzten Jahren haben sich technologische Innovationen tiefgreifend auf den Gesundheits- und Pflegebereich ausgewirkt. Der zunehmende Einsatz von assistiven Technologien hat neue Möglichkeiten für die Pflege- und Gesundheitsversorgung bereitgestellt und den bestehenden Strukturen und Abläufen Potenzial zur Transformation bereitgestellt. Der Druck zu einer Adaption neuer Technologien in die Pflegepraxis wird nicht nur durch das Leistungsvermögen der angewendeten Technologien aufgebaut. Die allgemeine technologische Weiterentwicklung und Neuerungen im Konsumbereich, die Ausweitung der diagnostischen Möglichkeiten der Medizin, zunehmende multimorbide Krankheitsverläufe, die Umsetzung von Reformationen im Gesundheitswesen[1] oder auch die Umstrukturierung der Ausbildung des Pflegeberufs[2] sind Entwicklungen die einen Anlass und Notwendigkeit bieten Pflegeszenarien neu zu denken. Hinzu kommt die prognostizierte zunehmende Verknappung an qualifiziertem Pflegepersonal und das Potenzial, das von assistiven Technologien zur Unterstützung dieser Berufsgruppe ausgeht.

Der Begriff des »Pflegenotstandes« findet sich nicht nur im erhöhten Maße in den Medien und der Fachliteratur, sondern stellt ein Phänomen dar, dass die Gesellschaft sowie die tätigen Pflegefachpersonen erheblich belastet. Diesem Umstand liegt ein Mangel an Pflegefachpersonen zugrunde, die dem Gesundheitssystem zur

1 Mit der voranschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen sind in diesem Zusammenhang das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (2024), Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (2024) und das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (2021) zu nennen.

2 Das im Jahr 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz beinhaltet umfassende Reformen im Bereich der Pflegeausbildung. Es etabliert eine einheitliche, sogenannte generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Des Weiteren fördert das Gesetz akademische Bildungswege in der Pflege (BMG 2024).

Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung von 4,96 Millionen[3] pflegebedürftigen Menschen 2021 (Destatis 2024) fehlen. Weiterhin kommen der Austritt von Pflegefachpersonen aus dem Pflegeberuf, aufgrund der herrschenden Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen Belastungen, sowie der steigende Bedarf an häuslicher Pflege durch Angehörige und Pflegefachpersonen verschärfend hinzu (Auth/Heinzelbecker 2022, S. 2–3). Für das Jahr 2023 konnte eine Fachkräftelücke in der Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflege von 32.886 festgestellt werden (Arndt/Tiedemann/Werner 2024, S. 4) mit einem anhaltenden Bedarf von 35.822 bis 2027 (Burstedde/Tiedemann 2024). Das Statistische Bundesamt (2024) prognostiziert die Notwendigkeit von zusätzlichen Pflegenden bis 2029 zwischen 60.000 und 260.000 und bis zum Jahr 2049 von 280.000 bis 690.000. Unter Berücksichtigung weiterer Trends zeichnet sich bei allen ebenfalls eine ansteigende Verlaufskurve ab. Die körperlichen Belastungen der Pflegenden in der Ausübung ihrer Tätigkeiten ist in der Zeit der Covid-19-Pandemie auch auf gesellschaftlicher Ebene medienwirksam verdeutlicht worden. Die Lagerung und Mobilisation von Patient*innen, die Hilfestellung während der Körperhygiene oder die Unterstützung in kritischen Situationen, wie nach einem Sturz, sind beispielhafte Tätigkeiten, die Pflegende wiederholt einer hohen Belastung aussetzen (Rayssiguie/Erden 2022, S. 2) und bei denen assistive Technologien helfen könnten.

Der Umfang und die Auslegung assistiver Technologien ist abhängig von deren Zweck, Einsatzgebiet und Anwendenden. Neben dem Aspekt der Lebensqualitätssteigerung dienen sie dazu, Menschen in der Alltagsbewältigung zu unterstützen oder wieder teilhaben zu lassen und somit kognitive, sensorische oder auch körperliche Einschränkungen der Betroffenen auf Dauer oder temporär zu kompensieren durch Anwendung assistiver Produkte, Dienstleistungen oder Systeme. Eine allgemeine Limitation im Zusammenhang mit dem Alter und dem Einsatz dieser Technologien ist nicht von Bedeutung. Vielmehr spiegelt es das breite Feld der Anwendungsmöglichkeiten wider und gibt einen Hinweis auf eine sich überlappende Auslegungen assistiver Technologien im jeweiligen Kontext der Disziplinen der Gesundheitsversorgung unter Verwendung von Begriffen wie zum Beispiel »Gerontotechnologie« oder »Rehabilitationstechnologie« (WHO 2022, S. 5–6). Die WHO bezieht sich in ihrem Verständnis assistiver Technologien auf die dargestellten Zusammenhänge, aber hält auch fest, dass es sich bei dem Konstrukt der assistiven

3 Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland hat sich seit 1999 (2,02 Millionen) und unter Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 mehr als verdoppelt mit einem Umfang von 4,96 Millionen Menschen im Jahr 2021 (Destatis 2024).

Technologien um einen Bestandteil der Gesundheitstechnologien[4] sowie einen Rahmen handelt, in dem assistive Produkte[5] zusammengefasst bzw. voneinander unterschieden werden können (WHO 2022, S. 5). Das Angebot dieser Produkte hat erhebliche Ausmaße angenommen, die in unterschiedlicher Art und Weise angewendet werden, sowie unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Der Bedarf nach diesen Produkten steigt ebenfalls. Bis 2050 werden sich schätzungsweise über zwei Milliarden Menschen in der Situation befinden, ein assistives Produkt zu benötigen, um einem gesunden, produktiven und selbstbestimmtem Leben nachkommen zu können. Das Potenzial für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit diesen Produkten ist erheblich. Sie können nicht nur die Gesundheit, das Wohlbefinden und Teilhabe am Arbeitsleben ihrer Nutzer*innen verbessern, sondern vermindern die Abhängigkeit von Gesundheitsdiensten sowie die Inanspruchnahme pflegeintensiver Leistungen und tragen somit ebenfalls zu einer möglichen Senkung der Sozialausgaben bei (WHO 2016, S. 1–2).

Systematisierung assistiver Technologien

Eine allgemeingültige Definition von assistiven Technologien steht zum aktuellen Zeitpunkt leider nicht zur Verfügung. Dennoch bestehen Bestrebungen, eine Kategorisierung vorzunehmen, um eine bessere Nachvollziehbarkeit und Abgrenzung der eingesetzten Technologien zu bewerkstelligen.

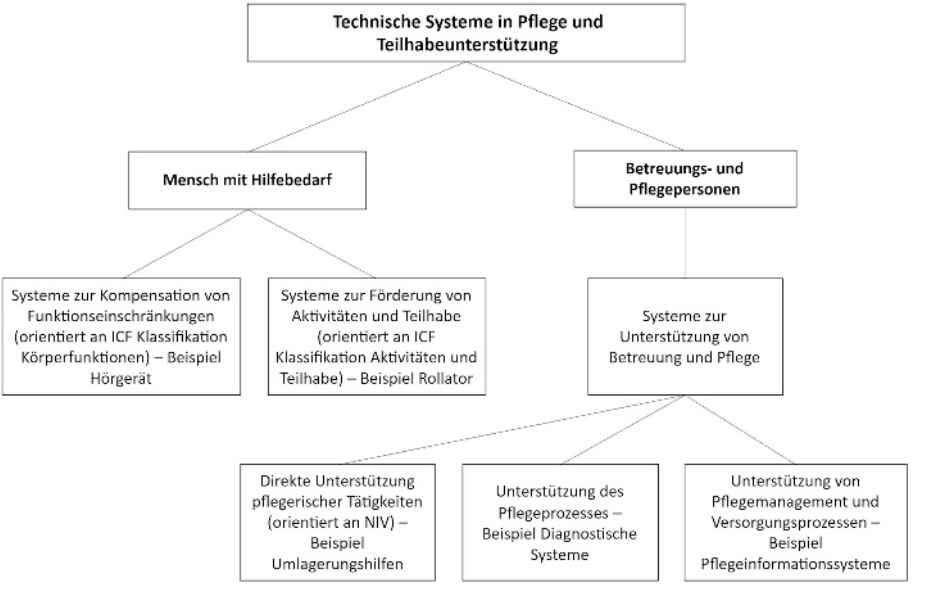
Im Zuge des Einsatzes von assistiven Technologien im Anwendungsfeld des Ambient Assisted Living/aktives assistiertes Leben orientieren sich Kunze und König (2017, S. 15) zur Systematisierung technischer Unterstützungssysteme an unterschiedlichen Modellen und Klassifikationen. Dies soll zu einer besseren Strukturierung des Anwendungsfeldes für die Bezugswissenschaften der Pflege, der sozialen Gerontologie, Medizin und Rehabilitationswissenschaften führen. Diesen Anwendungsbereichen, innerhalb derer technische Assistenzen angewendet werden, können die Domänen der Pflegetechnik, Gerontotechnik, Medizintechnik und Assistive Technology zugeordnet werden. Mit einer breiten wissenschaftlichen Basis und fest eingeführten Marktstrukturen setzt sich die Medizintechnik von

4 Unter Gesundheitstechnologien (engl. health technologies) fasst die WHO (2023) alle Techniken und Prozeduren, Medikamente, medizinischen Geräte oder assistiven Technologien zusammen, die zur Lösung von Gesundheitsproblemen und Verbesserung der Lebensqualität entwickelt wurden.

5 Die WHO identifiziert 50 primäre assistive Produkte im Rahmen einer Liste, die als Vorlage für die Mitgliedstaaten dienen soll, um eine eigene nationale Prioritätenliste für assistive Produkte, entsprechend den örtlichen Bedarfen und Ressourcen, zu erstellen. Dazu zählen zum Beispiel Rollstühle, Hörgeräte, Prothesen oder Kommunikationsgeräte (WHO 2016S, S. 1–4).

den anderen Anwendungsfeldern deutlich ab, die einen geringeren Abgrenzungs- und Etablierungsgrad zum Technikeinsatz und dessen Systematisierung aufweisen. Für den Bereich der Pflege ist in Verbindung mit den Klassifikationen der Pflegediagnosen der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), den Pflegeinterventionen (Nursing Interventions Classification – NIC) und der Pflegeergebnisse (Nursing Outcomes Classification – NOC) eine pflegewissenschaftliche Grundlage gegeben, die als Anregung für die weitere Systematisierung technischer Unterstützungssysteme dienen könnte. Durch die Auswahl weiterer Modelle und Klassifizierungen der anderen Bezugswissenschaften, wie zum Beispiel der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), ergibt sich eine systematische Ableitung, die sich initial auf die Unterscheidung zwischen »Menschen mit Hilfebedarf« und »Betreuungs- und Pflegepersonen« in der Anwendung von technischen Assistenzsystemen (Kunze/König 2017, S. 17–20) bezieht (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Systematische Ableitung technischer Systeme für die Pflege und Teilhabeunterstützung



Quelle: Eigene Darstellung nach Kunze und König (2017, S. 20)

Schneider, Besser und Geithner (2020, S. 622–624) betrachten den Einfluss technologischer Innovationen in der Pflege auf den Pflegeprozess, um mit dem Ansatz »Pflege 4.0«[6] eine Transformation der Pflege von einer routinebasierten Umsetzung von Pflegemaßnahmen hin zu einer anlassinduzierten zu erreichen. In dem Sinne können Technologien in der Pflege als technikorientiert und versorgungsorientiert eingeteilt werden. Erstere unterscheidet eine Einteilung in die Gruppen der elektronischen Dokumentation, Telecare, technische Assistenz und Robotik. Die versorgungsorientierte Perspektive spaltet sich in zwei Dimensionen auf. Eine Dimension definiert sich durch die Einsatznähe der angewendeten Technologien in unterschiedlichen Prozessen der Pflegeversorgung und teilen sich danach ein, ob sie in der direkten Interaktion mit dem Patienten*innen (Primärprozess) eingesetzt werden oder in diesem Kontext unterstützende Funktionen (Sekundärprozess) erfüllen. Weiterhin können entsprechende Technologien im Rahmen der Hauswirtschaft oder andere pflegefremde Bereiche und Aufgaben (Tertiärprozess) eingesetzt werden. Der Grad der Autonomie zeichnet die weitere Dimension aus mit der Unterscheidung zwischen nicht autonomen, teilautonomen und autonomen Systemen. Ein Beispiel für ein nichtautonomes System ist ein normaler manueller Hebelifter, während ein teilautonomes System[7] Sensorinformationen nutzt, um sich selbstständig zu positionieren, aber weiterhin von einer Pflegekraft gesteuert wird. Das autonome System würde hingegen alle Tätigkeiten der Pflegefachperson übernehmen, die zur Mobilisation bzw. zum Transfer der zu Pflegenden notwendig sind (Schneider/Besser/Geithner 2020, S. 617–618).

Im Vergleich zu anderen Branchen weist die Pflege einen geringen Grad an tatsächlich angewendeten digitalen Technologien auf. Es mangelt an bisher gut strukturiert erfassten Erfahrungen und Auswirkungen dieser Technologien. Insbesondere die Effekte auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen, die Qualität der umgesetzten Pflegetätigkeiten durch die Pflegefachpersonen und der Outcome für die zu Pflegenden sowie die organisatorische Integration und Wirtschaftlichkeit sind in diesem Kontext, zum Beispiel in der Langzeitpflege, von besonderem Interesse (Lutze et al. 2021, S. 12–13).

---

6 Pflege 4.0 basiert auf der Beziehung und Interaktion zwischen den Pflegenden und den pflegebedürftigen Personen und den damit verbundenen Pflegemaßnahmen und -prozessen (Schneider/Besser/Geithner 2020, S. 622). Mittels des Einsatzes von Technologien, wie z.B. eine elektronische Patientenakte, wird Einfluss auf die Arbeitsteilung genommen und eine Veränderung der etablierten Kommunikation- und Arbeitsprozesse angestoßen mit einem dezentralisierenden Effekt für Entscheidungen in der pflegerischen Versorgung (Schneider/Besser/Geithner 2020, S. 625).

7 Als Beispiel kann das durch das Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung IPA entwickelte Konzept eines teilautonomen Patient*innenlifters namens »Elevon« dienen, der es ermöglicht, die zu Pflegenden in liegender oder sitzender Position zu mobilisieren (Graf 2020, S. 608).

Der Begriff der assistiven Technologien zeichnet sich durch eine sehr breite Anwendung aus. Einzelne Disziplinen strukturieren ihn aus einer spezifischen Perspektive und versuchen erste Entwürfe einer möglichen Kategorisierung vorzunehmen oder Dimensionen zu entwickeln im Kontext verschiedener theoretischer Ansätze. Trotz dieser Spezifizierungen ist es nicht unwahrscheinlich, gemeinsame Schnittmengen unterschiedlicher Disziplinen zu identifizieren. Dies trifft sowohl auf die Verwendung und das Verständnis für den Begriff der assistiven Technologien zu als auch für die eingesetzten Technologien und Zielgruppen. Um sich den Einsatzmöglichkeiten assistiver Technologien in der pflegerischen Gesundheitsversorgung anzunähern, werden einzelne Innovationen, die im Bereich der Hardwareanwendungen für Personen mit einem Bedarf an Gesundheitsversorgung und Pflegende, im Folgenden aufgegriffen.

Hardwareanwendungen assistiver Technologien

Smart Devices

Im Bereich der Smart Devices besitzen Smartphones ein erhöhtes Potenzial zur Nutzung in einem breiten Feld der Gesundheitsversorgung und insbesondere der individuellen Gesundheitsüberwachung durch die Nutzer*innen. Smartphones sind mit einer Vielzahl integrierter Sensoren ausgestattet. Gyroskope, Näherungs- oder Beschleunigungssensoren ermöglichen es, verschiedene mHealth Anwendungen zu entwickeln, die den Nutzer*innen helfen, ihre Vitaldaten zu überwachen oder, in Kombination mit GPS-Empfängern, durch Auswertung von Bewegungsdaten Hinweise auf die Gemütslage und somit auf psychische Erkrankungen zu geben. Die Kombination von Smartphones mit Wearables, wie Fitnesstrackern, bieten weiterhin den Vorteil einer kontinuierlichen Gesundheitsüberwachung und können auf diesem Weg eine erhöhte Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bewirken. Wearables werden direkt am oder auch im Körper getragen und agieren im Rahmen eines Personal Area Network im direkten Umfeld der Anwender*innen. Sie erfüllen bereits eine Vielzahl an Herausforderungen, die neben den Aspekten der Wellness und des Lifestyles auch bis in den Bereich der medizinischen Diagnostik reichen, wie z.B. die direkte Erstellung einer Echokardiografie (EKG) durch die Nutzer*innen (Lorenz/Pleger/Schering 2022, S. 15–18).

Wearables sind ebenfalls eine vielversprechende Basis, um eine sinnvolle Ergänzung der pflegerischen Versorgung im Sinne der Augmented Reality und Virtual Reality zu bewerkstelligen. Während Virtual Reality den Nutzer*innen selbst hilft, in vollständig immersive digitale Umgebungen einzutauchen, bietet Augmented Reality die Möglichkeit, digitale Informationen in die reale Welt zu integrieren (Lorenz/Pleger/Schering 2022, S. 20–21). Diese Technologien haben das Potenzi-

al, die Arbeit von Pflegenden erheblich zu erleichtern. Intelligente Brillen bzw. »Pflegebrillen« können relevante Patient*innendaten direkt im Sichtfeld der Nutzer*innen anzeigen (Zhang et al. 2023, S. 7; Sumner et al. 2024, S. 7–8; Zhang et al. 2022, S. 2). Dies fördert eine effizientere Patient*innenversorgung (Ozkaynak et al. 2024, S. 22), da die Pflegefachpersonen in die Lage versetzt werden, ihre Umgebung zu erkennen und zu analysieren und somit ihre Aufmerksamkeit auf die zu versorgenden Personen konzentrieren können, ohne den Blick abwenden zu müssen (Lorenz/Pleger/Schering 2022, S. 20–21).

Robotik

Der Einsatz assistiver Roboter verzeichnet eine zunehmende Beliebtheit. Bereits im privaten Bereich der eigenen vier Wände sind diese Technologien vielen bekannt und zu einem großen Teil ein fester Bestandteil in Haushalten. Sie übernehmen mittels unterschiedlicher Sensorik, wie zum Beispiel via Laser, und einer Einsatzplanung teil- und vollautomatische haushaltsnahe Dienstleistungen (Wischen, Staubsaugen) und vollbringen somit eine Erleichterung und einen Service für unser Alltagsleben (Heuer/Schiering 2022, S. 29).

Für den Einsatz robotischer assistiver Systeme in der Pflege ist eine Einteilung nach deren Einsatzbereichen oder Funktionsweisen zu erkennen (Hülsken-Giesler/Daxberger 2018, S. 130; Heuer/Schiering 2022, S. 30). Dabei decken sich die einzelnen Kategorien durchaus zu großen Teilen, aber weisen auch eine gewisse Überschneidung in deren Ausgestaltung auf (siehe Tab. 1). Dies ist nicht zuletzt auf die hohe Diversität der eingesetzten Produkte sowie die Vielseitigkeit der Herausforderungen in der Pflege zurückzuführen als auch auf den Versuch, eine disziplinspezifische sinngemäße Einordnung vorzunehmen (Kehl 2018, S. 62).

Tabelle 1: Kategorisierung robotischer Systeme in der Pflege

Kategorisierung nach Kehl (2018, S. 61–62)	**Kategorisierung nach Hülsken-Giesler/ Daxberger 2018, S. 130–133)**
Physische Assistenz bei alltäglichen Aufgaben	Servicerobotik
Soziale und emotionale Dienstleistungen	Sozialassistive Systeme (einschließlich Emotionsroboter)
Mobilitätshilfen	Rehabilitationsrobotik

Quelle: Eigene Darstellung

Als physische Unterstützung werden auch andere Roboter in der Gesundheitsversorgung angewendet, die ebenfalls der Kategorie der Serviceroboter zugewiesen werden. In Abhängigkeit zu dem jeweiligen Anwendungsbereich kann die Servicerobotik in der Pflege mit dem Ziel eingesetzt werden, Pflegende zu entlasten oder pflegebedürftige Menschen in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen, sodass sie ihren Alltag zu bewältigen können (Kehl 2018, S. 62). Als Unterstützung für Pflegende erfüllen Serviceroboter oft Aufgaben im logistischen Zusammenhang. Wiederkehrende Tätigkeiten, die einen Transport von und zu den Patient*innen beinhalten[8], nimmt einen nicht unerheblichen Teil von mindestens 7 % des Pflegegeschehens ein, der durch entsprechende Roboter erfüllt werden könnte (Sommer/Riedel/Schmidt 2024, S. 77). Sie bieten die Möglichkeit, den Patient*innen zum Beispiel das Essen an ihr Bett zu bringen, oder helfen den Pflegenden, die Medikamente für die kommende Einnahme bereitzustellen (Heuer/Schiering 2022, S. 29–30). Im Zuge des Projekts SeRoDi entwickelte das Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung IPA einen »intelligenten Pflegewagen« und einen »robotischen Serviceassistenten«. Beide Roboter sind sowohl für den Einsatz in der Akutversorgung als auch der stationären Pflege in Pflegeheimen gedacht. Basierend auf eingehenden Analysen der Pflegepraxis kann der intelligente Pflegewagen auf Befehl via Smartphone autonom zum jeweiligen Einsatzort stockwerkübergreifend navigieren und den Pflegenden diverses Material zur Verfügung stellen (Graf 2020, S. 608; Schiller et al. 2019, S. 53–55). Zur Steigerung der Selbständigkeit erinnert der robotische Serviceassistent die zu Pflegenden an eine regelmäßige Flüssigkeitsaufnahme oder an die Einnahme kleiner Mahlzeiten. Der Roboter nimmt die Bewirtung selbstständig vor, ohne von der Stimmungslage der mit ihm interagierenden Personen beeinflusst zu werden, da zum Beispiel Aggressionen neutral von dem Roboter entgegengenommen werden. Eine direkte Ansprache spezifischer Bewohner*innen in einem Pflegeheim kann durch eine Bewohnerdatenbank sichergestellt sowie einzelne Aufenthaltsräume erkannt werden. Im Zuge der Identifikation platziert sich der Roboter neben den Bewohner*innen, die über einen Touchscreen die angebotenen Lebensmittel, mit denen der Roboter durch die Pflegenden bestückt wurde, auswählen und entnehmen können. Diese Features sollen die Pflegenden von der absolut notwendigen, aber teilweise sehr zeitaufwändigen Überzeugungsarbeit zur ausreichenden Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme mit den Bewohner*innen entlasten

8 In diesem Kontext ist beispielhaft jeder Gang zu den Patient*innen zu nennen, der den Transport unterschiedlicher Utensilien (Hygieneartikel, Verbandsmaterialien, Getränke, Medikamente, Kleidung, Geh- und Mobilisationshilfen etc.) oder zu entfernende Bestandteile (benutzte Utensilien, Körperausscheidungen etc.) beinhaltet. Simon et al. (2005, S. 41) konnten in ihrer Erhebung im Rahmen der NEXT-Studie feststellen, dass 12 % der Pflegenden in Pflegeheimen und 10 % der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten 20 % oder mehr ihrer Gesamtarbeitszeit in pflegefremde Tätigkeiten investieren müssen.

(Schiller et al. 2019, S. 25–27). Auf den Erfahrungen des SeRoDi Projekts aufbauend konnte das Fraunhofer IPA weiterhin einen Transportroboter entwickeln, der es ermöglicht als Unterfahrschlepper zu agieren, um verschiedene Arten von Containern oder Handwagen der Pflege zu transportieren. Mittels eines Fahrgestells, das unterschiedlichen Radstände einnehmen kann, ist der Roboter in sehr hohem Maße variabel bezüglich den Abmaßen der zu transportierenden Behälter und Pflegewagen sowie den räumlichen Gegebenheiten. Der Transport kann sicher und autonom an die Bestimmungspunkte verbracht werden durch den Einsatz eines omnidirektionalen Antriebs, einer 360-Grad-Sicherheitssensorik und Algorithmen zur Bildverarbeitung. Zur Steuerung können zeitlich festgelegte Routinetransporte festgelegt werden oder die Pflegenden rufen den Transportroboter mit dessen Ladung digital ab (Fraunhofer IPA 2022).

Die dargestellten Beispiele beziehen sich im Kern auf in Forschungsprojekten entwickelte Serviceroboter. Dies ist selbstverständlich keine privilegierte Eigenheit der Forschung, sondern auch die Wirtschaft bzw. private Unternehmen haben entsprechende eigene Produkte oder in Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten entwickelt[9]. Eine Zielsetzung verfolgen dennoch beide Entwicklungsbestrebungen: Im Rahmen der genannte Servicetätigkeiten soll es den Pflegenden ermöglicht werden, Routinetätigkeiten einzusparen und somit für Entlastung in deren Arbeitsalltag zu sorgen. Durch die gegebene Unterstützung und schlussendlich gewonnene Zeit haben die Pflegenden die Möglichkeit, diese für die grundständige Interaktion und Beziehungsarbeit mit den Patienten*innen einzusetzen (Ohneberg et al. 2024, S. 248).

Roboter für soziale und emotionale Dienstleistungen können in zwei Untergruppen unterschieden werden:

- Sozialinteraktive Roboter
- Sozialassistive Roboter

9 Die Firma Panasonic brachte den Roboter »HOSPI«, der ebenfalls für den autonomen Transport und Lieferung von Gütern wie Medikamente in Pflegeheimen eingesetzt werden kann (Panasonic 2015), an den Markt. HOSPI beruht auf der Plattform und Navigationstechnik des Care-O-bot-I®, der durch das Fraunhofer IPA in den 1990er Jahren entwickelt wurde. Im Laufe der Zeit ging der Care-O-bot® in seine vierte Generation und muss zu den sozialen Robotern gezählt werden. Es erfuhr Erweiterungen in der Sensorik sowie der Hardware, bspw. zwei Arme und einen Touchscreen im Kopfbereich oder auch zusätzliche Gelenke (Kehl 2018:64), um etwa Türen zu öffnen oder Getränke anzureichen (Care-O-bot 2024). Die Schweizer Firma MT Robot AG brachte den »UNTIR« Transportroboter zur Marktreife, der mittel eines Modulsystems unterschiedliche Lasten durch eine autonome Navigation an den Bestimmungsort in der Gesundheitseinrichtung bringt (MT Robot AG 2019).

Im Gegensatz zu Servicerobotern steht bei Robotern für soziale und emotionale Dienstleistungen nicht die physische Assistenz im Fokus. Kommunikation und Sozialisierung bilden die Grundlage für die interaktiven oder assistiven Funktionen mit den zu Pflegenden. Dabei dienen sozialinteraktive Roboter als direkter sozialer Interaktionspartner für die Bewohner*innen eines Pflegeheims und sozialassistive Roboter als eine Unterstützung zur Teilhabe am sozialen Geschehen (Kehl 2018, S. 61). Bei diesen Systemen handelt es sich um autonome Systeme, die ein in Ansätzen humanoides oder auch tierisches Erscheinungsbild zeigen (Hülsken-Giesler/Daxberger 2018, S. 131) und als Zuwendungs- und Unterhaltungsroboter als direkte Interaktionspartner agieren oder als Kommunikationsassistenten und Telepräsenzroboter dazu dienen, eine vermittelnde Rolle zu erfüllen (Kehl 2018, S. 72). Wohl einer der bekanntesten Zuwendungsroboter ist »PARO«, der in Gestalt einer jungen Sattelrobbe von dem National Institute of Advanced Industrial Science and Technology in Japan 1993 entwickelt wurde. PARO verfügt über diverse Sensoren, die auf Berührung, Belichtung, Schall und deren Richtung bzw. Spracherkennung einzelner Wörter (z.B. Begrüßungen, Eigennamen des Roboters), Temperatur und Positionierung des eigenen Körpers reagieren und ist weiterhin fähig, den Kopf, die Augenlieder sowie die Flossen zu bewegen. Mit Sensoren nimmt PARO Reize auf, die kombiniert werden, um auf den Kontakt oder Ansprache zu interagieren und allmählich eine Beziehung zu den Anwender*innen aufzubauen sowie Emotionen zu suggerieren (Shibata/Coughlin 2014, S. 420; Granier et al. 2023, S. 61). Es sollen aber auch Diagnosen therapeutisch beeinflusst werden. In diesem Kontext fand PARO schon umfassende Anwendung in der Arbeit mit Menschen, die von einer milden, mittelschweren oder schweren Demenz betroffen sind. Im Vergleich zu allgemein ausgeführten Pflegemaßnahmen konnte der Einsatz des sozialen Roboters Angstzustände, Unruhe oder Apathie reduzieren, ohne jedoch den gleichen Einfluss auf die neuropsychiatrische Symptomatik oder Kognition der Betroffenen zu haben (Hirt et al. 2020, S. 783–786). Weiterhin konnte eine positive Wirkung auf die soziale Teilhabe, die Aggressivität und depressive Zustände von demenziell erkrankten Personen in Pflegeheimen (Shibata/Coughlin 2014, S. 422–423) sowie eine Reduktion der Schmerzintensität bei milden Schmerzzuständen (Geva/Hermoni/Levy-Tzedek 2022, S. 4–5) und die Wahrnehmung einer gesteigerten Pflegequalität verzeichnet werden (Hung et al. 2019, S. 3). Ein weiteres prominentes Beispiel[10] in humanoider anthropomorpher Form stellt der Roboter »Pepper« als autonom navigierender Interaktionspartner dar. Durch Künstliche Intelligenz erkennt und reagiert Pepper auf menschliche Emotionen oder Gesichter und ahmt

10 Zusätzliche Beispiele für soziale humanoide Roboter – »NAO«, »INMOOV«, »KIRO«, »RAPIRO«, »BRIAN 2.1«, »KISMET« und soziale tierische Roboter – »NECORO«, »AIBO«, »HUGGABLE«, »PLEO«, »SNUGGLEBOT«, »MAYA EDU« (Ragno et al. 2023, S. 19), »JUSTOCAT« (Kehl 2018, S. 75).

auf dieser Grundlage menschliche Kommunikation nach und lernt daraus hinzu, um diese weiter zu adaptieren (Wong et al. 2024, S. 6). Zur weiteren Interaktion ist der 1,20 Meter große Roboter mit einem Touchscreen[11] und einem beweglichen Kopf ausgestattet, in dem sich Kameras als Augen, Lautsprecher als Ohren sowie einem Mikrofon und taktilen Sensoren befinden, die ebenfalls an beiden Händen zu finden sind, um mit seiner Umwelt zu interagieren. Pepper wurde bereits als Nachhilfe für Kinder oder Begleitung für ältere Menschen und als Trainer während deren Freizeitaktivitäten eingesetzt (Kyrarini et al. 2021, S. 3).

Sozialassistive Telepräsenzroboter weisen im Vergleich keine anthropomorphe Form bzw. humanoide anmutende Extremitäten auf. Grundsätzlich dienen sie für die zu pflegenden Personen als Kommunikationsplattform, um den Kontakt zu Angehörigen oder Pflegepersonal halten zu können. In Kombination mit Ambient-Assistive-Living-Technologien kann diese Plattform online von Gesprächspartner*innen ferngesteuert werden und ermöglicht es so, den zu Pflegenden durch ihr zuhause oder den Wohnbereich zu folgen bzw. währenddessen die Kommunikation aufrechtzuerhalten. Diese relativ einfache Funktionsweise schließt Erweiterungen nicht aus (Kehl 2018, S. 77). Der Roboter »ALIAS« (ALIAS 2024) ergänzt die Plattform um einen Kopf und Augen für einfache emotionale Mimik sowie einen Touchscreen, über den die Hauptfunktionen bedient werden können:

- Kommunikation – für die Aufrechterhaltung von Kontakten und die soziale Teilhabe.
- Aktivität – für die Umsetzung von Spielen.
- Assistenz – für das, auch extern steuerbare, Management von Erinnerungsfunktionen bzw. Benachrichtigungen, bspw. zur Medikamenteneinnahme (Kehl 2018, S. 78).

Mobilitätsunterstützende Roboter werden ihrer Bezeichnung direkt gerecht, indem sie die Zielsetzung verfolgen, die Mobilität ihrer Anwender*innen zu steigern oder auch Bewegungsabläufe aktiv zu unterstützen. Mit zunehmendem Alter oder aufgrund von Erkrankungen ist die Möglichkeit gegeben, auf Gehilfen angewiesen zu sein. Rollatoren oder Rollstühle können dabei helfen, einen gewissen Grad an Mobilität wiederzugewinnen. In Kombination mit unterschiedlichen Technologien, wie einer Sprachsteuerung und dem autonomen Fahren, können Rollatoren mit dem robotischen Upgrade zu den Anwender*innen oder in Ladestationen fahren und mittels Sturz- und Hinderniserkennung die zurückgelegten Strecken sicher bewerkstelligen (Kehl 2018, S. 50). Der »SmartWalker« ist ein Rollator, der über Aktuatoren

11 Der Touchscreen wird für die weitere visuelle Interaktion und Eingabehilfe verwendet, um zum Beispiel Spiele zu ermöglichen (Klein 2019, S. 87).

und Sensoren ermöglicht, eine autonome oder assistive Anwendung des mobilitätsunterstützenden Roboters zu gewährleisten und seine Anwender*innen über eine Gesichtserkennung zu legitimieren. In der autonomen Einstellung ist eine Steuerung via Gestik der Nutzer*innen umsetzbar, während in der assistiven Einstellung der SmartWalker über eine automatische Geschwindigkeitskontrolle die situationsbedingte Geschwindigkeit steuert. Im letzteren Fall werden Lasersensoren verwendet, um die Position der Beine der Anwender*innen zu ermitteln. Der SmartWalker verwendet diese Erkenntnis, um gemeinsam mit anderen Sensordaten die Geschwindigkeit zu regulieren (Shin/Rusakov/Meyer 2016, S. 3–6, ETH Zürich 2016). In der Rehabilitation bieten robotische Systeme eine hilfreiche Unterstützung im Zusammenhang mit weiteren Erkrankungen wie Parkinson oder Multipler Sklerose (Hülsken-Giesler/Daxberger 2018, S. 133). Die Bewegungsausführung kann dabei über ein Endeffektor-basiertes System[12] erfolgen, das einzelne Extremitäten und deren Segmente mobilisiert oder auch über ein Exoskelett-basiertes Therapiesystem (Leib/Muschner 2024, S. 28). Als Hilfe für mobilitätseingeschränkte Personen werden zumeist aktive Systeme mit Elektromotoren an spezifischen Körperstellen eingesetzt, die den Rumpf bzw. die Extremitäten der Anwender*innen stabilisieren und die Ausführung von Körperbewegungen unterstützen oder auch führen (Kehl 2018, S. 84). Wendet man den Blick auf die Pflegenden, stellen gerade Exoskelette, als eine assistive Technologie, eine Chance dar, sie in ihren Anstrengungen zu unterstützen, die pflegerische Versorgung im ambulanten Sektor zu gewährleisten. Deswegen wird im Folgenden, neben den möglichen Einsatzgebieten, die Perspektive der Pflegenden aufgegriffen, um die Bedeutung eines Einsatzes von Exoskeletten zu erschließen.

Exoskelette

Der Begriff »Exoskelett« ergibt sich aus den altgriechischen Wörtern »exo« und »skeletos«, die mit »außen« und »Mumie« übersetzt werden können (Heitling 2023, S. 256). Exoskelette sind ebenfalls bekannt aus der Biologie und leiten sich auch in deren möglichen Definition, im menschlichen Sinnzusammenhang, aus dieser originären Bedeutung ab (Drees/Pluhnau/Nagarajh 2020, S. 189). Demnach kann

12 Auch in der Frührehabilitation eines akuten Schlaganfalls ermöglichen Roboter durch Wiederholung von Bewegungsübungen die Stärkung der Neuroplastizität, um die Muskulatur zu aktivieren und Bewegungsabläufe wieder zu erlernen bzw. zu reaktivieren. Ein entsprechendes Beispiel stellt das »Vemo«-System dar, das am Fußende eines Pflegebettes angebracht werden kann und die unteren Extremitäten der betroffenen Personen nach Schrittfrequenz, Vertikalisierungsgrad, möglicher Kraftanteil der Anwender*innen und dem maximalen Hüftbeugungswinkel differenziert mobilisiert (Dieterich et al. 2023, S. 14; Ohneberg et al. 2024, S. 251–253).

ein künstliches Exoskelett als ein Gerät mit mechanisch humanoiden Charakteristika dargestellt werden, das dazu dient, dessen Träger*innen bei spezifischen Bewegungen oder Tätigkeiten zu unterstützen und somit eine Augmentation des menschlichen Körpers zu gewährleisten (Herr 2009, S. 1). In diesem Kontext sind passive und aktive Exoskelette voneinander zu unterschieden.

Passive Exoskelette zeichnen sich durch eine leichtere Bauweise aus (Kirchner et al. 2019, S. 416). Sie entfalten ihre unterstützende Wirkung während der Ausführung von Bewegungsabläufen, indem der Widerstand der Schwerkraft mittels elastischer Komponenten, z.B. Expandern/Sprungfedern, reduziert wird (Rahman et al. 2006, S. 583). Somit können passive Exoskelette einen geringeren metabolischen Energieaufwand durch die Anwender*innen ermöglichen (Herr 2009, S. 3; Etenzi/Borzuola/Grabowski 2020, S. 8). Die initiale Bewegung der Anwender*innen bildet die Grundlage für die passive Unterstützung, die sich über die Bereitstellung und Freigabe von Energie im Zuge der Konstruktion der Geräte (de Bock et al. 2021, S. 173) auf spezifische Körperregionen und Tätigkeiten fokussieren. Dies kann z.B. die Entlastung des Rückens, der Schulter, der Beine und Knien bis hin zu den Daumen beinhalten[13]. Tätigkeiten in physiologisch belastenden Positionen, wie z.B. statische Überkopfarbeiten, eine gebeugte Körperhaltung oder auch Tätigkeiten, die das Heben großer Lasten beinhalten, bieten Einsatzmöglichkeiten für Exoskelette mit einem potenziellen positiven Effekt auf die ausführenden Personen. In Abhängigkeit von der Konstruktion können passive Exoskelette bereits einen erheblichen unterstützenden Beitrag leisten, um die Beanspruchung des Rückens und der Schultern bei statischen Beanspruchungen des Rumpfes im Zuge von Überkopfarbeiten (35–38 %) oder bei Tätigkeiten in gebeugter Haltung (60 %) zu minimieren (Ali et al. 2021).

Aktive Exoskelette beinhalten digital gesteuerte mechanische Komponenten, die über eine gesonderte Energiequelle angetrieben werden, sowie über hydraulische und pneumatische Anteile verfügen (Gorgey 2018, S. 112). Die computergesteuerte Kontrolle der Abläufe beinhaltet nicht nur eine aktive Unterstützung der Anwender*innen, sondern auch eine potenzielle Erweiterung der digitalen Komponente über die Integration einer KI (Künstliche Intelligenz). Im Moment der Bewegung könnte dadurch das angewendete Exoskelett auf individuelle Bedürfnisse der Nutzer*innen eingehen, aus jeder Aktivität lernen und sogar entsprechende Bewegungen aufgrund von sensorisch festgestellten Potenzialen vorhersagen (Kirchner et al. 2019, S. 417–420.). Aktive Exoskelette können ebenfalls spezifische

13 Als Beispiele können die folgenden passiven Exoskelette zur Veranschaulichung dienen: BionicBack (Firma: HelpTech), SoftExo Produktreihe (Firma: HUNIC), IX Produktreihe (Firma: OttoBock),

Körperregionen und muskuloskelettale Strukturen unterstützen, z.B. die Wirbelsäule, die oberen Extremitäten, Arme und Hände oder die unteren Extremitäten[14].

Heitling (2023, S. 256) verwendet den Begriff »Orthesen«, um den Aufbau von Exoskeletten zu beschreiben, die bei der Bewegung zumindest eines Beines ganz oder teilweise unterstützen und somit als Stütz- sowie Bewegungsgerät zu verstehen sind, das von außen auf dem Körper befestigt wird. Dennoch können Orthesen von Exoskeletten unterschieden werden (Dollar/Herr 2008, S. 144), da sie nicht der Augmentation der Leistung einer Person gerecht werden. Vielmehr unterstützen Orthesen eine Person mit einer pathologischen Funktionseinschränkung der Extremitäten, um eine Verschlechterung der Bewegungskapazitäten einzugrenzen. In der Anwendung von Exoskeletten ist ein vorliegender Befund oder therapeutischer Nutzen der Anwender*innen keine zwingende Voraussetzung; sie können auch von gesunden Personen eingesetzt werden (Herr 2009, S. 1), um deren »gesunde« Leistung zu steigern oder zu erhalten.

Die Art und Weise der Konstruktion der angewendeten Geräte stellt ebenfalls eine besondere Herausforderung dar. Je nach Lokalisation der zu unterstützenden Areale und Extremitäten müssen Exoskelette an spezifischen Punkten des Körpers fixiert werden, um so ihre vorbestimmte Wirkung oder Unterstützungsfunktion maximal effizient entfalten zu können. Dies ist teilweise mit erheblichem Aufwand durch die Erfassung von Körpermaßen verbunden. Die korrekten Anpassungsmöglichkeiten und schlussendliche Anlage an den individuellen Körper der Anwender*innen ist von entscheidender Bedeutung zur Vermeidung von Verletzungen, für die Akzeptanzsteigerung der Anwender*innen und die Vermeidung möglicher Sicherheitsgefahren (Robertson et al. 2020). Übergewichtige Personen laufen Gefahr, von der Anwendung ausgeschlossen zu werden (Gorgey 2018, S. 115), sowie Personen, die eine gewissen Körpergröße unter- oder überschreiten.

Aus Perspektive von Pflegefachpersonen ist die Möglichkeit einer gleichberechtigten Anwendung von Exoskeletten im Arbeitsalltag nicht grundsätzlich gegeben. Viele Exoskelette, die den Rücken in dessen Bewegungsabläufen unterstützen, nutzen Brustauflagen, die von Anwender*innen[15] als störend und nicht akzeptabel empfunden werden könnten. Über den Tragekomfort hinaus ist im gleichen Maße ein korrekter Sitz an Hüften und Schultern zur Vermeidung von Fehlstellungen wichtig, da die inkorrekte Positionierung des Exoskeletts und die dadurch fehlerhafte augmentative Unterstützungsfunktion eine potenzielle Verletzungsgefahr

14 Als Beispiele können die folgenden aktiven Exoskelette zur Veranschaulichung dienen: »Exo-Jacket« (Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung IPA), »JapetW+« (Firma: Japet), »Myosuit« (Firma: Myoswiss).

15 2022 waren der Großteil der erwerbstätigen Pflegefachpersonen Frauen und nur jede fünfte ein Mann (Singer 2024, S. 7).

darstellt (Robertson et al. 2020). Das Prinzip »one size fits all« ist somit nicht zwingend für alle potenziellen Anwender*innen oder Berufsgruppen gegeben und stellt das Design von Exoskeletten vor eine anhaltende und notwendig zu adressierende Herausforderung.

Einsatz von Exoskeletten

Exoskelette nehmen seit dem letzten Jahrhundert eine zunehmend bedeutendere Rolle in der Gesellschaft ein. General Electric entwickelte bereits in den 1960er ein Exoskelett, das Bewegungen der Anwender*innen kopierte und es ermöglichte, deren Kraft und Ausdauer um das ca. 25fache zu erhöhen. Dieses Exoskelett mit dem Namen »Hardiman« sollte dessen Träger*innen in einem industriellen Setting bei herausfordernden Tätigkeiten (Drees/Pluhnau/Nagarajh 2020, S. 191) und der Bewältigung von Lasten unterstützen (Rupal et al. 2017, S. 1). Seit der Jahrtausendwende sind Exoskelette an Arbeitsplätzen zunehmend anzutreffen. Dies trifft gerade auf die Industrie der letzten zehn Jahre zu (Auer et al. 2022, S. 441). Arbeiten, die über herausfordernde Körperhaltungen und Bewegungen umgesetzt werden müssen, haben das Interesse der Industrie an Exoskeletten und deren Potenzial zur Vermeidung von Erkrankungen des muskuloskelettalen Apparates gestärkt (de Bock et al. 2022, S. 3008).

In der Welt des Films und Genre der Science Fiction sind Exoskelette spektakuläre Werkzeuge, die oft im militärischen Zusammenhang dargestellt werden[16]. Dieses Bild zeichnet sich nicht zwingend in der Realität ab. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass Exoskelette, die in der Industrie zur Anwendung kommen, auch für lastenreiche Aufgaben und zur Prävention von Verletzungen in den Diensten des Militärs eingesetzt werden können (Proud et al. 2020, S. 28). Die Umgebung, in der militärisches Personal arbeiten muss, unterscheidet sich jedoch in sehr vielen Fällen in erheblichen Maßen von anderen Berufsgruppen. Dazu zählen etwa das Arbeiten in schwerem und schlecht zugänglichem Terrain (Leova et al. 2021, S. 458; Zhou et al. 2020, S. 5). Daraus folgt, dass eine Adaption der Konstruktion der aktuell verfügbaren Exoskelette für militärische Herausforderungen notwendig wäre (Mudie et al. 2022, S. 40).

Obwohl Exoskelette, die an Arbeitsplätzen zur Anwendung kommen, als »industrielle Exoskelette« (Howard et al. 2022) subsummiert werden können, ist diese Bezeichnung womöglich etwas irreführend. In der Gesundheitsversorgung kommen

16 Aus der Vielzahl an Verfilmungen können die folgenden als Beispiele dienen: »Elysium« (2013, TriStar Pictures, Media Rights Capital, Sony Pictures Releasing); »Edge of Tomorrow« (2014, Warner Bros. Pictures, Village Roadshow Pictures); »Avatar: The Way of Water« (2022, 20th Century Studios, Lightstorm Entertainment, TSG Entertainment).

Exoskelette bereits vielfach zum Einsatz. Allerdings ist der Zweck bzw. die anwendende Zielgruppe der Exoskelette von entscheidender Bedeutung und getrennt zu betrachten. Ein Anwendungsgebiet stellt die medizinische Rehabilitation und Therapie dar. Durch robotergestützte Exoskelette können Bewegungs- und Funktionsstörungen therapiert und den betroffenen Personen kann bei Übungen mechanisch assistiert werden. Dabei unterstützt das Exoskelett einzelne Extremitäten und die Patient*innen setzen aktiv eine Bewegung um (Disselhorst-Klug 2021, S. 469). In diesem Zusammenhang konnten bereits signifikante Ergebnisse in der Verbesserung des Gangbilds von Patient*innen nach Schlaganfall sowie der sensorischen Integration der betroffenen Seite (Calabrò et al. 2018, S. 7) festgestellt werden. Patient*innen mit Verletzungen des Rückenmarks wird es ermöglicht, sich nach einem erfolgten Trainingsprogramm in natürlichen Umgebungen ohne Hilfe Dritter mit einem aktiven Exoskelett zu bewegen (Miller/Zimmermann/Herbert 2016, S. 463–465). Einen positiven Einfluss auf Patient*innen in der medizinischen Rehabilitation können auch robotergestützte Exoskelette für Hüften haben und darüber hinaus auch ihre Wirkung in der Unterstützung von körperlich belastenden Arbeitstätigkeiten entfalten (Chen et al. 2019, S. 4–5)[17].

Lasten in der Pflegeversorgung

Das Tragen schwerer Lasten ist in vielen Berufsfeldern eine unabdingbare Notwendigkeit. Trotz der steigenden Technisierung von Arbeitsläufen und der Abnahme von Lasten durch geeignete Hilfsmittel müssen viele lastenreiche Tätigkeiten und Arbeitsszenarien weiterhin durch Personen bewältigt werden. Das muskuloskelettale System des Menschen hat nur in einem begrenzten Umfang die Fähigkeit, schweren Gewichten in einem entsprechenden Ausmaß zu widerstehen bzw. diese bewegen zu können. Nach einiger Zeit stellen sich unweigerlich eine Ermüdung der Muskulatur ein, Gelenke können Schaden nehmen oder unsere Haut kann ab einem gewissen Punkt Druck- und Scherkräften nicht mehr standhalten. Unter diesen Voraussetzungen kann die längerfristige Umsetzung von Lastentragearbeiten zu nicht wiederherstellbaren Schäden am muskuloskelettalen System führen (JieJunYi et al. 2022, S. 2051–2052).

Dieser Gefahr sind auch alle Pflegenden ausgesetzt. Weltweit konnten im Jahr 2020 die zur Verfügung stehenden Pflegefachpersonen von der World Health Organisation in 194 Mitgliedstaaten auf 29,1 Millionen beziffert werden (Boniol et al. 2022, S. 3). Allein in Deutschland wurden für das gleiche Jahr 1,62 Millionen tätige Menschen in Pflegeberufen festgestellt, die sich aus Pflegehilfskräften (29 %), Spezialisten*innen bzw. Expert*innen (8 %) sowie Pflegefachpersonen (63 %) zusam-

17 Für Exoskelette im therapeutischen Kontext können die folgenden Beispiele dienen: »EksoGT« (Firma: Ekso Bionics); »Atalante X« (Firma: Wandercraft).

mensetzten; bis 2023 konnte ein leichter Anstieg auf 1,69 Millionen Beschäftigte bei fast gleichbleibender Verteilung (30 %, 7 %, 62 %) mit 1,1 Millionen Pflegefachpersonen in Deutschland verzeichnet werden (Singer/Fleischer 2024, S. 7).

Manifestiert sich bei einem Menschen eine Überbelastung des muskuloskelettalen Systems, kann es zu Erkrankungen in diesem System kommen, die allgemein unter dem englischsprachigen Komplex der »Musculoskeletal Disorders« (MSDs) (The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2020, S. 233) oder auch »Musculoskeletal Conditions« (MSCs) (WHO 2022) zusammengefasst werden. Im Verständnis der WHO umfasst dies mehr als 150 unterschiedliche Beeinflussungen und Erkrankungen, unter denen die Betroffenen kurzfristig oder auch über ihre restliche Lebensspanne hinweg und in unterschiedlichen Ausprägungen der angegriffenen Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Körperregionen leiden können. Diese Bandbreite kann z.B. Knochenbrüche in unterschiedlicher Ausprägung, Verstauchungen, inflammatorische Erkrankungen, Bindegewebserkrankungen, Vaskulitis sowie lokale oder Körperregion übergreifende Schmerzzustände beinhalten. Schmerzen im unteren Rückenbereich stellen von ca.1,71 Milliarden Betroffenen auf der Welt den größten Anteil der bekannten Einschränkungen dar, mit einer Prävalenz von ca. 570 Millionen Fällen 2019 (WHO 2022). Muskuloskelettale Erkrankungen im Bereich des Nackens und der Schultern sowie Schmerzen im unteren Rückenbereich stehen im starken Zusammenhang mit Überlastungen und Fehlstellungen, die in Assoziation zu Arbeitstätigkeiten stehen. Die daraus resultierenden Arbeitsausfälle wirken sich zunehmend negativ (2,5 % des Bruttoinlandsprodukts/EU) auf die Produktivität innerhalb der EU aus (de Bock 2021, S. 173).

Ein erheblicher Anteil der Pflegefachpersonen in Deutschland leidet ebenfalls unter den Einschränkungen von MSD und erfüllt den Dienst an den Patient*innen unter den geltenden Bedingungen die, bezogen auf den Körper, mit unterschiedlich intensiv und belastenden Tätigkeiten in Verbindung stehen. Gemäß dem AOK-Branchenbericht Pflege 2022 (Rheinland/Hamburg) gehörten 2021 etwa 85.000 der AOK-Versicherten der Pflegebranche an und erreichten einen Krankenstand von allgemein 7,72 % mit 4,86 %, die länger als 41 Tage arbeitsunfähig gewesen sind (BGF 2022, S. 5–6). Alle Erkrankten verteilten sich auf 163,8 Fälle zu je 100 Versicherte und einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauer von 17,2 Kalendertagen (BGF 2022, S. 10). Mit Blick auf die zugrunde liegenden Diagnosehauptgruppen nahmen die Muskel- und Skeletterkrankungen 15,3 % aller Arbeitsunfähigkeitsfälle ein, direkt gefolgt von der häufigsten Diagnosehauptgruppe, den Atemwegserkrankungen, die nachvollziehbar zu Beginn der Pandemie COVID-19-bedingt anstieg. Im Gegenzug bildeten die Muskel-Skeletterkrankungen den höchsten Anteil aller Arbeitsunfähigkeitstage mit 20,2 %. (BGF 2022, S. 15). Der Bericht bezieht sich weiterhin auf das Ranking einzelner Diagnosen, in denen auch MSD zum Ausdruck kommt. Rückenschmerzen fordern mit 306,8 Arbeitsunfähigkeitstagen (je

100 Versicherte) 2021 den zweithöchsten Wert in den TOP 15 Diagnosen ein (BGF 2022, S. 18). Auch die Situation des Krankenstandes verschärft sich zunehmend. 2022 wurden an 8,8 % aller Arbeitstage Pflegende krankgeschrieben. Ein Jahr zuvor lag diese Ziffer bei 7,2 %. Dies betrifft fast 700.000 AOK-Versicherte im Pflegeberuf in Deutschland. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen fehlten damit Pflegende insgesamt 32 Tage krankheitsbedingt am Arbeitsplatz, 8 Tage länger als die versicherten Beschäftigten anderer Berufsgruppen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (AOK Bundesverband 2023). Die dargestellten Werte geben Hinweise auf die Belastungen und gesundheitlichen Einschränkungen, denen das muskuloskelettale System der Angehörigen der Pflegebranche ausgesetzt sein muss und unter denen Betroffene offensichtlich leiden. Um zu verstehen, wie es zu den genannten Folgen kommen kann, muss nachvollzogen werden, welcher physischen Belastung die Pflegenden in der direkten Patient*innenversorgung ausgesetzt sind und welche Tätigkeiten sowie Körperhaltungen/-bewegungen unter entsprechender Intensität MSD fördern.

> »Die Pflege umfasst die eigenständige und gemeinschaftliche Betreuung von Personen jeden Alters, Familien, Gruppen und Gemeinschaften, ob krank oder gesund und in allen Umgebungen. Die Pflege beinhaltet die Förderung der Gesundheit, die Vorbeugung von Krankheiten sowie die Betreuung von kranken, behinderten und sterbenden Menschen. Zu den wichtigen Aufgaben der Pflege gehören ebenfalls die Interessenvertretung, die Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung an der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management von Patienten und Gesundheitssystemen und die Ausbildung.« (ICN 2002)

Die Definition der Pflege durch den International Council of Nursing (ICN) stellt die kürzere Version von insgesamt zwei Definitionen dar. Trotz seiner Kürze gibt sie einen Einblick in die Diversität und den Facettenreichtum des Pflegeberufs. Die umgesetzten Tätigkeiten durch die Pflegefachpersonen in der direkten Patient*innenversorgung geben selbstverständlich in gleichem Maße ein vielseitiges Bild wieder. Je nach der vorliegenden Versorgungssituation und der Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person ergeben sich die umzusetzenden Maßnahmen. In diesem sehr breiten Maßnahmenspektrum im Rahmen der direkten Pflege lassen sich ebenfalls Tätigkeiten identifizieren, die über alle Versorgungssektoren hinweg zur Anwendung kommen und in Kombination mit der notwendigen Positionierung des Körpers sehr lastenreiche Anforderungen an den muskuloskelettalen Apparat der Pflegefachpersonen stellt.

Auf Beispiele für Tätigkeiten im genannten Kontext bezieht sich auch die NEXT-Studie. Estryn-Behar et al. (2003, S. 94) befragten über 31.000 Pflegefachpersonen in zehn europäischen Ländern zu deren Ausführungshäufigkeit typischer Pflegehandlungen, die aufgewendete Zeit in unangenehmen Körperhaltungen, die

wahrgenommene Belastung im Zuge körperlicher Anstrengungen sowie die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel für den Umgang mit den Patient*innen. Als typische Pflegehandlung, bei denen primär das Heben im Fokus stand, beinhalteten das Betten, Mobilisieren, Anheben und Transferieren von Patient*innen. Tätigkeiten, die eine wiederholte oder anhaltende Beugung des Oberkörpers benötigen, stehen in Verbindung mit der hygienischen Versorgung der Patient*innen oder mit Hilfe beim Anlegen von Kleidung, das Beziehen und dem Schieben von Patient*innenbetten sowie dem Anreichen von Essen. Von den befragten Pflegepersonen gaben 26 % der Pflegefachpersonen, 33 % der Pflegehilfspersonen und 15 % der Pflegefachpersonen in leitender Position an, die dargestellten Aufgaben mindesten sechs Mal täglich oder öfters zu vollziehen.

Ein weiterer Faktor, den es in der täglichen Arbeitsabläufen der Pflege zu meistern gilt, sind lange Stehzeiten. Hierzu äußerten über 60 % der deutschen Pflegefachpersonen, dass sie länger als sechs Stunden pro Tag stehen und über 80 % empfinden ihre Arbeit als physische Herausforderung. Zusätzlich berichten die befragten Pflegenden in Deutschland über eine Unzufriedenheit mit der körperlichen Arbeit (>50 %), einen physischen Disstress aufgrund der lastenreichen Tätigkeiten (ca. 40 %) oder sogar, dass sie bereits an einer MSD leiden (ca. 40 %). In Konsequenz einer täglichen physischen Erschöpfung (57,6 %) überlegen die Pflegenden im Zeitraum eines Jahres mehrfach, den Pflegeberuf und die direkte Patient*innenversorgung zu verlassen (Estryn-Behar et al. 2003, S. 96–98).

Statische Körperhaltungen, Drehbewegungen oder die Last durch kontinuierliches Beugen werden von Pflegenden nachweisbar in gesteigertem Maße umgesetzt. Somit sind sie einem erhöhten Risiko negativer gesundheitlicher Folgen ausgesetzt, wie Schmerzen im unteren Rücken (Harcombe et al. 2014, S. 601; Kozak/Freitag/Nienhaus 2017, S. 23), oder im Laufe ihrer Karriere von MSD betroffen (Freitag et al. 2006, S. 385–386; Soylar/Ozer 2018, S. 482; Amaro et al. 2018, S. 2–3; d'Etorre/Vullo/Pellicani 2019, S. 53; Ou et al. 2021, S. 1–2).

Nicht nur »klassische« Tätigkeiten, wie der Transfer der Patient*innen, stellen eine Herausforderung für die Rückengesundheit der Pflegefachpersonen dar. Zusätzlich werden ungewöhnliche Körperhaltungen ohne direkten Patient*innenkontakt im Arbeitsalltag der Pflege umgesetzt, die ebenfalls eine Beugung des Oberkörpers voraussetzen und die Wirbelsäule belasten. Bei einer Untersuchung mit Pflegefachpersonen aus deutschen Pflegeheimen (4) und Krankenhäusern (7) und einer Verteilung von 9 Pflegenden in den Pflegeheimen und 18 in den Krankenhäusern konnten 79 Schichten (27 und 52) ausgewertet werden, um den Umfang und spezifische Faktoren für die Ausführung einer vorgebeugten Körperhaltung im Rahmen eines typischen Arbeitspensums bei den Pflegenden zu erfassen (Freitag et al. 2012, S. 699–701). Die pflegerische Versorgung je Schicht in Pflegeheimen hat sich in mehreren Punkten, mit Auswirkung auf das Ausmaß der Körperneigung, zu den Krankenhäusern unterschieden. Das durchschnittliche Verhältnis Pflegefachperson zu

den zu Pflegenden betrug 1:9 bzw. 1:6. Weiterhin wurde in den Pflegeheimen eine höhere Durchschnittsrate je Pflegefachperson in der Transferierung/Mobilisation (26,5) der zu Pflegenden sowie eine höhere durchschnittliche Anzahl an sehr pflegeintensiven zu Pflegenden (4,8), z.B. höherer Unterstützungsbedarf in der Körperpflege, erfasst (Freitag et al. 2012, S. 698). In den Krankenhäusern konnten im gleichen Kontext 6,6 Mobilisationen und 1,4 pflegeintensive Patient*innen festgehalten werden mit einer Anzahl von 1170 im Durchschnitt umgesetzten Rumpfneigungen (>20 Grad) in einem Zeitumfang von 63 Minuten je Schicht und Pflegefachperson. Der höhere Trend setzte sich auch in den letzten beiden Punkten in den Pflegeheimen fort mit 1541 Rumpfneigungen und 112 Minuten, in denen die Pflegefachpersonen diese Position einnahmen (Freitag et al. 2012, S. 703–704). Die dargestellten Werte geben einen Einblick in die Verbindung zwischen der Anzahl der Körperneigungen und dem Unterstützungsbedarf der Bewohner*innen bzw. Patient*innen, der durch die Pflegefachpersonen bewerkstelligt werden muss. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich für Freitag et al. (2012, S. 706) ein potenzieller Ansatzpunkt, die physischen Belastungen der Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung der Bewohner*innen und Patient*innen in Zukunft zu reduzieren.

Pflegemaßnahmen wie die Mobilisation oder Lagerung der Patient*innen im Bett, Unterstützung während des Badens oder Duschens, die Mobilisation der Patient*innen auf und von der Toilette oder von Sitzmöglichkeiten, die Unterstützung während des Laufens oder die Hilfestellung nach einem Sturz der Betroffenen sind zusätzliche Beispiele für Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen dem Risiko aussetzen, MSD, etwa in Form von Rückenschmerzen, durch Hebeprozesse zu erfahren. Hohe Wiederholungsraten, die Distanz, die überwunden sowie die Beugungen und Drehungen die umgesetzt werden müssen, um die Patient*innen und deren Körpergewicht in den Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit zu unterstützen, sind erschwerende Faktoren zur Begünstigung von Verletzungen (Rayssiguie/Erden 2022, S. 2). Aus dem Blickwinkel der assistiven Systeme könnten Exoskelette ein nützliches Instrument sein, um den beschriebenen Ansatz zur Einschränkung von Belastungen zu verwirklichen (Vallée 2024, S. 2–4) und muskuloskelettale Verletzungen zu vermeiden (Rayssiguie/Erden 2022, S. 2).

Zukünftige Herausforderungen assistiver Technologien

Mit dem Einsatz assistiver Technologien müssen Risiken berücksichtigt werden. Viele Wearables und mHealth-Apps werden oft ohne ausreichende wissenschaftliche Evaluation entwickelt, was ihre Zuverlässigkeit in medizinischen Anwendungen infrage stellt. Benutzerfreundlichkeit und Motivation der Nutzer*innen sind entscheidend für den langfristigen Erfolg dieser Technologien, und es ist wichtig, dass

diese Aspekte bei der Entwicklung und Implementierung in den Fokus gerückt werden (Lorenz/Pleger/Schering 2022, S. 23–24).

Robotische Systeme werden anhaltend weiterentwickelt. Allerdings konzentrieren sich diese Bestrebungen und die Forschung noch zu stark auf den Bereich der Servicerobotik und auf technische Innovationen. Gerade autonome Systeme, die ältere Menschen unterstützen sollen, müssten eine stärkere Zentrierung auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe aufweisen; noch zeigen sie einen ungenügenden Entwicklungstand auf, um einen entscheidenden Teil zur Selbständigkeit älterer Menschen beitragen zu können (Hülsken-Giesler/Daxberger 2018, S. 132). Die Adaption robotischer Anwendungen in die Pflegepraxis ist gering. Dies trifft auch auf soziale Roboter in der stationären Langzeitpflege zu, die noch einige Bedenken überwinden müssen, um sich in diesem Versorgungssetting durchsetzen zu können.

Aktuell müssen die Kosten für solche Systeme, wie zum Beispiel PARO, außerhalb von geförderten Projekten umfänglich (vierstellige Anschaffungskosten, Wartungskosten, Schulung der Mitarbeitenden etc.) durch die Einrichtungen selbst getragen werden. Dieser Umstand führt dazu, dass nur zahlungsbereite Menschen oder Einrichtungen sich die Anwendung dieser Roboter leisten können und somit eine ungleiche Verteilung im Zugang dieser Unterstützungsangebote gegeben ist. Aufgaben, wie die Reinigung der Geräte, könnten als zusätzliche Belastung durch die Pflegenden aufgefasst werden; außerdem gibt es die Sorge um ein bestehendes Infektionsrisiko, das von PAROs Fell und dem wechselnden Gebrauch des Roboters durch unterschiedliche zu Pflegende ausgeht (Hung et al. 2019, S. 6). Wie bereits festgehalten werden konnte, zeichnet sich die Pflege durch einen starken Fokus auf die Beziehungsgestaltungen mit den zu Pflegenden und dadurch über eine hohe emotionale Komponente aus. Genau diesen Aspekt werden robotische Systeme in absehbarer Zukunft nur sehr schwer nachkommen können. Dies stellt einen Punkt dar, der zunehmend zu bedenken sein wird, wenn es darum geht, gerade pflegerische Tätigkeiten durch Robotik ausführen zu lassen oder adäquat in Pflegesituationen zu reagieren (Kratky/Paletta/Schüssler 2023, S. 53; Zöllick et al. 2022, S. 9–10).

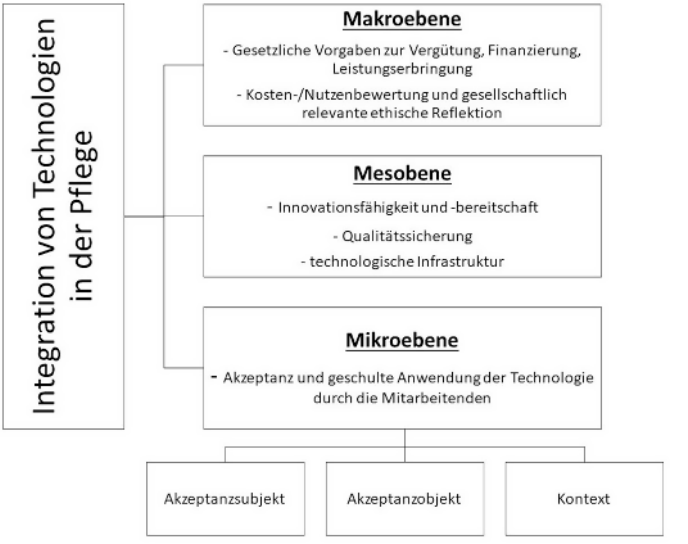
Kosten spielen aus Perspektive der Pflegenden für eine gleichberechtigte Anwendung von Exoskeletten eine entscheidende Rolle. Durch ein breites Tätigkeitsfeld mit sehr unterschiedlichen Situationen und physischen Anstrengungen liegt die Herausforderung in dem Design von Exoskeletten in einem hohen Grad an Anpassungsoptionen und in der Widerstandsfähigkeit des Materials, um den jeweiligen Gegebenheiten sowie hygienischen Anforderungen gerecht zu werden (Vallèe 2024, S. 6–7). Für die weitere Forschung wird primär der Nachweis der Wirksamkeit der Exoskelette auf den menschlichen Körper eingefordert, die noch nicht ausreichend genug mit aktuellen Messmethoden erfasst wird (BGW 2024). Weitere Forschungsthemen zur Bildung einer stärkeren Evidenz zum Einsatz von Exoskeletten in der Pflegepraxis sollten sich u.a. auf die Bereiche der Arbeitszufriedenheit, ar-

beitsbedingter Verletzungen und Leistungsfähigkeit der Pflegenden sowie den Auswirkungen auf die zu Pflegenden konzentrieren (Vallèe 2024, S. 7).

Trotz des hohen Potenzials, die pflegerische Arbeitsgestaltung durch die Anwendung von Technologien zu reformieren, zu aktualisieren oder auch technologisch zukunftssicher zu machen, sind weitere entscheidende Faktoren tiefer zu ergründen und Voraussetzungen zu schaffen, die in Wechselwirkung zueinanderstehen. Schneider, Besser und Geithner (2020, S. 620–621) argumentieren in diesem Zusammenhang u.a. mit zusätzlichen Regelungen, die auf der Ebene des Staates (Makroebene) geschaffen werden müssen. Dazu zählen die Sicherung einer adäquaten Finanzierung (siehe Abb. 2) zur Förderung der Integration entsprechender Technologien in die Pflegepraxis. Organisationen (Mesoebene) sind ebenso in der Pflicht, eine ausreichende technische Infrastruktur zur Verfügung zu stellen sowie ein gewisses Maß einer immanenten Veränderungsbereitschaft zu etablieren, damit Innovationsprojekte nicht als Bedrohung angesehen oder gar verhindert werden. Im gleichen Maße ist die Akzeptanz der Pflegenden (Mikroebene) gegenüber (neuen) Technologien von entscheidender Bedeutung. Sie sind als Akzeptanzsubjekt die Expert*innen für die Bedienfreundlichkeit oder den Nutzen der angewendeten Technologie (Akzeptanzobjekt) im Rahmen des jeweiligen Kontextes, wie der stationären Langzeitpflege oder dem ambulanten Pflegedienst.

Im Sinne der Akzeptanz von Technologien in der Pflege öffnet sich die Tür in beide Richtungen. Auch die zu pflegenden Personen und deren Angehörige in der ambulanten Versorgung müssen zur Entwicklung der genannten Akzeptanz erst den Nutzen erkennen und über Erfahrungen mit assistiven Technologien verfügen, die im besten Fall den Erwartungen und Lebensstilen der Zielgruppen entgegenkommen (Wallhoff/Bruns 2023, S. 10). Dieser Herausforderung kann man jedoch nur erfolgreich begegnen, wenn man die genannten Personenkreise in die Entwicklung und Implementierungsbestrebungen assistiver Technologien einbezieht sowie die Expertise der beteiligten Berufsgruppen (Informatiker*innen, Ingenieur*innen, Pflegende etc.) einfließen lässt.

Abbildung 2: Systematische Ableitung technischer Systeme für die Pflege und Teilhabeunterstützung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneider, Besser und Geithner (2020, S. 620)

Literatur

Ali, Athar/Fontanari, Vigilio/Schmoelz, Werner/Agrawal, Sunil K. (2021): »Systematic review of back-support exoskeletons and soft robotic suits«, in: Frontiers in Bioengineering and Biotechnology 9, S. 1–15. DOI: 10.3389/fbioe.2021.765257.

ALIAS – Adaptable Ambient Living ASsistant (2024): »AAL programme – Ageing well in the digital world«, Siehe www.aal-europe.eu/projects/alias/, zuletzt abgerufen am 27.10.2024.

Amaro, João/Magalhães,ID João/Leite, Margarida/Aguiar, Beatriz/Ponte, Paula/Barrocas, Joana/Norton, Pedro (2018): »Musculoskeletal injuries and absenteeism among healthcare professionals—ICD-10 characterization«, in: PLOS ONE, 13(12), S. 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0207837.

AOK Bundesverband (2023): »Krankenstand in der Pflege: Anstieg um mehr als 44 % in elf Jahren«, in: AOK Bundesverband Pressemitteilungen, https://www.aok.de/pp/bv/pm/krankenstand-pflege-2022/, zuletzt abgerufen am 14.10.2024.

Auer, Simon/Tröster, Mark/Schiebl, Jonas/Iversen, Kristoffer/Chander, Divyaksh S./Damsgaard, Michael/Dendorfer, Sebastian (2022): »Biomechanical assessment

of the design and efficiency of occupational exoskeletons with the AnyBody modeling system«, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 76, S. 440–449. DOI: 10.1007/s41449-022-00336-4.

Auth, Diana/Heinzelbecker, Lisa (2022): »Pflegenotstand«, in: Themenblätter im Unterricht 132. Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung.

BGF – Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF (2022): »Branchenbericht Pflege 2022 – Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten«. Köln. Siehe https://www.bgf-institut.de/fileadmin/redaktion/downloads/gesundheitsberichte/aktuelle_Gesundheitsberichte/2022/Pflegebericht_2022_Einzelseiten.pdf, zuletzt abgerufen am 28.01.2025.

BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2024): »BGW sieht den Einsatz von Exoskeletten beim Bewegen von Menschen kritisch«. Siehe https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/gesunder-ruecken/bgw-sieht-den-einsatz-von-exoskeletten-beim-bewegen-von-menschen-kritisch-104462, zuletzt abgerufen am 21.11.2024.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024): »Pflegeberufegesetz«. Siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html, zuletzt abgerufen am 06.09.2024.

Boniol, Mathieu/Kunjumen, Teena/Nair, Tapas S./Siyam, Amani/Campbell, James/Diallo, Khassoum (2022): »The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and ›universal‹ health coverage?«, in: BMJ Global Health 7, S. e009316. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-009316

Burstedde Alexander/Tiedemann Jurek (2024): »Arbeitsmarkt: 2027 fehlen 728.000 Fachkräfte in Deutschland«. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft. Siehe https://www.iwkoeln.de/presse/pressemitteilungen/alexander-burstedde-jurek-tiedemann-2027-fehlen-728000-fachkraefte-in-deutschland.html, zuletzt abgerufen am 20.09.2024.

Calabrò, Rocco S./Naro, Antonino/Russo, Margherita/Bramanti, Placido/Carioti, Luigi/Balletta, Tina/Buda, Antonio/Manuli, Alfredo/Filoni, Serena/Bramanti, Alessia (2018): »Shaping neuroplasticity by using powered exoskeletons in patients with stroke: a randomized clinical trail«, in: Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation, 15(35), S. 1–16. DOI: 10.1186/s12984-018-0377-8.

Care-O-bot (2024): »Care-O-bot 3 – Historie«. Stuttgart: Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung. Siehe https://www.care-o-bot.de/de/care-o-bot-3/history.html, zuletzt abgerufen am 29.10.2024.

Chen, Bing/Zi, Bin/Ling, Qin/Pan, Qiaosheng (2020): »State-of-the-art research in robotic hip exoskeletons: A general review«, in: Journal of Orthopaedic Translation 20, S. 4–13. DOI: 10.1016/j.jot.2019.09.006.

d'Ettorre, Gabriele/Vullo, Annamaria/Pellicani, Vincenza (2019): »Assessing and preventing low back pain in nurses. Implications for practice manage-

ment«, in: Acta Biomedica for Health Professions 90(6), S. 53–59. DOI: 10.23750/abm.v90i6-S. 8228.

de Bock, Sandra/Ghillebert, Jo/Govaerts, Renèe/Elprama, Shirley A./Marusic, Uros/Serrien, Ben/Jacobs, An/Geeroms, Joost/Meesuen, Romain/De Pauw, Kevin (2021): »Passive shoulder exoskeletons: More effective in the lab than in the field?«, in: IEEE Transactions in Neural Systems and Rehabilitation Engineering 29, S. 172–183. DOI: 10.1109/TNSRE.2020.3041906.

de Bock, Sandra/Rossini, Marco/Lefeber, Dirk/Rodriguez-Guerrerro, Carlos/Geeroms, Joost/Meeusen, Romain/de Pauw, Kevin (2022), »An occupational shoulder exoskeleton reduces muscle activity and fatigue during overhead work«, in: Transactions on Biomedical Engineering, 69/10, S. 3008–3020, DOI: 10.1109/TBME.2022.3159094.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2024): »Mehr Pflegebedürftige« Wiesbaden. Bundesamt für Statistik. Siehe https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html, zuletzt abgerufen am 06.09.2024.

Dieterich, Frank/Perras, Jan/Popp, Wolfram/Ahrens, Marlena/Wirth, Steffen (2023): »Robotik für eine qualitativ hochwertige Mobilisation – Verbesserte Regeneration eines Covid-19-Patienten mit ECMO-Therapie«, in: PRO CARE, 1/2, S. 12–16. DOI: 10.1007/s00735-023-1654-8.

Disselhorst-Klug, Catherine (2021), »Robotische Unterstützung und Therapie und Pflege«, in: Gernot Marx/Rolf Rossaint/Nikolaus Marx (Hg.), Telemedizin – Grundlagen und praktische Anwendungen in stationären und ambulanten Einrichtungen. Berlin: Springer, S. 467–476. DOI: 10.1007/978-3-662-60611-7

Dollar, Aaron M./Herr, Hugh (2008), »Lower extremity exoskeletons and active orthoses: Challenges and state-of-the-art«, in: Transactions on Robotics, 24(1), S. 144–158. DOI: 10.1109/TRO.2008.915453.

Drees, Tobias/Pluhnau, Robin/Nagarajah, Arun (2020): »Konzeptionierung einer Methodik zur effizienten Entwicklung von Exoskeletten«, in: Burkhard Corves/Kilian Gericke/Karl-Heinrich Grote/Armin Lohrengel/Manuel Löwer/Arun Nagarajah/Frank Rieg/Gerhard Scharr/Ralph Stelzer (Hg.), 18. Gemeinsames Kolloquium Konstruktionstechnik – Nachhaltige Produktentwicklung. Essen: Universität Duisburg-Essen, S. 187–197. DOI: 10.17185/duepublico/73094.

Estryn-Behar, Madeleine/le Nézet, Olivier/Laine, Marjukka/Pokorski, Janusz/Caillard, Jean-François (2003): »Physical load among nursing personnel«, in: Hans-Martin Hasselhorn/Peter Tackenberg/Bernd Hans Müller (Hg.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe, SALTSA Joint programme for working life research in Europe, Report No. 7. Stockholm: National Institute for Working Life, S. 94–100.

Etenzi, Ettore/Borzuola, Riccardo/Grabowski, Alena M. (2020), »Passive-elastic knee-ankle exoskeleton reduces the metabolic cost of walking«, in: Journal of

NeuroEngineering and Rehabilitation, 17(104), S. 1–15. DOI: 10.1186/s12984-020-00719-w.

ETH Zürich (2016): »Eine Gehhilfe, die mitdenkt«. Zürich: ETH Zürich. Siehe https://ethz.ch/de/news-und-veranstaltungen/eth-news/news/2016/02/smart-walker.html, zuletzt abgerufen am 27.10.2024.

Fraunhofer IPA (2022): »Neuer Roboter für das Gesundheitswesen transportiert Waren bis zum Patientenzimmer«. Stuttgart: Fraunhofer IPA. Siehe https://www.ipa.fraunhofer.de/de/presse/presseinformationen/neuer-roboter-fuer-das-hesundheitswesen.html, zuletzt abgerufen am 19.10.2024.

Freitag, Sonja/Ellegast, Rolf/Dullon, Madeleine/Niehaus, Albert (2006): »Quantitative measurement of stressful trunk postures in nursing professions«, in: Annals of Occupational Hygiene, 51(4), S. 385–395. DOI:10.1093/annhyg/mem018.

Freitag, Sonja/Fincke-Junod, Isabell/Seddouki, Rachida/Dulon, Madeleine/Hermanns, Ingo/Kersten, Jan F./Larsson, Tore J./Nienhaus, Albert (2012): »Frequent bending—An underestimated burden in nursing professions«, in: Annals of Occupational Hygiene, 56(6), S. 697–707. DOI:10.1093/annhyg/mes002.

Geva, Nirit/Hermoni, Netta/Levy-Tzedek, Shelly (2022): »Interaction matters: The effect of touching the social robot Paro on pain and stress is stronger when turned on vs. off«, in: Frontiers in Robotics and AI, 9, S. 1–14.

Gorgey, Ashraf S. (2018): »Robotic exoskeletons: The current pros and cons«, in: World Journal of Orhopedics, 18(9), S. 112–119. DOI: 10.5312/wjo.v9.i9.112.

Graf, Birgit (2020): »Assistenzroboter für die Pflege – Verfügbare Produkte und Forschungsfelder«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 53, S. 608–614. DOI: 10.1007/s00391-020-01782-7.

Granier, Katie L./Oltz, Katie/Ingram, Rebecca E./Segal, Daniel L. (2023): »Getting the seal of approval: A critical literature review of the evidence for the use of the PARO robotic companion seal with older adults with cognitive impairment in long-term care«, in: Journal of Aging and Long-Term Care, 6(2), S. 57–79. DOI: 10.51819/jaltc.2023.1243669.

Harcombe, H./Herbison, G. P./McBride, D./Derrett, S. (2014): »Musculoskeletal disorders among nurses compared with two other occupational groups«, in: Occupational Medicine 64, S. 601–607. DOI:10.1093/occmed/kqu117.

Heitling, Annett (2023): »Exoskelette«, in: Martin Groß/Birgit Henning/Stefan Kappel/Frank Wallhoff (Hg.), Assistive Technologien, technische Rehabilitation und unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen. Berlin: Springer, S. 255–280. DOI: 10.1007/978-3-662-64118-7.

Herr, Hugh (2009): »Exoskeletons and orthoses: Classification, design challenges and future directions«, in: Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation 6(21), S. 1–9. DOI:10.1186/1743-0003-6-21.

Heuer, Tanja/Schiering, Ina (2022): »Einsatz von Robotik als Assistive Technologie«, in: Ernst-Wilhelm Luthe/Sandra V. Müller/Ina Schiering (Hg.), Assistive

Technologien im Sozial- und Gesundheitssektor. Wiesbaden: Springer, S. 11–28. DOI: 10.1007/978-3-658-34027-8.

Hirt, Julian/Ballhausen, Nicola/Hering, Alexandra/Kliegel, Matthias/Beer, Thomas/Meyer, Gabriele (2021): »Social robot interventions for people with dementia: A systematic review on effects and quality of reporting«, in: Journal of Alzheimer's Disease 79, S. 773–792. DOI 10.3233/JAD-200347.

Howard, John/Murashov, Vladimir/Lowe, Brian D./Lu, Jack (2022): »Industrial exoskeletons«, in: CDC – NIOSH Science Blog. Siehe https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2020/01/07/industrial-exoskeletons/, zuletzt abgerufen am 08.08.2024.

Hülsken-Giesler, Manfred/Daxberger, Sabine (2018): »Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive«, in: Oliver Bendel (Hg.), Pflegeroboter. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 125–140. DOI: 10.1007/978-3-658-22698-5.

Hung, Lillian/Liu, Cindy/Woldum, Evan/Au-Yeung, Andy/Berndt, Annette/Wallsworth, Christine/Horne, Neil/Gregorio, Mario/Mann, Jim/Chaudhury, Habib (2019): »The benefits of barriers to using a social robot Paro in care settings: A scoping review«, in: BMC Geriatrics, 19(232), S. 1–10. DOI: 10.1186/s12877-019-1244-6.

ICN – International Council of Nursing (2002): »Short definition of »nursing«. https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/current-nursing-definitions, zuletzt abgerufen am 20.06.2024.

JieJunYi, Liang/QinHao, Zhang/Yang, Liu/Tao, Wang/GuangFu, Wan (2022): »A review of the design of load-carrying exoskeletons«, in: Science China Technological Sciences 65, S. 2051–2067. DOI: 10.1007/s11431-022-2145-x.

Kehl, Christoph (2018): »Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen. Vertiefung des Projekts Mensch-Maschine-Entgrenzungen. TAB-Arbeitsbericht Nr. 177«. Berlin: Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag.

Kirchner, Elsa A./Will, Niels/Simnofske, Marc/Kampmann, Peter/Benitez Luis M.V./de Fernández Gea, José/Kirchner, Frank (2019): »Exoskelette und künstliche Intelligenz in der klinischen Rehabilitation«, in: Mario A. Pfannstiel/Patrick Da-Cruz/H. Mehlich (Hg.), Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen V – Impulse für die Rehabilitation. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 413–436. DOI: 10.1007/978-3-658-23987-9_21.

Klein, Barbara (2019): »Einsatz sozialer Roboter in der Pflege – Roboter als Freund und Begleiter? Pflege und digitale Technik, ZQP – Report«. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, S. 84–90.

Kozak, Agnessa/Freitag, Sonja/Nienhaus, Albert (2017): »Evaluation of a training program to reduce stressful trunk postures in the nursing professions: A pilot study«, in: Annals of Work Exposures and Health, 61(1), S, 22–32. DOI: 10.1093/annweh/wxw002.

Kratky, Wolfgang/Paletta, Luca/Schüssler, Sandra (2023): »Pflegeroboter unterstützen Pflegekräfte, aber sie ersetzen sie nicht«, in: Pro Care 4, S. 52–55.

Kunze, Christoph/König, Peter (2017): »Systematisierung technischer Unterstützungssysteme in den Bereichen Pflege, Teilhabeunterstützung und aktives Leben im Alter«, in: Isabella Hämmerle/Guido Kempter (Hg.), Umgebungsunterstütztes Leben: Beiträge zum Usability Day XV. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Kyrarini, Maria/Lygerakis, Fotios/Rajavenkatanarayanan, Akilesh/Sevastopoulos, Christos/Nambiappan, Harish Ram/Chaitanya, Kodur Krishna/Babu, Ashwin Ramesh/Mathew, Joanne/Makedon, Fillia (2021): »A survey of robots in healthcare«, in: Technologies 9(8), S. 1–26. DOI: 10.3390/technologies9010008.

Leib, Kerstin/Muschner, Beate (2024): »Robotische Systeme erleichtern Frührehabilitation«, in: Pflegezeitschrift 77, S. 27–29. DOI: 10.1007/s41906-024-2570-7.

Leova, Lydia/Cubanova, Slavka/Kutilek, Patrik/, Volf, Petr/Hejda, Jan/Hybl, Jan/Stastny, Petr/Vagner, Michal/Krivanek, Vaclav (2022): »Current state and design recommendations of exoskeletons of lower limbs in military applications«, in: Jan Mazal/Adriano Fagiolini/Petr Vasik/Michele Turi/Agostino Bruzzone/Stefan Pickl/Vlastimil Neumann/Petr Stodola (Hg.), 8th International Conference, MESAS 2021, Virtual Event. Cham/Switzerland: Springer, S. 452–463. DOI: 10.1007/978-3-030-98260-7.

Lorenz, Tom/Pleger, Michael/Schiering, Ina (2022): »Smart Devices als Assistive Technologien«, in: Ernst-Wilhelm Luthe/Sandra V. Müller/Ina Schiering (Hg.), Assistive Technologien im Sozial- und Gesundheitssektor. Wiesbaden: Springer, S. 11–28. DOI: 10.1007/978-3-658-34027-8.

Lutze, Maxie/Trauzettel, Franziska/Busch-Heizmann, Anne/Bovenschulte, Marc (2021): »Potenziale einer Pflege 4.0 – Wie innovative Technologien Entlastung schaffen und die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege verändern«. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. DOI: 10.11586/2021037.

Miller, Larry E./Zimmermann, Angela K./Herbert, William G. (2016), »Clinical effectiveness and safety of powered exoskeleton-assisted walking in patients with spinal cord injury: systematic review with meta-analysis«, in: Medical Devices: Evidence and Research 9, S. 455–466. DOI: 10.2147/MDER.S103102.

MT Robot AG (2019): »Autonom navigierende Transportroboter«. Siehe https://mt-robot.ch/roboter/, zuletzt abgerufen am 19.10.2024.

Mudie, Kurt/Billing, Daniel/Garofolini, Allessandro/Karakolis, Thomas/LaFiandra, Michael (2022): »The need for a paradigm shift in the development of military exoskeletons«, in: European Journal of Sport and Science, 22(1), S. 35–42. DOI: 10.1080/17461391.2021.1923813.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020): »Committee on identifying disabling medical conditions likely to improve with treatment. Se-

lected health conditions and likelihood of improvement with treatment«. Washington, DC: National Academies Press. DOI: 10.17226/25662.

Ohneberg, Christoph/Stöbich, Nicole/Mirbeth, Carolin/Eberl, Inge (2024): »Robotik in der Pflege«, in: Walter Swoboda/Nadine Seifert (Hg.), Digitale Innovationen in Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 247–279. DOI: 10.1007/978-3-662-67914-2_10.

Ou, Yang-Kun/Liu, Yi/Chang, Yu-Ping/Lee, Bih-O (2021): »Relationship between musculoskeletal disorders and work performance of nursing staff: A comparison of hospital nursing departments«, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7085), S. 1–14. DOI: 10.3390/ijerph18137085.

Ozkaynak, Mustafa/Kebapci, Ayda/Ponicsan, Heather/Zhang, Zhan/Bai, Enze/Bowler, Fara (2024): »Evaluating smart glasses for cardiopulmonary resuscitation«, in: Innovation in Applied Nursing Informatics 315, S. 19–24. DOI: 10.3233/SHTI240099.

Panasonic (2015): »Panasonic autonomous delivery robots – HOSPI – Ais hospital operations at Changi General Hospital«, in: Products & Solutions/Blog Posts 23, Juli 2015. Siehe https://news.panasonic.com/global/topics/4923, zuletzt abgerufen am 19.10.2024.

Proud, Kasmine K./Lai, Tze Huel/Mudie, Kurt/Carstairs, Greg/Billing, Daniel C./Garofolini, Alessandro/Begg, Rezaul (2020): »Exoskeleton application to military manual handling tasks«, in: Human Factors 64(3), S. 527–554. DOI: 10.1177/0018720820957467.

Ragno, Luca/Borboni, Alberto/Vannetti, Federica/Amici, Cinzia/Cusano, Nicoletta (2023): »Application of social robots in healthcare: Review on characteristics, requirements, technical solutions«, in: Sensors 23(6820), S. 1–40. DOI: 10.3390/s23156820.

Rahman, Tariq/Sample, Whitney/Jayakumar, Shanmuga/King, Marylin M./Wee, Jin Yong/Seliktar Rahamim/Alexander, Michael/Scavina, Mena/Clark, Alisa (2006), »Passiv exoskeletons for assisting limb movement«, in: Journal of Rehabilitation Research & Development, 43(5), S. 583–590. DOI: 10.1682/JRRD.2005.04.0070.

Raysiguie, Esther/Erden, Mustafa S. (2022): »A review of exoskeletons considering nurses«, in: Sensors 22(7035), S. 1–21. DOI: https://doi.org/10.3390/s22187035.

Robertson, Lakshmi D./Syron, Laura/Flynn, Michael/Teske, Ted/Hsiao, Hongwei/Lu, Jack/Lowe, Brian D. (2020): »Exoskeletons and Occupational Health Equity«, in: CDC – NIOSH Science Blog. Siehe https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2020/12/14/exoskeletons-health-equity/, zuletzt abgerufen am 11.08.2024.

Rupal, Baltej S./Rafique, Sajid/Singla, Ashish/Singla, Ekta/Isaksson, Magnus/Virk, Gurvinder S. (2007): »Lower-limb exoskeletons: Research trends and regulatory guidelines in medical and non-medical applications«, in: International Journal of Advanced Robotic Systems 14(6), S. 1–27. DOI: 10.1177/1729881417743554.

Schiller, Christian/Graf, Birgit/Fischbach, Johannes/Baumgarten, Simon/Bläsing, Dominic/Strunck, Stefan/Fredl-Maurer, Ricarda/Filitz, Gerd (2019): »Servicerobotik bei Personenbezogenen Dienstleistungen – Abschlussbroschüre«, in: Ergebnisse im Rahmen der vordringlichen Fördermaßnahme »Servicerobotik zur Unterstützung bei personenbezogenen Dienstleistungen« (SeRoDi, www.serodi.de) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung BMBF, betreut vom Projektträger Karlsruhe (PTKA), Förderkennzeichen: 02K14Z000 bis 02K14Z004. https://www.ipa.fraunhofer.de/content/dam/ipa/de/documents/Projekte/Forschungsprojekte/Abschlussbrosch%C3%BCre%20Servicerobotik%20in%20der%20Pflege.pdf, zuletzt abgerufen am 10.10.2024.

Schneider, Michael/Besser, Jürgen/Geithner, Silke (2020): »Technologische Innovationen in der Pflege: Von der routinebasierten zur anlassinduzierten Pflege«, in: Mario A. Pfannstiel/Kristin Kassel/Christoph Rasche (Hg.), Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen – Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 615–632. DOI: 10.1007/978-3-658-28643-9.

Shibata, Takanori/Coughlin Joseph F. (2014): »Trends of robot therapy with neurological therapeutic seal robot, PARO«, in: Journal of Robotics and Mechatronics, 26(4), S. 418–425. DOI: 10.20965/jrm.2014.p0418.

Shin, Jiwon/Rusakov, Andrey/Meyer, Bertrand (2016): »SmartWalker: an intelligent robotic walker«, in: Journal of Ambient Intelligence and Smart Environments, 1(5), S. 1–16. DOI:10.3233/AIS-160383.

Simon, M./Tackenberg P./Hasselhorn H.-M./Kümmerling A./Büschner A./Müller B.H. (2005): »Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland«. Wuppertal, Witten-Herdecke: Bergische Universität Wuppertal, Private Universität Witten-Herdecke.

Singer, Kirsten/Fleischer, Nicole (2024): »Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich«, in: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

Sommer, Dominic/Riedel, Stefan/Schmidt, Sebastian (2024): »Smarte Helfer: Serviceroboter im Einsatz«, in: Pflegezeitschrift 77, S. 54–58. DOI: 10.1007/s41906-024-2608-x.

Soylar, Pinar/Ozer, Ali (2018): »Evaluation of the prevalence of musculoskeletal disorders in nurses: A systematic review«, in: Medicine Science, 7(3), S. 479–485. DOI: 10.5455/medscience.2017.06.8747.

Statistisches Bundesamt (2024): »Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt« Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Siehe https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html, zuletzt abgerufen am 20.09.2024.

Steinhilber, Benjamin/Luger, Tessy/Schwenkreis, Peter/Middeldorf, Stefan/Bork, Hartmut/Mann, Bernhard/von Glinski, Alexander/Schildhauer, Thoma A./

Weller, Stephan/Schmauder, Martin/Heinrich, Kai/Winter, Gabriele/Schnalke, Gerhard/Frener, Peter/Schick, Ralf/Wischniewski, Sascha/Jäger, Matthias (2020): »Einsatz von Exoskeletten im beruflichen Kontext zur Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention von arbeitsassoziierten muskuloskelettalen Beschwerden«, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 74, S. 227–246. DOI: 10.1007/s41449-020-00226-7.

Sumner, Jennifer/Lim, Hui W./Bundele, Anjali/Chew, Emily H.H./Chong, Jia F./Koh, Tsing Y./Sudin, Ruhana B./Yip, Alexander W. (2024): »Through the lens: A qualitative exploration of nurses' experiences of smart glasses in urgent care«, in: Journal of Clinical Nursing, S. 1–11. DOI: 10.1111/jocn.17313.

Vallée, Alexandre (2024): »Exoskeleton technology in nursing practice: Assessing effectiveness, usability, and impact on nurses' quality of work life, a narrative review«, in: BMC Nursing, 23(156), S. 1–9. DOI: 10.1186/s12912-024-01821-3.

Wallhoff, Frank/Bruns, Fenjay T (2023): »Assistive Technologien«, in: Martin Groß/Birgit Henning/Stefan Kappel/Frank Wallhoff (Hg.), Assistive Technologien, technische Rehabilitation und unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen. Berlin: Springer, S. 3–13. DOI: 10.1007/978-3-662-64118-7.

WHO – World Health Organization (2016): »Priority assistive products list«. Genf: WHO/EMP/PHI/2016.01.

WHO – World Health Organization (2022): »Fact sheets – Musculoskeletal health«. Siehe https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions, zuletzt abgerufen am 19.06.2024.

WHO – World Health Organization (2022): »Global report on assistve Technology«. Genf, World Health Organization and the United Nations Children Fund (UNICEF). Lizenz, CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO – World Health Organization (2023): »Health technologies«. Siehe https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/health-technologies, zuletzt abgerufen am 10.09.2024.

Wong, Karen Lok Yi/Hung, Lillian/Wong, Joey/Park, Juyoung/Alfares, Hadil/Zhao, Young/Mousavinejad, Abdolhossein/Soni, Albin/Zhao, Hui (2024): »Adoption of artificial intelligence – Enabled robots in long-term care homes by health care providers: Scoping Review«, in: JMIR Aging 7, S. 1–20.

Zhang, Zhan/Babu, Noubra A.R.R./Adelgais, Kathleen/Ozkaynak, Mustafa (2022): »Designing and implementing smart glasses technology for emergency medical services – A sociotechnical perspective«, in: JAMIA Open, 5(4), S. 1–10. DOI: 10.1093/jamiaopen/ooac113.

Zhang, Zhan/Bai, Enze/Joy, Karen/Ghelaa, Partth N./Adelgais, Kathleen/Ozkaynak, Mustafa (2023): »Smart glasses for supporting distributed care work: Systematic review«, in: JMIR Medical Informatics 11, S. 1–16. DOI: 10.2196/44161

Zhou, Jia-Yong/Liu, Ye/Mo, Xin-Min/Han, Chong-Wie/Meng, Xiao-Jing/Li, Qiang/Wang, Yue-Jin/Zhang, Ang (2020): »A preliminary study of the military applica-

tions and future of individual exoskeletons«, in: The 2020 Spring International Conference on Defense Technology, Journal of Physics: Conference Series, 1507. DOI 10.1088/1742-6596/1507/10/102044.

Zöllick, Jan/Kuhlmey, Adelheid/Blüher, Stefan (2022): »Robotik in der Pflege – Potenziale und Grenzen aus Sicht der Betroffenen«, in: Pro Care 10, S. 8–10.

Validität in der Pflege

Wer braucht das und wie geht das?

Walter Swoboda, Miriam Kappe, Anna Rothenhäusler, Nadine Seifert

Einführung

Spätestens seit dem Einsetzen des Pflegenotstandes wird die Profession der Pflege auch in Deutschland zunehmend als eigenständiges Fachgebiet anerkannt – eine Praxis, die in anderen Ländern bereits etabliert ist. Zusätzlich hat die Akademisierung des Berufes, aber auch das allgemein zunehmende Interesse an pflegerelevanter Forschung dazu geführt, dass vermehrt wissenschaftliche Vorhaben unter Führung oder zumindest relevanter Beteiligung der Pflege durchgeführt werden.

Nach Abschluss solcher Vorhaben stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, diese in eine Regelversorgung zu übernehmen. Diese Entscheidung wird maßgeblich durch die Knappheit finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen beeinflusst. Die Wahrscheinlichkeit, dass alle Projekte oder auch nur ein größerer Anteil davon übernommen werden, ist entsprechend gering. Andererseits fordert die Ethik der Medizin, dass verfügbare Ressourcen zum Wohl der Patient*innen optimal eingesetzt werden. Es ist also notwendig, eine Rangfolge von Maßnahmen zu schaffen.

Diese Aufgabe ist von erheblicher Komplexität. Denn eine wie auch immer geartete Priorisierung bei der Realisierung solcher Projekte hängt auch von der Zielsetzung ab. Eine Bewertung wird sich erheblich unterscheiden, wenn wirtschaftliche Effizienz, Patient*innenwohl, Mitarbeiter*innenzufriedenheit oder Entlastung der Angehörigen an erster Stelle stehen. Es ist aber nicht die Intention dieses Artikels, diese in erster Linie politische Frage zu beantworten.

Üblicherweise wird der Erfolg eines Projekts in den medizinischen Disziplinen entweder durch direkte Datenauswertung oder mittels quantitativer Befragungsinstrumente erhoben. Häufig werden qualitative Untersuchungen in diesem Zusammenhang nicht weiter diskutiert, da sie vermeintlich hauptsächlich der Hypothesenbildung dienen und weiterer Überprüfung bedürfen. Aufgrund der Vielzahl an Einflussgrößen und fehlender valider Fragebögen werden hier häufig nicht validierte Befragungsinstrumente zur Anwendung gebracht, was den Vergleich von unterschiedlichen Projekten wesentlich erschwert.

Bei allen Vorhaben, insbesondere solchen mit technischem Hintergrund oder im Bereich der Digitalisierung, sollten jedoch noch weitere Parameter erfasst werden, um ein möglichst objektives Gesamtbild zu erhalten. Hierzu zählen neben wirtschaftlichen Aspekten technische Faktoren wie Systemstabilität und Datenqualität. Während der medizinische Outcome öfter nur schwer und über längere Zeiträume zu messen ist, stellen diese zusätzlichen Parameter eine wichtige Eigenschaft dar, deren Bedeutung bei einer späteren Implementierung nicht zu unterschätzen ist. Auch werden Auswirkungen auf die Entlastung der Mitarbeiter*innen oder der Angehörigen nicht immer ausreichend gewürdigt.

CARE REGIO

CARE REGIO ist ein vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördertes Verbundprojekt. Alle fünf Partner*innen sind im Regierungsbezirk Schwaben beheimatet und durch die Beteiligung unterschiedlicher Institutionen interdisziplinär aufgestellt. Zum Team gehören die Hochschule Kempten, welche die Verbundkoordination übernimmt, die Hochschulen Neu-Ulm und Augsburg sowie die Universität und das Universitätsklinikum Augsburg.

Das Ziel von CARE REGIO ist, die Digitalisierung der Pflege initial im Raum Bayerisch-Schwaben, später dann übergreifend voranzutreiben. Hierzu wurden verschiedene Vorhaben geplant und durchgeführt (Näheres unter https://care-regio.de). Um eine Vergleichbarkeit der Projekte zu gewährleisten, wurde ein möglichst universell verwendbares Evaluations-Framework für die Pflege erstellt, das im Folgenden vorgestellt wird. Das Framework wurde dem Einsatzzweck entsprechend für Projekte der Digitalisierung in der Pflege vorgesehen, lässt sich aber mit kleineren Anpassungen auch für andere technische und nicht-technische Vorhaben verwenden.

Das Evaluations-Framework

Ziel

Ziel des Evaluations-Frameworks ist es, eine einheitliche Bewertung von digitalen Pflegesystemen zu ermöglichen, die den Vergleich differenter Strategien erlaubt. Hierzu ist es notwendig, auf möglichst viele unterschiedliche Effektgrößen sowie auf direkte Messgrößen oder validierte Messinstrumente zurückzugreifen. Noch ein Hinweis: Dieses Framework dient nicht der Hypothesenbildung, die idealerweise im Vorfeld durch qualitative Methoden unternommen werden sollte.

Anwendungsgebiete

Das Evaluationsframework ist primär vorgesehen für digitale Pflegetechnologien (DPT), die

- das Pflegepersonal in der täglichen Arbeit unterstützen (z.B. Entscheidungsunterstützungssysteme, Leitlinien, Verwaltungssysteme),
- zur Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen beitragen (z.B. ambulante Unterstützung im betreuten Wohnen, robotische Pflegeassistenz),
- die Belastung von Angehörigen vermindern (Kommunikations- und Kontrollsysteme, Früherkennungssysteme) oder
- die Ausbildung von Pflegefachkräften unterstützen (z.B. Wissensforen, eLearning-Systeme).

Messinstrumente

Um ein Projekt vollständig zu bewerten, ist es sinnvoll, möglichst alle infrage kommenden Zielbereiche in möglichst vielen Bereichen zu betrachten. Den Zielbereichen Pflegebedürftige, Pflegende, Angehörige, Technik und Organisation werden Werkzeuge zugeordnet, die verschiedene Bereiche umfassen.

Verwendet werden hauptsächlich validierte und international etablierte Befragungsinstrumente, ergänzt durch anerkannte und allgemein übliche weitere Kennzeichen. Für die Befragungsinstrumente gibt es teilweise noch keine deutschen Übersetzungen, was weniger auf ihre Eignung, als vielmehr auf den erheblichen Nachholbedarf hinweist. Die für das Framework verwendeten Messinstrumente sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die Liste ist keineswegs erschöpfend und kann jederzeit ergänzt werden. Bei Befragungsinstrumenten sollte jedoch darauf geachtet werde, dass sie nach international üblichen Kriterien validiert sind. Eine sehr gute Übersicht über pflegerelevante Befragungsinstrumente findet sich bei Krick et al. (2019).

Die Auswahl der Instrumente soll den Durchführerenden der Studie überlassen sein; es ist jedoch erforderlich, für jeden Zielbereich mindestens ein Instrument anzuwenden.

Tabelle 1: Liste primär verwendeter Messinstrumente (Spalte »Kat« verweist auf die empfohlene Kategorisierung, siehe unten)

Nr.	Zielbereich	Bereich	Werkzeug	Kat
1.1	Pflegebedürftige	Physische Gesundheit	Barthel-Index	P
1.2		Psychische Gesundheit	SF12/SF36 Short form	P
1.3a		Zufriedenheit	HCAHPS Hospital Consumer Assessment	P
1.3b			CANHELP Patient	P
1.4		Lebensqualität	WHO-QOL Quality of Life Assessment	P
1.5		Spezifische Gesundheit	Validiertes Erhebungsinstrument z.B. Demenz	P
2.1a	Pflegende	Zufriedenheit (Beruf)	JSS Job Satisfaction Score	P
2.1b			CANHELP Care	P
2.2		Gesundheit	SF12/SF36 Short Form	P
2.3		Berufliche Kompetenz	CIRN Competency Inventory for Registered Nurses	P
2.4		Arbeitsbelastung	COPSOQ Copenhagen Psychosocial Questionnaire	P
3.1	Angehörige	Zufriedenheit	SWLS Satisfaction of Life Scale	P
3.2		Psychologische Gesundheit	SF12/SF36 Short Form	P
3.3		Belastung	BSFC Burden Scale for Family Caregivers	P
4.1	Technik	Verfügbarkeit	Prozent/Jahr (inkl. Wartung)	VF
4.2		Datenqualität	Prüfung Vier-Augen-Prinzip	DQ
5.1	Organisation	Pflegequalität	PSNCQQ Satisfaction with Nursing Care Quality	P
5.2		Job-Attraktivität	Arbeitgeberattraktivität von Berthon	P
5.3		Prozesse	Performance von Prozessen	PP

Quelle: Eigene Darstellung

Messzeitpunkte

Messungen sollen unter normalen Umständen erst beginnen, wenn anfängliche Einschwingeffekte beendet sind. Außerdem müssen die Messungen über einen be-

stimmten Mindestzeitraum erfolgen, damit periodische Fremdeffekte vermieden werden. Der Messzeitraum beginnt damit in der Regel frühestens drei Monate nach Start einer Maßnahme und dauert mindestens sechs Monate.

Datenschutz, Ethik

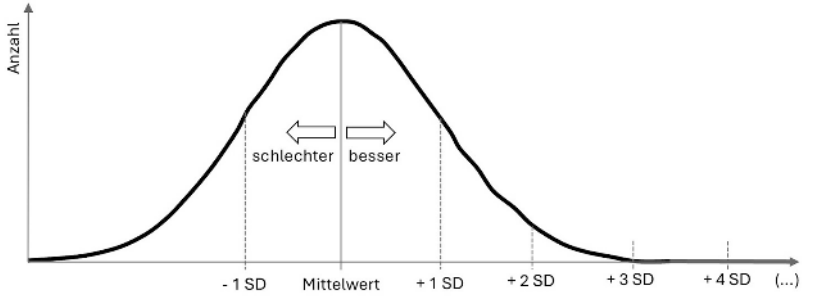
Dokumentierte Datenschutz-Zwischenfälle nach DSGVO führen zum Abbruch der Testphase. Eine erneute Evaluation sollte erst nach gründlicher Überarbeitung beginnen. Zumindest wenn Patient*innen Teil einer Studie sind, sollte die vorab durchgeführte Bewertung durch eine Ethikkommission selbstverständlich sein.

Ergebnis-Kategorisierung

Für die Auswertung einer Studie liegen nach diesem Framework nun Ergebnisse von mindestens fünf Messinstrumenten vor, die für einen Vergleich sinnvollerweise zu einem Score zusammengefasst werden sollen.

Dazu werden Auswerteverfahren (zur Auswahl: siehe Tab. 1, Spalte »Kat«) herangezogen. Ihnen allen zugrunde liegt der Qualitätssicherungsstandard »Six-Sigma«. Es wird der »Sigma Level« verwendet (siehe Chandler 2012). Vereinfach ausgedrückt bedeutet ein Sigma Level von 1, dass sich das Testergebnis innerhalb eines Mittelwertes besser als der Mittelwert der validierten Vergleichsstudien befindet, also zum besseren Drittel (genau gesagt 33,85 %) gehört.

Abbildung 1: Ableitung des Sigma Levels aus der Normalverteilung (SD = Standardabweichung)



Quelle: Eigene Darstellung

Kategorisierung nach Perzentilen bei validierten Fragebögen (»P«)

Das verwendete Werkzeug (in der Regel ein Fragebogen oder Score) ist validiert, d.h. es liegen Ergebnisse aus anderen Untersuchungen vor, die einer (Normal-)Verteilung folgen (siehe Abb. 1). Liegen die Ergebnisse unterhalb eines Mittelwerts, so sind die Ergebnisse schlechter als im Durchschnitt.; liegen sie darüber, sind sie besser. Die Standardisierung erfolgt nach Vergleich der Ergebnisse mit der Verteilung des Verfahrens wie in Tabelle 2:

Tabelle 2: Ergebnisumrechnung nach Sigma Level, Beurteilung von oben nach unten

Sigma Level	**Ergebnisrang in %**	**Erläuterung**
6	100 %	Bestes Ergebnis
5	≥ 99,98 %	Ergebnisse sind besser als der Durchschnitt, mehr als 99,98 % sind schlechter
4	≥ 99,38 %	Ergebnisse sind besser als der Durchschnitt, mehr als 99,38 % sind schlechter
3	≥ 93,32 %	Ergebnisse sind besser als der Durchschnitt, mehr als 93,32 % sind schlechter
2	≥ 69,15 %	Ergebnisse sind besser als der Durchschnitt, mehr als 69,15 % sind schlechter
1	≥ 30,85 %	Ergebnisse sind besser als der Durchschnitt, mehr als 30,85 % sind schlechter
0	< 30,85 %	Alle anderen

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorisierung der technischen Verfügbarkeit (»VF«)

Die technische Verfügbarkeit ist ein Maß für die Zeit, in der ein technisches System den Nutzer*innen uneingeschränkt zur Verfügung steht. Sie lässt sich in Prozent der betriebsbereiten Zeit ausdrücken. So bedeutet eine Verfügbarkeit von 99,5 %, dass ein System 99,5 % der Zeit betriebsbereit ist. Andererseits ist in diesem Beispiel zu berücksichtigen, dass eine Verfügbarkeit von 99,5 % bei diesem technischen System jährlich eine Ausfallzeit von 4 Stunden und 20 Minuten bedeutet, sei es aufgrund von Störungen oder Wartungsarbeiten. Die technische Verfügbarkeit sagt auch nichts darüber aus, wie oft ein System ausfällt. Im gewählten Beispiel könnte es also sein, dass das System an einem Tag vier Stunden und 20 Minuten ausgefal-

len ist, genauso gut könnte es aber auch 26-mal je zehn Minuten zu unterschiedlichen Tagen ausgefallen sein. Zu den Ausfallzeiten werden auch Wartungszeiten und Ausfallzeiten einzelner, betriebswichtiger Komponenten gezählt. Die Messung der Verfügbarkeit in Prozent erfolgt anhand dieser Formel:

$$\text{Verfügbarkeit (in Prozent)} = \left(1 - \frac{\text{Ausfallzeit}}{\text{Produktionszeit} + \text{Ausfallzeit}}\right) \cdot 100$$

Die Kategorisierung wird wie in Tabelle 3 vorgenommen.

Tabelle 3: Ergebnisumrechnung Ausfallzeiten, Beurteilung von oben nach unten

Sigma Level	Ausfälle Minuten/Jahr	Verfügbarkeit
6	≤ 1,8	≥ 99,99966 %
5	≤ 121	≥ 99,977 %
4	≤ 3268	≥ 99,38 %
3	≤ 35158	≥ 93,32 %
2	≤ 162105	≥ 69,15 %
1	≤ 363158	≥ 30,85 %
0	Alles darüber	

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorisierung der Datenqualität (»DQ«)

Gerade bei Systemen, die der medizinischen und pflegerischen Dokumentation dienen, ist nicht nur die Menge der gesammelten Daten wichtig, sondern auch deren Qualität. So nutzt die Erhebung von 1000 Blutdruckwerten von Patient*innen wenig, wenn 10 % davon falsch eingetragen wurden.

Die Messung der Datenqualität ist komplex und umfasst viele verschiedene Bereiche, wie Zugänglichkeit, Genauigkeit, Konsistenz, Vollständigkeit, Granularität, Relevanz oder Aktualität (eine gute Übersicht findet sich in Sidi et al. 2012).

Es gibt nur eine sichere Methode, um die Qualität von Daten genau zu ermitteln und das ist die stichprobenartige manuelle Kontrolle anhand der Originaldaten. Dabei sollte nach dem Vier-Augen-Prinzip vorgegangen werden, d.h. jeder Datensatz wird von zwei unabhängigen Personen überprüft. Die Stichprobengröße ist indi-

viduell festzulegen, die Ziehung der Stichprobe muss aber zufällig geschehen. Die Kategorisierung wird wie vorgenommen wie in Tabelle 4 gezeigt.

Tabelle 4: Ergebnisumrechnung Datenqualität

Sigma Level	Zahl Fehler/ Million Datensätze	Korrektheitsgrad
6	≤ 3,4	≥ 99,99966 %
5	≤ 230	≥ 99,977 %
4	≤ 6.210	≥ 99,38 %
3	≤ 66.800	≥ 93,32 %
2	≤ 308.000	≥ 69,15 %
1	≤ 690.000	≥ 30,85 %

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorisierung der Prozessperformance

Der Einfachheit halber bezieht sich dieses Framework nur auf die zeitliche Performance von Prozessen. Werden noch andere Prozessmesswerte herangezogen, müsste das Framework entsprechend abgewandelt bzw. ergänzt werden.

Hier genügt es zunächst, die zeitliche Verkürzung eines bestimmten relevanten Prozesses in Bezug auf die Zeitdauer, ohne die neu eingesetzte Methode, zu messen. Dauert die durchschnittliche pflegerische Aufnahme normalerweise 30 Minuten und kann durch Einsatz eines digitalen Assistenten diese Zeit auf 24 Minuten (durchschnittlich) verkürzt werden, so wäre ein Performancegewinn von sechs Minuten zu erreichen. Der Gewinn wird nach dem Verfahren »Six Sigma« (Sigma-Level) bewertet (Bandyopadhyay et al. 2005). Zur Kategorisierung siehe Tabelle 5.

Tabelle 5: Ergebnisumrechnung nach Sigma Level, Beurteilung von oben nach unten

Sigma Level	Zeitl. Verbesserung in %
6	100 %
5	≥ 99,98 %
4	≥ 99,38 %
3	≥ 93,32 %

Sigma Level	Zeitl. Verbesserung in %
2	≥ 69,15 %
1	≥ 30,85 %
0	< 30,85 %

Ergebnisberechnung

Am Ende der Auswertung einer Studie werden die erhobenen Werte zu einem Score gemittelt:

1. Gibt es zu einem Zielbereich mehrere Auswertungen, so werden diese gemittelt.
2. Gibt es zu einem Zielbereich keine Auswertung (nicht empfehlenswert, so wird diesem Zielbereich der Wert 0 zugerechnet.
3. Anschließend werden die Werte aus den fünf Zielbereichen gemittelt.

Formeller lässt sich die Ergebnisberechnung folgendermaßen ausdrücken:

$$S = \frac{\{(\sum_{u=1}^{U} PB_u) : U\} + \{(\sum_{v=1}^{V} P_v) : V\} + \{(\sum_{w=1}^{W} A_w) : W\} + \{(\sum_{x=1}^{X} T_x) : X\} + \{(\sum_{y=1}^{Y} T_y) : Y\}}{5}$$

Dabei sind:
$S = Ergebnisscore$
$PB = Einzelscore\ aus\ dem\ Ziebereich\ Pflegebedürftige$
$P = Einzelscore\ aus\ dem\ Ziebereich\ Pflege$
$A = Einzelscore\ aus\ dem\ Ziebereich\ Angehörige$
$T = Einzelscore\ aus\ dem\ Ziebereich\ Technik$
$O = Einzelscore\ aus\ dem\ Ziebereich\ Organisation$

Dabei sind: S = Ergebnisscore, PB = Einzelscore aus dem Zielbereich Pflegebedürftiger, P = Einzelscore aus dem Zielbereich Pflege, A = Einzelscore aus dem Zielbereich Angehörige, T = Einzelscore aus dem Zielbereich Technik, O = Einzelscore aus dem Zielbereich Organisation.

Mittels dieses Scores ist eine Vergleichbarkeit verschiedener Vorhaben gegeben, auch wenn sie sich stark unterscheiden. Voraussetzungen dafür sind eine präzise Datenerhebungen und die Berücksichtigung aller relevanten Zielbereiche.

Diskussion

Dieses Framework stellt einen ersten Ansatz dar, um in wissenschaftlichen Projekten im Bereich der Pflege alle relevanten Dimensionen zu messen und letztlich eine Vergleichbarkeit zu erreichen. Die Autoren versuchten, alle relevanten Punkte einzubeziehen, außerdem wird ein in der Statistik bewährtes Bewertungsverfahren (Six Sigma) verwendet. Trotzdem wird es notwendig sein, das Framework in einigen Punkten zu ergänzen oder abzuändern. Zusätzlich ist es erforderlich, einige international häufig verwendete, aber noch nicht übersetzte Messinstrumente für die Anwendung in deutschsprachigen Ländern anzupassen.

Schlussendlich ist es wichtig, dass ein Framework auch Anwendung findet. Denn nur eine vergleichende Bewertung von Projekten erlaubt über eine weitere Verwendung zu entscheiden, was letztendlich dem ganzen Berufsstand der Pflege zugutekommt und die Professionalisierung der Pflege vorantreibt.

Literatur

Bandyopadhyay, Jayanta K./Coppens, Karen (2005): »Six Sigma approach to healthcare quality and productivity management«, in: International Journal of Quality & Productivity Management 5(1), 1–15.

Chandler, David L. (2012): »Explained: Sigma. How do you know when a new finding is significant? The sigma value can tell you — but watch out for dead fish«, in: MIT News. Siehe https://news.mit.edu/2012/explained-sigma-0209, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Krick, Tobias/Huter, Kai/Domhoff, Dominik/Schmidt, Annika/Rothgang, Heinz/Wolf-Ostermann, Karin (2019): »Digital technology and nursing care: A scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies«, in: BMC Health Services Research 19(1), S. 400. DOI: 10.1186/s12913-019-4238-3.

Sidi, Fatimah/Hassany, Payam Shariat Panahy/Affendey, Lilly Suriani/Jabar, Marzanah A./Ibrahim, Hamidah/Mustapha, Aida (2012): »Data quality: A survey of data quality dimensions«, in: International Conference on Information Retrieval & Knowledge Management, Kuala Lumpur, Malaysia, S. 300–304. DOI: 10.1109/InfRKM.2012.6204995.

Pflege-Unternehmen und Aspekte geteilter (ökonomischer) Interessen

Eine grundlegende Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Verantwortung und unternehmerischen Zielen

Jürgen Zerth

Pflege als Quasi-Markt: das Zieldilemma

In allen Bereichen der Sozialwirtschaft gilt die Aussage, dass Sozialunternehmen sich dadurch kennzeichnen, ihr Geschäftsmodell, namentlich die Erbringung sozialer Dienstleistungen, für verschiedenartige soziale Bedarfslagen entsprechend den Bedingungen der jeweils durch Regulierung vordefinierten Bedingungen des jeweiligen spezifischen Sozialmarkts zu gestalten (Grohs 2022). Cremer et al. (2018) heben bewusst die hybride Zielsetzung in Sozialmärkten hervor, als gesellschaftlich relevant definierte soziale Dienstleistungen nicht durch die üblichen Markt-Preis-Logiken zu allokieren, gleichwohl jedoch die Anreizlogiken von Märkten, insbesondere die Wahlfreiheit durch Nachfrager*innen und die damit korrespondierende Wettbewerbssituation mit Wettbewerber*innen nutzen zu wollen (Cremer et al. 2018, S. 342–343).

Daraus entsteht ein unmittelbarer Zielkonflikt im rein ökonomischen Sinne, da die Frage der relevanten Bedarfsmenge in diesem regulierten Markt – etwa nach Beratungs-, Pflege, oder Betreuungsdienstleistungen – nach einem übergeordneten Teilhabe- oder Gerechtigkeitsziel abgeleitet wird, diese Bedarfe aber aus Sicht der Bedarfsempfänger*innen nicht zu den Bedingungen der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit verteilt werden. Die »freiwillige Zahlungsbereitschaft« der Klient*innen ist somit unmittelbar für die Anbieter*innen zu niedrig, um die gesellschaftlich angestrebte Bedarfsmenge an sozialen Dienstleistungen zu finanzieren (Vaudt 2022, S. 44; Cremer et al. 2018, S. 338).

Unmittelbar folgerichtig ist somit die Konsequenz, dass eine Risikoteilung in der Leistungsdefinition und zunächst in der Bezahlung des Angebotspreises erfolgt und somit Behörden oder Organisationen mit quasistaatlicher Funktion, etwa Sozialversicherungen oder auch staatliche Einrichtungen, die Finanzierung übernehmen (Cremer et al. 2018, S. 342–344).

Ausgehend von dieser Überlegung korrespondieren nun verschiedenartige Herausforderungen in einer Multi-Stakeholder-Beziehung, die sich gerade dadurch auszeichnen, dass sowohl auf der Ebene der Akteur*innen (Mikroebene) verschiedene Zielsetzungen konfligieren (Mayer 2021, S. 888) und diese Zielsetzungen, insbesondere unter dem Blickwinkel einer ökonomischen Interpretation sozialer Bedarfslagen, mit dem gesellschaftlichen Anspruch einer Daseinsvorsorge (Makroebene) zu vereinbaren sind (André/Pache 2016).

In besonderer Weise erwächst diese Herausforderung, wenn die Durchsetzung und Gestaltung sozialer Dienstleistungen durchaus in Form und mithilfe wettbewerblicher Strukturen im Sinne eines »Quasi-Marktes« (Le Grand 1991, S. 1259) erfolgen soll. Somit gilt es, den damit intendierten sozialen Organisationen bzw. Sozialunternehmen (Meso-Ebene) einen Spielraum an notwendigem Gewinninteresse als Spiegelbild unternehmerischen Handelns und der Verpflichtung zu übergeordneten sozial(politischen) Zielsetzungen zuzuschreiben (Wendt 2016, S. 21–23). Der regulierte Markt für Langzeitpflege in Deutschland kennzeichnet diese Entwicklung in besonderer Weise, da Pflegeunternehmen im Bereich des regulierten Marktes der Altenpflege (vornehmlich geprägt durch das Sozialgesetzbuch XI, ergänzt um SGB V und XII) die Bedarfslage »Pflegebedürftigkeit« durch das Angebot sozialer Dienstleistungen adressieren.

Diese Dienstleistungen sind in ein reguliertes Marktdesign integriert, in dem bewusst die Möglichkeit der Auswahl aus verschiedenen Leistungserbringern vorhanden sein soll – Wahlfreiheit der Klient*innen – und die Leistungserbringer*innen somit auch im Wettbewerb um Klient*innen, freilich durch viele regulative Vorgaben geprägt, den Anreiz haben, sich mit effektiveren und effizienteren sozialen Dienstleistungen zu differenzieren (Christophers 2023).

Die klientenorientierte Feststellung von Bedarfslagen, die qualitative Herangehensweise an eine Sorge- und Pflegearbeit und somit auch die Rückkoppelungen an qualitative Standards, spiegeln neben der Managementperspektive des Sozialunternehmens die Einflüsse von Professionen der Sorgearbeit wider (Langer 2024, S. 918–191). Gerade hier stellen sich zwei wesentliche Fragestellungen, die insbesondere in jüngerer Zeit an Bedeutung sowohl mit Blick auf die Gesundheits- und Sozialwirtschaft als auch in der Pflege an Bedeutung gewonnen haben (Mayer 2021; van Puyvelde et al. 2015):

1. Liegt ein Widerspruch zwischen der sogenannten ökonomischen Notwendigkeit (Ökonomisierung) und dem Anspruch sorgender Handlungsstrategien insbesondere der Pflege vor, die einen inter- wie intraorganisationalen Interessenkonflikt zur Folge haben können?
2. Werden derartige Widersprüche gerade mit Blick auf die vielfältigen Herausforderungen, die auf Sozialmärkte einwirken, durch privatwirtschaftliche, auch internationale, Sozialunternehmen noch verstärkt?

Diese Fragen rekapitulieren, aktuell etwa in der Diskussion um die sogenannte Krankenhausreform, das Zusammenspiel zwischen den (sozial-)unternehmerischen Zielen von sozialen Organisationen auf der Meso-Ebene mit den gesellschaftlichen Zielen auf der Makroebene, etwa Sicherstellung sozialer Teilhabe, sowie den Ansprüchen in konkreten Ansatzpunkten der Mikroebene, eine angemessene medizinische, pflegerische oder soziale Versorgung und Unterstützung zu erhalten (Schmid 2024).

Herbert Rebscher (2024) hat mit dezidiertem Blick auf die Bedeutung und auch die Grenzen von Geschäftsmodellen im Gesundheitswesen den Umfang gesellschaftlich artikulierter Zweifel an strukturellen, prozessualen oder kapazitiven Anpassungsprozessen im Gesundheits- und Sozialmarkt hingewiesen, wo gerade im Sozial- und Gesundheitswesen das Zusammenspiel zwischen politischen Interessenlagen und den Anpassungsreaktionen der Akteur*innen in den regulierten Märkten gemeinsam gedacht werden müssen.

Die Auseinandersetzung mit Aspekten der Effizienz- und Gewinnorientierung unter Rückkoppelung auf die direkte Handlungsebene sozialer Unterstützung im Kontext der Interaktionsarbeit Pflege und soziale Unterstützung ist in Quasi-Märkten letztendlich nur mit Blick auf die bereits angedeuteten Multistakeholder-Beziehungen zu reflektieren (Kortendieck 2022).

In Anleihe an Stakeholdertheorien können nicht nur Organisationsziele mit Professionszielsetzungen, etwa aus der Pflege, konfligieren, sondern es stellt sich die Anpassungsfrage in der Sozialwirtschaft, inwiefern sich soziale Bedarfslagen und somit eine mögliche Begründungsebene in Meta-Präferenzen mit der individuellen Handlungsfreiheit von Klient*innen vereinbaren lassen, für die wiederum Sorgeberufe, wie die Pflege, tätig werden (Mayer 2021, S. 887–889).

Im nachfolgenden Beitrag soll zunächst grundsätzlich die Bedeutung unterschiedlicher Zielsetzungen sozialer Bedarfserfüllung im Sozial- und Gesundheitswesen diskutiert werden, dezidiert am Beispiel der Langzeitpflege und bei Berücksichtigung des Zusammenwirkens im sogenannten Beziehungsdreieck zwischen Kosten- und Leistungsträger*innen, Sozialunternehmen als Leistungsträgern und den Pflegebedürftigen als Kund*innen und Klient*innen, die Bedeutung des Wechselspiels zwischen den verschiedenen Stakeholder*innen, namentlich zwischen Pflegeunternehmen und Pflegekräften auch in ihrer Professionsrolle, beleuchtet werden.

Beziehungsdreieck und Akteursebene: Profit with a Purpose und Handlungsebene

Der Quasi-Markt Langzeitpflege: Einführung

Da Pflegeleistungen sich vornehmlich als soziale Dienstleistungen darstellen lassen, ist die Dreiecksbeziehung aus Kosten- und Leistungsträger*innen, Sozialunternehmen und Klient*in durch die Akteursrolle der professionellen Pflegeakteure zu erweitern und zu vertiefen (Cremer et al. 2018, S. 343). Die Leistungserbringung selbst ist geprägt durch den organisationsökonomisch interessanten Kontext, die unternehmerische Zielsetzung eines Pflegeunternehmens mit den professionsbezogenen Aspekten von Pflegekräften, die als unmittelbar handelnde Akteur*innen einerseits für dieses Pflegeunternehmen tätig werden, andererseits professionsbezogene Interessenslagen bewusst oder unbewusst vertreten, zu kennzeichnen (vgl. ähnlich Zerth 2023, S. 19–24). Zunächst gilt es einen Blick auf die Handlungsbeziehungen in Sozialunternehmen in der Pflege, eingebettet in diverse Stakeholderbeziehungen, einzunehmen.

Grundlage dafür, Dienstleistungen im Bereich der Altenpflege als Sozialunternehmen anzubieten, ist die sozialunternehmerische Gestaltung soziale Bedarfslagen in medizinischer, pflegerischer und sozialer Hinsicht in den Blick zu nehmen und darauf aufbauend ein Dienstleistungsangebot zu organisieren, das sowohl den Vorgaben adäquater pflegerischer Leistungserstellung – eingebettet in die Vertragsbeziehungen etwa zur Leistungs- und Kostenträgerin Pflegeversicherung – als auch entsprechend den professionellen Erwartungen pflegerischer Qualität Rechnung tragen kann (Zerth 2021, S. 344–348; Christophers 2023, S. 340–341).

Die Bedeutung personenorientierter Dienstleistungen ist hier besonders hervorzuheben. Mit Blick auf Systeme der Langzeitpflege im europäischen Kontext gilt es, nicht-institutionalisierte informelle Pflegeakteur*innen, etwa Familienangehörige, sowie institutionalisierte Pflegende, die wiederum Teil einer Pflegeorganisation sind, zu unterscheiden. Gerade im institutionalisierten Markt sind die Pflegeunternehmen zu verorten, die in der weiteren Betrachtung Gegenstand der Analyse sind (Bettig/Krüger 2019, S. 243–249).

Die Auseinandersetzung mit der Umsetzung sozialer Sicherungsziele im regulierten Wettbewerb durch soziale Unternehmen oder Organisationen stößt insbesondere dann die Frage an, wie soziale Gestaltungsziele umgesetzt werden sollen, wenn ein vertiefender Blick auf die institutionalisierte Pflege, etwa die stationäre Langzeitpflege, geworfen wird. Dort sind institutionalisierte Pflegeorganisationen zu verorten, im Weiteren als Pflegeunternehmen gekennzeichnet, die sich sowohl im regulierten Wettbewerb mit anderen Pflegeunternehmen befinden als auch intraorganisational eine Umsetzungsstrategie von pflegerischer Sorge umsetzen müssen.

Hier greifen Aspekte der Zielsetzungsebene von Sozialunternehmen, die sich in ihrer unternehmerischen Verfasstheit (Governance-Struktur) widerspiegeln lassen und somit selbst einer normativen Gestaltungsidee folgen, etwa Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, und somit die Bedeutung etwa von Rechtsträgereigenschaften auf Qualitätsaspekte von pflegerischer Versorgung im Allgemeinen und auf die pflegerische Arbeit im Speziellen in den Blick genommen werden muss (Langer 2024; van Puyvelde et al. 2015). Zunächst ist somit der Fokus auf die Bedeutung der Zielsetzungsebenen der handelnden Unternehmen zu legen und dann potenzielle Rückkoppelungen auf die Handlungsebenen zu untersuchen.

Profit for a purpose? Die Bedeutung sozialunternehmerischer Zielsetzungen

Sozialunternehmen stehen vor einem doppelten Zielproblem, da sie einerseits als Teilnehmer eines regulierten Marktes den Bedingungen des Quasi-Marktes Rechnung tragen müssen, anderseits auf der organisatorischen Umsetzungsebene mit Anforderungen an und Ansprüchen durch die pflegerische Profession gefordert werden (Sønderskov/Rønning 2021).

Die erste Herausforderung adressiert die Anforderungen eines Quasi-Marktes, nämlich regulierte Marktbedingungen mit einem angepassten Wettbewerbsverhalten zu arrangieren, es soll nämlich eine Auswahlmöglichkeit für Klient*innen geben, sich präferenzorientiert Pflegedienstleister auszuwählen und Sozialunternehmen sollen sich in der Folge um qualitativ bessere Lösungen innerhalb des regulierten Marktes bemühen (Kortendieck 2022, S. 199–201).

Auf der Umsetzungsebene von sozialen Dienstleistungen ist die Rückkoppelung der (quasi-)marktlichen Zielsetzungen auf die handelnden Pflegeakteur*innen zu berücksichtigen, wo sich ein Abgleich mit Professionalisierungs- und Professionskontexten ergibt, da insbesondere in der Pflege Standards pflegerischen Handeln umgesetzt werden sollen oder müssen und hier insbesondere die Berührpunkte zur wissenschaftlich gestützten Profession Pflege erfolgt (Langer 2024).

Besley und Ghatak (2017) rekurrieren in Kontexten eines Missions-Integritätskontextes auf die Bedeutung der innerorganisatorischen Umsetzung von verschiedenen Zielsetzungsebenen und erweitern somit das ökonomische Prinzipal-Agenten-Modell um das Anreizverhalten von umsetzenden Akteur*innen, etwa von Pflegenden, die Teil einer Professionszuordnung sind.

In dieser Hinsicht greifen Rückkoppelungen von Managemententscheidungen auf der Organisationsebene an, zunächst unabhängig davon, ob diese von externen Rahmenbedingungen gesetzt sind oder als Teil einer Unternehmensphilosophie interpretiert werden können (vgl. hierzu Brereton 2021, S. 468–469).

In besonderer Weise lässt sich dieses zielbezogene Spannungsverhältnis kennzeichnen, wenn die Annahme getroffen werden kann, dass in einem Quasi-Markt Pflege, wie in vielen Sozialmärkten in Europa, handelnde Sozialunternehmen sich bewusst ausgerichtet an der gesellschaftlichen Zielebene orientieren wollen, nämlich gesellschaftlich gesetzte Bedarfsziele umsetzen, deren Legitimation ökonomisch betrachtet mit Aspekten der Meritorisierung verknüpft sind (Schönig 2024; Finis Siegler 2021).

Somit gilt, dass die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen im vorliegenden Kontext in der Langzeitpflege nicht, wie bereits festgehalten, über Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft gesteuert wird, sondern aus übergeordneten Gründen eine Anspruchsgrundlage auf eine Gewährleistung einer sozialen Dienstleistung durch ein Sozialunternehmen gegeben ist (vgl. Tab. 1).[1]

Pflegeunternehmen als Anbieter von Dienstleistungen des Typ1 1b, nämlich den mit einer Bedarfslogik zugeordneten pflegerischen Dienstleistungen, die zur Erfüllung einer sozialrechtlichen Bedarfslage erbracht werden sollen, haben eine doppelte Rechtfertigungsanforderung (André/Pache 2016, S. 659), im weiteren Sinne gar eine dreifache Anforderung an ihre sozialunternehmerische Legitimation, anzugehen.

So sollen sie im regulierten Markt weiterhin den Auswahlentscheidungen von Klient*innen folgen, gleichzeitig erfolgt jedoch die Definition von Pflegeleistungen und deren Bepreisung nach nicht rein marktwirtschaftlichen Logiken. Somit gilt es, den durch die Kosten- und Leistungsträger*innen im Außenverhältnis vermittelten Ansprüchen an eine angemessene und sozialrechtlich begründbare Leistung Rechnung zu tragen, hier eine wirtschaftliche Leistung zu organisieren, die sich mit den regulierten Leistungsentgelten finanzieren lässt. Darüber hinaus ist im Innenverhältnis mit den notwendigen fachlichen Ansprüchen von den und an die professionelle Pflegekräfte umzugehen.

Da insbesondere in der Langzeitpflege in Deutschland das Prinzip einer Teilabsicherung gilt – artikuliert über den Anspruch an die Pflegeversicherung einer Teilkaskophilosophie Rechnung zu tragen (Pfundstein/Bemsch 2020, S. 152) – lässt sich der Pflegemarkt aus der gütertheoretischen Kombination der Dienstleistungen Typ 1a und 1b beschreiben, somit werden Pflegeunternehmer als »Multileistungsanbieter« (Kortendieck 2022, S. 200) tätig.

1 Die Ansprüche der Klient*innen an eine*n Kosten- und Leistungsträger*in können in Geldleistungen (cash-benefits), Sachleistungen, vornehmliche soziale Dienstleistungen und Mischformen erfolgen. Im weiteren Verlauf mit Blick auf die Bedeutung von Sozialunternehmen stehen Sachleistungen in Form von Dienstleistungen im Vordergrund (Kolhoff 2017, S. 10).

Tabelle 1: Pflegeleistungen zwischen Market- and Common-Goods

		Rivalität im Konsum		**Steuerbarkeit**
		niedrig	hoch	
Schwierigkeiten beim Ausschluss von Klient*innen	niedrig	Clubgüter/lokale Gemeingüter	Rivalisierende Pflegeleistungen (Private Güter) (Typ 1a)	Dezentrale Steuerbarkeit erwünscht/ Pflegebedürftige als Kund*innen
			Standardisierte, »gemeingutbezogene« Pflegeleistungen mit überregionalem Bezug (Typ 1b)	Standardisierte Vorgaben erwünscht/ Klient*innen haben Anspruchsgrundlage (Quasi-Markt)
	hoch	Kollektivgüter im eigentlichen Sinne	Gemeingüter mit überregionalem Bezug	Zentrale Steuerbarkeit zweckmäßig, z.B. Ausschreibung oder staatliche Bereitstellung

Quelle: Angepasste Darstellung aus Zerth (2023, S. 18) und Salustri (2021, S. 18)

Mit Blick auf die Pflegeunternehmen ist die Bereitschaft, dass diese Verantwortung für Gemeingüter mit überregionalem Bezug übernehmen, etwa der Zuordnung eines Quartiersmanagements per Ausschreibung, eher geringer ausgeprägt. Ordnungspolitisch ist diese Verantwortungszuordnung auch in Deutschland noch nicht direkt den Pflegeunternehmen zugeordnet (vgl. hier auch Gründer 2022, S. 38). Gleichwohl ist mit Blick auf die Angebotsheterogenität aus Perspektive des Sozial- oder Pflegeunternehmens eine Rückkoppelung auf die unternehmerische Zielsetzung zu beschreiben, die sich in einer Gestaltung von Risiko- und Finanzierungsverantwortlichkeiten widerspiegelt. In einem handlungstheoretischen Modell soll dies im nächsten Abschnitt behandelt werden.

Umsetzung in ein handlungstheoretisches Modell

In einem idealisierten Bild eines Sozialunternehmens als Multileistungsanbieters, etwa eines Pflegeunternehmens, der sowohl im Bereich der stationären Pflege als auch mit unterschiedlichen Angeboten im Bereich ambulanter Leistungen tätig ist,

kann die sozialunternehmerische Strategie mit zwei idealisierten Gütern x_1 und x_2 beschrieben werden (vgl. ähnlich Zerth 2018, S. 174–175).

So sollen mit x_1 standardisierte Pflegeleistungen gekennzeichnet sein, die etwa in einem ambulanten oder stationären Setting mit den sozialrechtlichen Akteur*innen – Kosten- und Leistungsträger*innen und Aufsichtsbehörden – verhandelt sind. Zusätzlich kommen ergänzende, zusätzliche Leistungen x_2 eines Quartierkonzeptes dazu. Diese Leistungen werden vom Pflegeunternehmen annahmegemäß etwa über ein freiwilliges Quartiersmanagementbüro, etwa in einem Stadtteil verortet, erbracht. Es soll weiterhin gelten, dass die Leistungen x_1 durch Leistungsentgelte der Kosten- und Leistungsträger*innen (hier der Pflegeversicherungen) sowie Eigenbeteiligungen der Klient*innen gedeckt sind (p_1). Die Leistungen x_2 werden nur partiell gegenfinanziert, etwa durch Projektzuschüsse (p_2). Im Gros sind die Dienstleistungen x_2 durch unternehmensinterne Querfinanzierungen gestützt. Weiterhin kann bspw. unterstellt werden, dass hier ein hoher Anteil an ehrenamtlicher Arbeit für diese Dienstleistungen erbracht wird.

Eine sehr idealisierte Zielfunktion des Unternehmens lässt sich wie folgt beschreiben (c kennzeichnet Produktionskosten, e das Anstrengungsniveau der Akteur*innen):

$$\pi_{1,2} = x_1(x_2(e)) \cdot (p_1 - c_1(e,x_2)) + x_2 \cdot (p_2 - c_2(e)) \geq 0 \quad (1)$$

Das Gut x_2 hat annahmegemäß einen Ausstrahlungseffekt auf die notwendigen Leistungen x_1, bspw. soll die Unterstellung gelten, dass Klient*innen bei Vorlage einer pflegerischen Bedarfslage durch entsprechende Quartierslösungen mit besserer Vorbereitung oder besser abgestimmter Vorsorge in eine stationäre Versorgung verbracht werden. Es soll weiterhin gelten, dass die nachgefragten Pflegeleistungen x_1 durchaus abhängig sind von den wahrgenommenen vorgelagerten Leistungen x_2 (Reputationseffekt). Weiterhin können, etwa durch präventive Wirkungen der vorgelagerten Dienstleistungen x_2, die in Anspruch genommenen Ressourcen für Leistungen x_1 reduziert werden.[2]

Bei Annahme dieses idealtypischen Modells lässt sich eine optimale Planung von Dienstleistungen x_1 sowie x_2 – bei Unterstellung, das Sozialunternehmen plant eine einen angemessenen Gewinn zur Refinanzierung notwendiger Investitionen bzw. als Minimalziel Kostendeckung ($\pi_{1,2} \geq 0$) – wie folgt beschreiben:

2 Für diese Effektivitätsannahme muss freilich gelten, dass eine Längsschnittlichkeit der Inanspruchnahme der Leitungen x_2 zu x_1 gilt, was den Kreis den betroffenen Pflegebedürftigen wiederum einschränken würde.

$$x_1{}^* \rhd (p_1 - c_1(e,x_2)) \geq 0; \tag{2}$$

$$x_2{}^* \rhd \frac{\partial x_1}{\partial x_2} \cdot (p_1 - c_1(e,x_2)) + x_1 \cdot (-\frac{\partial c_1}{\partial x_2}) + (p_2 - c_2) \geq 0$$

Beim Gut x_1 lässt sich festhalten, dass bei reguliertem Preis p_1 eine höhere Leistungsmenge denkbar wäre, wenn x_2 kostensenkend ($\frac{\partial c_1}{\partial x_2} < 0$) – etwa durch bessere Vorabinformation über die pflegerische Bedarfslage – wirken könnte.

Bei x_2 kann nach Umstellungen folgende Optimierungsbedingung greifen:

$$x_2{}^* \rhd \underbrace{\frac{\partial x_1}{\partial x_2} \cdot (p_1 - c_1(e,x_2))}_{Mengeneffekt} + \underbrace{x_1 \cdot \left(-\frac{\partial c_1}{\partial x_2}\right)}_{Kosteneffekt} x_1 \geq \underbrace{(c_2 - p_2)}_{DirekterEffekt} \tag{3}$$

Es lassen sich ein *Mengeneffekt* und ein *Kosteneffekt* separieren. Zunächst gilt, dass wenn beide positiv sind, auch eine finanzielle Unterdeckung von x_2 ($c_2 > p_2$) gedeckt wäre und die Bedeutung einer Investition in die pflegerische Dienstleistung mit Blick auf die darauffolgende Dienstleistung x_1 lohnend erscheint. Hier sind aber drei wesentliche Bedingungen zu erfüllen:

- Der Mengeneffekt zugunsten von x_1 ist dann als positiv zu interpretieren, wenn sich das Pflegeunternehmen die vorgelagerten Quartiersleistungen unmittelbar zuschreiben kann. Somit müsste eine Lenkungswirkung vorgelagerter Leistungen in nachgelagerte Leistungen erfolgen.
- Der Kosteneffekt zugunsten von x_1 würde voraussetzen, dass ein abgestimmtes Konzept vorgelagerter Leistungen, etwa Lotseneffekte, zielgerichtete Beratung u.Ä. erfolgen könnte, somit eine längsschnittliche Steuerung von Klientenpfaden im Idealfall vorhanden wäre.
- Sowohl der Mengen- als auch der Kosteneffekt rekurrieren auf das Anstrengungsniveau pflegepraktischer Leistungen e und stellen somit die Bezugnahme auf die Bedeutung der Mitwirkung von Pflegekräften ab, nicht nur als Mitarbeiter*innen des idealtypischen Pflegeunternehmens, sondern auch mit Blick auf den Anspruch der Profession Pflege.

Bei allen drei Effekten werden Aspekte gestaltender Kompetenz des Pflegeunternehmens im konkreten (lokalen) Pflegemarkt deutlich, was ohne Bezugnahme auf weitere erklärende Effekte einen plausiblen Hinweis auf eine gestaltende Größe und korrespondierender Gestaltungskompetenz des Pflegeunternehmens ableiten würde.

Ein Blick auf die Akteursbeziehung

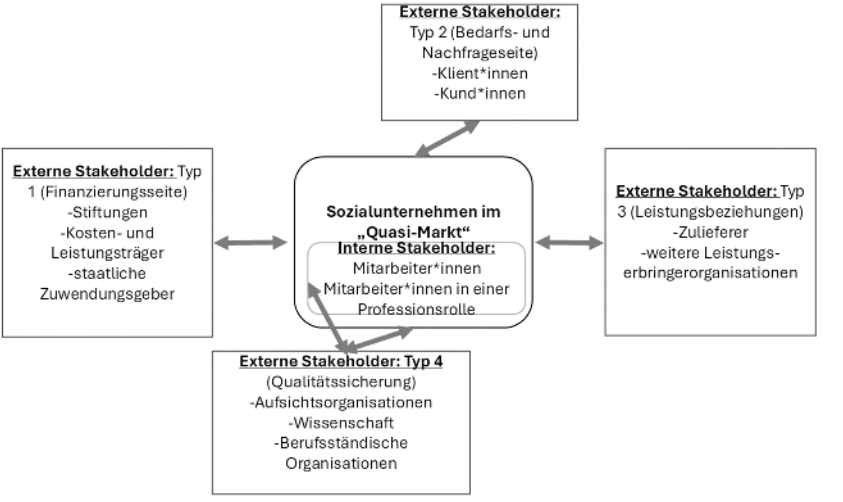
Einbettung in eine Stakeholderstruktur

Wie gerade im idealtypischen Modell festgehalten haben, liegt aus Sicht des Sozialunternehmens die Fragestellung vor, sowohl die Anforderungen des sozialrechtlichen Anspruchs an eine qualitätsorientierte Pflegeversorgung zu gewährleisten als auch intraorganisationell das Zusammenspiel zwischen unternehmerischem Leitbild und den Ansprüchen der Mitarbeiter*innen als interne Stakeholder*innen zu berücksichtigen. Dies gilt gerade dann, wenn die Umsetzung pflegerischer Leistung insbesondere in institutionellen Pflegekontexten auch von Aspekten von Professionsansprüchen abhängig ist. Ein organisationsökonomischer Blick auf ein Sozialunternehmen in der Pflege, das der bereits dargestellten doppelten bzw. dreifachen Legitimation folgt, ist in unterschiedliche Stakeholderbeziehungen integriert (van Puyvelde et al. 2012, S. 435). In Erweiterung des Charakters einer Non-Profit-Organisation wird das Sozialunternehmen, das im Quasi-Markt Pflege tätig ist, etwa einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen und den überörtlichen Träger*innen der Sozialhilfe – beide wirken als Sponsoren im Sinne einer Stakeholderlogik– schließen und einen Abgleich mit der eigenen gemeinnützigen Zielsetzung versuchen (Holtkamp/Schellberg 2023, S. 99–100)

Im Weiteren gilt es mustergültige Stakeholderbeziehungen zu kennzeichnen, die aus Sicht des Sozialunternehmens für die zielführende Umsetzung pflegerischer Dienstleistungen in der Folge der geschlossenen regulierten Marktbedingungen zu beachten sind. In weiter Anlehnung an van Puyvelde et al. (2012, S. 435) kann für ein Sozialunternehmen folgende Kategorisierung herangezogen werden (vgl. Abb. 1).

Dem Quasi-Markt geschuldet ist die Trennung der Nachfrageseite in Klient*innen einerseits und der Finanzierungsseite andererseits (externe Stakeholderbeziehungen 1 und 2): Darüber soll die Annahme einer übergreifenden Einbettung in potenzielle Pflegebeziehungen mit weiteren Pflegeinstitutionen im übergreifenden Sinne gültig sein (Stakeholderebene 3) Hier können insbesondere Aspekte pflegerischer Versorgungspfade (»Care Pathways«) greifen, wo sowohl innerhalb eines pflegerischen Settings als auch insbesondere zwischen derselben eine mehr oder weniger koordinierte Zusammenarbeit von Prozessschritten interpretiert werden kann (Asmirajanti et al. 2019; Szelągowski et al. 2021).

Abbildung 1: Stakeholderbezüge eines Pflegeunternehmens



Quelle: Eigene Darstellung in weiter Anlehnung an van Puyvelde et al. (2012, S. 435) sowie inhaltlich an Vaudt (2022, S. 12)

Die Bedeutung von Outcome-Parametern in diesen Care Pathways ist als Bild pflegerischer Qualität in diesen Diskursen von besonderer Bedeutung (Churruca et al. 2021) und richtet wiederum den Blick darauf, wie es einem Sozial- bzw. Pflegeunternehmen gelingt, einen zielführenden Ausgleich der Interessenslagen zwischen den externen und internen Stakeholder*innen zu gestalten, bei letztgenannten insbesondere den Pflegekräften als Profession. An dieser Stelle ist zwischen der interorganisationalen Beziehungsebene (Sozialunternehmen zu externen Stakeholder*innen im Care Pathway) und den Rückkoppelungen auf die intraorganisationale Leistungserstellung zu unterscheiden. Bezugnehmend auf die erste Struktur sind Pflegeunternehmen, wie schon mehrfach festgehalten, Teil eines oder mehrerer regulierter Quasi-Märkte.

Pflegeunternehmen zwischen Wettbewerb und Coopetition im Sozialmarkt

Die Ausgestaltung einer pflegerischen Angebotsstruktur ist ohne Bezugnahme auf die Interaktionsebenen in der Gestaltung pflegerischer Dienstleistungen kaum zu beschreiben (Glaser 2006). So stellen sich bspw. für stationäre Pflegeeinrichtungen die Herausforderungen, in welcher Weise Zuströme neuer Bewohner*innen gesteuert werden können, sowohl mit Blick auf das Management von Kapazitäten als auch hinsichtlich der Anforderungen an die pflegerischen Leistungen (Sonntag/Reibnitz 2017). An dieser Stelle werden Aspekte des Überleitungsmanagements offensicht-

lich. In gleicher Weise sind Wechselbeziehungen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und medizinischen Leistungserbringer*innen, insbesondere Krankenhäusern relevant. So zeigen verschiedene Untersuchungen gerade die Bedeutung des Zusammenwirkens von (stationären) Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auf (Matzk et al. 2023).

Bei einem durchschnittlichen Eintrittsalter in eine stationäre Pflegeeinrichtung von mehr als 80 Jahren und korrespondierend mit einem hohen Anteil von demenziell erkrankten Bewohner*innen ist die Transmission von Pflegeheimen ins Krankenhaus und wieder zurück als hoch zu kennzeichnen. So lässt sich festhalten, dass Pflegebedürftige, insbesondere diejenigen in stationärer Pflege, pro Jahr mehrmalige Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen haben. Matzk et al. (2023, S. 253–255) können im Vergleich von Pflegebedürftigen zu Nicht-Pflegebedürftigen 2,0 Krankenhausfälle zu 1,4 Krankenhausfälle pro Jahr kennzeichnen.

In dieser Hinsicht spielen interorganisatorische Formen der Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle, auch wenn gerade bei den Schnittstellen dieser Zusammenarbeit noch wesentliche Fragen offenbleiben, wie etwa die NOMI-Studie verdeutlicht (Woock et al. 2022). Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass die Notwendigkeit für eine interorganisationale Zusammenarbeit bei wachsender Fallschwere und Alter der Klient*innen an Relevanz zunimmt und somit Aspekte der organisationalen wie professionellen Arbeitsteilung in der Pflege, mit Blick auf den letztgenannten Kontext gerade bzgl. Interprofessionalität, an Bedeutung gewinnt. Verändern diese Herausforderungen auch die Zielsetzungen von Sozialunternehmen im regulierten Wettbewerb eines Quasi-Marktes? Hier kommen bspw. Aspekte des parallelen Wettbewerbs- und Koopkurrenzmodells zum Tragen (Schönig 2016).

In Sozialmärkten lässt sich ohne Einschränkung der Allgemeinheit festhalten, dass Sozialunternehmen den Konkurrenzmodus eher dann nutzen, wenn soziale Dienste konkurrieren, d.h. Klient*innen tatsächlich eine Auswahlmöglichkeit haben und diese auch ausnutzen wollen. Je stärker Leistungen jedoch ergänzend sind, etwa die Attraktivität der eigenen Leistung stärken und/oder die Produktionskosten der eigenen sozialen Dienstleistungen reduzieren können, desto stärker kann der Anreiz zu einer Koopkurrenz (Coopetition) führen (Schönig 2016, S. 90). An dieser Stelle lässt sich unmittelbar der Bezug zur bereits herausgearbeiteten Lösung für das Gut x_2 im oben formulierten handlungstheoretischen Modell ableiten. Wenn dieses Gut, dass im Falle der Koopkurrenz nicht vom eigenen Sozialunternehmen, sondern von einem anderen erbracht wird, sowohl einen positiven Mengeneffekt und/oder einen wirksamen Kosteneffekt mit sich wirkt, wird ceteris paribus der Anreiz zur Koopkurrenz ansteigen.

Darüber hinaus gilt es festzuhalten, dass in der Sozialwirtschaft im Allgemeinen und in der Pflegewirtschaft im Besonderen die Bedeutung einer pflegerischen Infrastruktur eine wichtige Rolle spielt, gerade bei Überleitungsfragestellungen als Gestaltung von Care Pathways. Hier lassen sich Bezugnahmen auf die Weiter-

entwicklung digitalisierter Vernetzungsstrukturen in der Pflege ableiten (Fritz/Dermody 2019).

Gerade an dieser Stelle gewinnen nicht nur die organisatorischen Zusammenhänge Relevanz, sondern die Fragen des inter- wie intraprofessionellen Austausches von Informationen ist eine wesentliche Größe. Hier könnte sich unmittelbar die Frage anschließen, ob die unternehmensorganisationelle Zielsetzungsebene – etwa For-Profit oder Non-Profit – sich auf die professionelle Ebene auswirkt.

Die Bedeutung der organisationsökonomischen Stakeholderbeziehungen

Eine wesentliche Rolle in der Gewährleistung adäquater pflegerischer Dienstleistungen und Qualität wird durch die Pflegemitarbeiter*innen geleistet, die sich nicht nur als Angestellte sehen, sondern auch als Vertreter*innen einer Profession. Gerade hier stellt sich mit Blick auf die Literatur die Frage, ob und in welcher Art eine Veränderung des pflegerischen Care- und Skill-Mixes in der Langzeitpflege die Pflegequalität beeinflusst und in welcher Weise die Trägerschaftsstruktur des Pflegeunternehmens und somit auch wieder die unternehmerische Zielsetzung im Quasi-Markt der Pflege die akteursbezogenen Handlungen beeinflusst (Clemens et al. 2021).

In einem Literaturüberblick legen Clemens et al. (2021) bezüglich untersuchter Arbeiten der Jahre 2008 bis 2020 dar, dass Zusammenhänge zwischen pflegerischer Qualität und der Personalausstattung (Care-Mix und Skill-Mix) in den untersuchten Studien als heterogen anzusehen sind. Es lässt sich darlegen, dass ein höherer Personalbestand und ein höheres Kompetenzlevel wohl durchschnittlich zu besseren pflegerischen Outcomes führt (Clemens et al. 2021, S. 9–11). Gleichwohl gilt es Querfaktoren in der Zusammensetzung im Schweregrad von Pflegebedürftigen zu berücksichtigen als auch weitere Aspekte, die eher im Setting zu suchen sind. Hier könnten insbesondere Aspekte der Trägerschaft von institutionellen Pflegeorganisationen eine Rolle spielen, wie etwa van Puyvelde et al. (2015) zeigen können. Aspekte der Motivation von Pflegekräften und somit Selbstselektionseffekte, welcher Trägertyp als potenzieller Arbeitgeber eine Rolle spielen kann, können weiterhin hier als Interpretation greifen, als auch die Bedeutung der unternehmenspolitischen Zielsetzung des Pflegeunternehmens.

So zeigen van Puyvelde et al. (2021) für Belgien auf, dass bei Mitarbeiter*innen in öffentlich getragenen Pflegeunternehmen, die eine Grundversorgungsaufgabe übernehmen müssen, Aspekte intrinsischer Motivation eine größere Rolle spielen als extrinsische Aspekte der Arbeitsmotivation, etwa Arbeitsbedingungen oder gar Reputation einer Pflegeeinrichtung. Diese wirken in der Studie stärker bei Mit-

arbeiter*innen von Non-Profit- oder Profitunternehmen (van Puyvelde et al. 2021, S. 2507–2508).[3]

Ausgehend von diesen Hinweisen aus der Literatur kann eine idealtypische Zielkonstellation der internen Stakeholderbeziehungen erstellt werden, die gemäß der Abbildung 1 und der bereits formulierten dreifachen Legitimation aus Sicht des Pflegeunternehmens die gemeinsame Optimierung des Gesamtnutzens darstellt. Diese setzt sich aus den Zielsetzungen der Einrichtung selbst, den Zielsetzungen der Mitarbeiter*innen U_M, sowie der gesellschaftlichen Vorgabe U_S zusammen, gewichtet um die unternehmerische Relevanz, die sich in den Parametern β darstellt. Der Nutzen der Klient*innen als Kund*innen der Einrichtung soll ceteris paribus in der bereits dargestellten Nutzenfunktion $\pi_{1,2}$ über die pflegerischen Dienstleistungen x_1 und x_2 dargestellt werden.

Somit ergibt sich die Optimierung der Stakeholdersicht aus folgender Überlegung (vgl. ähnlich van Puyvelde et al. 2012, S. 444):

$$U_G = \beta_1 \pi_{1,2} + \beta_2 U_M + \beta_3 U_S \tag{4}$$

Gemäß Unterstellung eines gegebenen gesellschaftlichen Qualitäts- und Nutzenzieles $\overline{U_S}$ lässt sich die Mitarbeiter*innenmotivation in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Beziehungsgefüges zwischen Pflegeunternehmen und Mitarbeitenden kennzeichnen. Bei Annahme, dass hier keine übliche Prinzipal-Agenten-Beziehung vorliegt, wo Mitarbeiternde (ausschließlich) auf externe Anreize tätig werden und somit die Kontrollproblematik der Tätigkeiten dieser aus Sicht des Arbeitgebers relevant sind, sondern eine Anleihe an eine Stewardship-Theorie (Velte 2010) gültig ist, die eine kooperative Arbeitgeber- und Mitarbeiterbeziehung in den Vordergrund stellt, lässt sich U_M wie folgt kategorisieren:

$$U_M = \alpha B_p + (1-\alpha) B_S - C > 0 \tag{5}$$

Der Nutzen der Mitarbeiter*innen im Sinne einer Stewardship-Beziehung kombiniert die privaten Benefits B_p mit den sozialen bzw. professionellen Benefits B_S. Je stärker die Gewichtung $(1-\alpha)$ ausfällt, desto stärker nehmen nicht-extrinsische Aspekte einen Raum ein. Hier können sowohl Fragen der unmittelbaren Arbeitsorganisation, der Zusammenarbeit im intra- wie interorganisationalen und insbesondere im intraprofessionellen Kontext sowie auch der Selbstwirksamkeit als Pflegekraft eine Rolle spielen. In der Folge sind wohl noch offene Forschungsfragen insbe-

3 Es gilt hier festzuhalten, dass es in der Studie von van Puyvelde et al. (2015) um relative Wahrnehmungen von Pflegekräften in Non-Profit- und Profit-Einrichtungen im Vergleich zu öffentlichen Pflegeinrichtungen geht und nicht um die Wertigkeit von Attributen an sich. So sind immer Mindestanforderungen an Qualität und Reputation zu unterstellen.

sondere für die intraorganisatorische Perspektive in der Langzeitpflege zu betrachten.

In freier Analogie an Arbeiten von Brown et al. (2017) zu Trägerschaftsaspekten und Nutzen von Stakeholder*innen in der medizinischen Versorgung können exemplarisch geteilte Nutzenaspekte (shared utilities) erwähnt werden, die Stakeholder etwa in Form intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit nutzen können. Zu nennen wären beispielsweise »geteilte Protokolle« (Brown et al. 2017, S. 130) über die Nutzung von Technologien und insbesondere Daten. Zu denken wäre unmittelbar die Nutzung von Datenbanken und/oder digitaler Sensorik im Sinne von Care Pathways.

Weiterhin lassen die geteilten Protokolle, die eher eine pflegerische Infrastruktur darstellen, die Vermutung zu, dass eine gemeinsame Zielsetzung verbundener überinstitutioneller Pflegeorganisationen eine wesentliche Rolle spielen kann. Brown et al. (2017, S. 130) sprechen von »common desire«. Lassen sich nun Hinweise zum Verhältnis von externen Stakeholderausprägungen und Ansprüchen von (professionellen) Pflegekräften ableiten?

Ohne Anspruch auf Allgemeinheit mag die Entwicklung von hybriden Unternehmens- und Organisationsmodellen in der Pflege, gerade die Verknüpfung professioneller Pflege und informellen Pflegenetzen in Geschäftsmodellen der Pflege, wie sie bspw. in den Niederlanden erwachsen sind, als Beispiel dienen. In einer Arbeit von Bos et al. (2020) wird mit Blick auf die Niederlande bspw. deutlich, dass die Trägerpluralität zwischen Non-Profit- und Profit-Unternehmen beiden helfen kann. So wirken gerade die auch in diesem Beitrag als grundlegend formulierten gemeinwohlorientierten Gewinnziele von Sozialunternehmen hilfreich dabei, das »Vertrauensgut« (im Original »trust goods«, Bos et al. 2020, S. 432) von Pflegeleistungen aufzubauen. Diese Externalität im gesamten regulierten Pflegemarkt führt aber auch zu einem positiven Ausstrahlungseffekt für alle Anbieter*innen.

Darüber hinaus profitieren Klient*innen von dieser Grundverpflichtung und Grundorientierung zur Leistungsverpflichtung im regulierten Quasi-Markt. Gleichzeitig kann diese implizite Infrastrukturleistung im Markt auch dazu beitragen, dass stärker unternehmerische geprägte Pflegeunternehmen, vor allem privatgeführte, Effizienzvorteile nutzen können, wenn es ihnen gelingt, pflegerische Bedarfslagen schneller und präferenzorientierter mit pflegerischen Dienstleistungen zu bedienen (Bos et al. 2020, S. 435–439). Somit sind durchaus auch Selektionswirkungen festzustellen. Dass die Trägereigenschaft darüber hinaus offensichtlich keine oder nur einen geringen Einfluss auf die pflegerische Qualität in den Niederlanden hat, etwa im Vergleich zu den Vereinigten Staaten (White et al. 2020), scheint auf die höhere Standardregulierung in Pflegemarkt zurückzugehen, die auch für die privaten Anbieter*innen im Quasi-Markt Pflege gültig ist.

Implikationen für die (deutsche) Pflegelandschaft

Welche Implikationen aus den bisherigen Kontexten einer der Sozialwirtschaft im Allgemeinen und der Pflegewirtschaft im Besonderen anhängigen Interessenskonstellation von Stakeholderinteressen können mit Blick auf eine Weiterentwicklung von Langzeitpflege abgeleitet werden? Diese Frage muss zwangsläufig auf eine weitere, übergeordnete Zielsetzung Bezug nehmen, welches Bild einer Langzeitpflege institutionelle und organisatorische Details heute und vor allem in der Zukunft folgen sollen, etwa auch die Rolle von privaten Investments darin (Zerth 2023, S. 20–23).

Der Blick auf die Herausforderungen der Digitalisierung in der Pflege liegt her nahe, auch wenn gerade hier die Bedeutung von gemeinsamer Protokollierung im Sinne etwa einer gemeinsamen Datenstruktur und einer geteilten Zielsetzung und Philosophie der Datenteilung, gerichtet auf einen Versorgungszweck dieser Teilung, wohl notwendig scheint. So haben Technologien im Allgemeinen und Digitalisierung im Speziellen nicht einen Sinn an sich, sondern sind Teil etwa einer Strategie, pflegerische Versorgung bspw. an den Aspekten der Förderung von Gesundheit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität zu orientieren (Wolf-Ostermann/Seibert 2024, S. 176).

An dieser Stelle kommen im Kontext des Abgleichs von Unternehmensstrategien und Professionalisierungsstrategien insbesondere die Herausforderungen von Organisationsmodellen in der Pflege in den Sinn. Alternative Formen geteilter Verantwortung zwischen Unternehmenszielen und Professionalitätsansprüchen können hier beispielshaft genannt werden, wie sie etwa in der Diskussion über die Übertragbarkeit des Buurtzorg-Modells aufgegriffen werden (Nandram und Koster 2014; Büscher et al. 2022).

Die Bedeutung, Organisationsinnovationen in der Pflege mit der Finanzierung durch privates Kapital zu verbinden – Stakeholdertyp 1 in der Abbildung 1 –, gilt es mit kritischem und ergebnisoffenem Blick zu diskutieren und hier insbesondere auch immer wieder Studien zum Einfluss etwa von Private-Equity-Modellen auf die Pflegelandschaft und möglichen Rückwirkungen auf die Pflegearbeit als solches zu betrachten (Brereton 2021, S. 464–465). Die internationale Literatur etwa mit Blick auf den Krankenhaussektor zu möglichen Zielkonflikten von Kapitalgeberseite einerseits oder gesellschaftlichen Zielen andererseits ist hier nicht eindeutig (Bůžek/Scheuplein 2022; Gupta et al. 2021).

Grundsätzlich gilt es die Bedeutung eines zielführenden institutionellen Designs zur Einbettung der verschiedenen Zielsetzungsperspektiven zu vermuten (Müller 2017, S. 20) und somit das ordnungspolitische Austarieren der verschiedenen Stakeholderebenen in einer sozialpolitischen Rahmenordnung integrierend zu denken.

Literatur

André, Kevin/Pache, Anne-Claire (2016): »From caring entrepreneur to caring enterprise: Addressing the ethical challenges of scaling up social enterprises«, in: Journal of Business Ethics 133(4), S. 659–675. DOI: 10.1007/s10551-014-2445-8.

Asmirajanti, Mira/Hamid, Achir Yani S./Hariyati, Rr. Tutik Sri (2019): »Supporting factors of the implementation of clinical pathway approach in nursing care«, in: Enfermería Clínica 29, S. 455–458. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.067.

Besley, Timothy/Ghatak, Maitreesh (2017): »Profit with purpose? A theory of social enterprise«, in: American Economic Journal: Economic Policy 9(3), S. 19–58.

Bettig, Uwe/Krüger, Maria (2019): »Care – pflegewirtschaftliche Herausforderungen«, in: Ludger Kolhoff (Hg.), Aktuelle Diskurse in der Sozialwirtschaft II. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 241–250.

Bos, Aline/Kruse, Florien Margareth/Jeurissen, Patrick Paulus Theodoor (2020): »For-profit nursing homes in the Netherlands: What factors explain their rise?«, in: International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation 50(4), S. 431–443. DOI: 10.1177/0020731420915658.

Brown, Jill A./Gianiodis, Peter/Santoro, Michael D. (2017): »Managing co-opetition for shared stakeholder utility in dynamic environments«, in: California Management Review 59(4), S. 114–139. DOI: 10.1177/0008125617705868.

Büscher, Andreas; Gruber, Eva Maria; Peters, Lara; Ostermann, Rüdiger; Becker, Tobias; Bruns, Monique (2022): »Evaluation eines Modellprojektes zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland. Abschlussbericht«. Münster, Osnabück: FH Münster, Hochschule Osnabrück.

Bůžek, Richard/Scheuplein, Christoph (2022): »The global wealth chains of private-equity-run physician practices«, in: Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie 113 (4), S. 331–347. DOI: 10.1111/tesg.12519.

Christophers, Hinrich (2023): »Umsatzgestaltung in der Seniorenwirtschaft«, in: Elke Maria Reinhardt/Klaus Grunwald (Hg.), Seniorenwirtschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 339–364.

Churruca, Kate/Pomare, Chiara/Ellis, Louise A./Long, Janet C./Henderson, Suzanna B./Murphy, Lisa E. D./Leahy, Christopher J./Braithwaite, Jeffrey (2021): »Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues«, in: Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy 24(4), S. 1015–1024. DOI: 10.1111/hex.13254.

Clemens, Sara/Wodchis, Walter/McGilton, Katherine/McGrail, Kimberlyn/McMahon, Meghan (2021): »The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008–2020«, in: International Journal of Nursing Studies 122, S. 104036. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104036.

Cremer, Georg; Fritz, Roland; Goldschmidt, Nils (2018): »Soziale Dienstleistungen und Quasi-Märkte in der Sozialen Marktwirtschaft«, in: Zeitschrift für Politik 65(3), S. 335–354. DOI: 10.5771/0044-3360-2018-3-335.

Finis Siegler, Beate (2021): »Meritorik in der Sozialwirtschaft. Warum die Sozialwirtschaft ein anderes Ökonomiemodell braucht«, in: Beate Finis Siegler (Hg.), Entwicklung einer Ökonomik Sozialer Arbeit aus der Retrospektive. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 229–252.

Fritz, Roschelle L./Dermody, Gordana (2019): »A nurse-driven method for developing artificial intelligence in »smart« homes for aging-in-place«, in: Nursing Outlook 67(2), S. 140–153. DOI: 10.1016/j.outlook.2018.11.004.

Glaser, Jürgen (2006): »Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflege – arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege«, in: Fritz Böhle/Jürgen Glaser (Hg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 43–57.

Grohs, Stephan (2022): »Social Entrepreneurship nach dem Hype: Zwischen Konsolidierung, Skalierung und permanenter Innovation«. In: Christoph Gehrlach/Matthias von Bergen/Katharina Eiler (Hg.), Zwischen gesellschaftlichem Auftrag und Wettbewerb. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 55–72.

Gründer, René (2022): »Quartiersentwicklung in ländlichen Kommunen«. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Gupta, Atul/Howell, Sabrina/Yannelis, Constantine/Gupta, Abhinav (2021): »Owner incentives and performance in healthcare: Private equity investment in nursing homes«. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Siehe https://www.nber.org/papers/w28474, zuletzt abgerufen am 01.12.2024.

Holtkamp, Claudia/Schellberg, Klaus (2023): »Finanzierung von Organisationen der Sozialwirtschaft. Finanzierungsströme – Finanzgeber – Verhandlungsstrategien«. Regensburg: Walhalla.

Ignatius Brereton, Alesha (2021): »Toward a preliminary theory of organizational incentives: Addressing incentive misalignment in private equity-owned long-term care facilities«, in: American Journal of Law & Medicine 47 (4), S. 455–476. DOI: 10.1017/amj.2022.4.

Kolhoff, Ludger (2017): »Finanzierung der Sozialwirtschaft«. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kortendieck, Georg (2022): »Strategien bei knappen Kassen«, in: Christoph Gehrlach/Matthias von Bergen/Katharina Eiler (Hg.), Zwischen gesellschaftlichem Auftrag und Wettbewerb. Sozialmanagement und Sozialwirtschaft in einem sich wandelnden Umfeld. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 195–212.

Langer, Andreas (2024): »F.3 Professionalisierung und Expertise (in) der Sozialwirtschaft«, in: Klaus Grunwald/Andreas Langer/Monika Sagmeister (Hg.), Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft, Studium und Praxis. Baden-Baden: Nomos, S. 907–924.

Le Grand, Julian (1991): »Quasi-markets and social policy«, in: The Economic Journal 101, S. 1256–1267.

Matzk, Sören/Tsiasioti, Chrysanthi/Behrendt, Susann/Jürchott, Kathrin/Argüello Guerra, Felipe/Schwinger, Antje (2023): »Pflegebedürftigkeit in Deutschland«, in: Antje Schwinger/Adelheid Kuhlmey/Stefan Greß/Jürgen Klauber/Klaus Jacobs (Hg.), Pflege-Report 2023. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 235–268.

Mayer, Colin (2021): »The future of the corporation and the economics of purpose«, in: Journal of Management Studies 58(3), S. 887–901. DOI: 10.1111/joms.12660.

Müller, Julian (2017): »Private Finanzinvestitionen als Mittel zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben. Eine zivilgesellschaftliche Perspektive«, in: Monika Burmester/Emma Dowling/Norbert Wohlfahrt (Hg.), Privates Kapital für soziale Dienste? Wirkungsorientiertes Investment und seine Folgen für die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider, S. 37–56.

Nandram, Sharda/Koster, Nicole (2014): »Organizational innovation and integrated care: Lessons from Buurtzorg«, in: Journal of Integrated Care 22(4), S. 174–184. DOI: 10.1108/JICA-06-2014-0024.

Pfundstein, Thomas/Bemsch, Marcus (2020): »Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden? », in: Klaus Jacobs/Adelheid Kuhlmey/Stefan Greß/Jürgen Klauber/Antje Schwinger (Hg.), Pflege-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 149–163.

Rebscher, Herbert (2024): »Wertschöpfende Geschäftsmodelle und Gesellschaftsstrukturen im Gesundheitssystem: Ein Kaleidoskop der vielschichtigen Lösungen«, in: Herbert Rebscher/Andreas Schmid/Jürgen Zerth (Hg.), Nutzen, Wert und Public Value. Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–16.

Salustri, Andrea (2021): »Social and solidarity economy and social and solidarity commons: Towards the (re)discovery of an ethic of the common good?«, in: Annals of Public and Cooperative Economics 92 (1), S. 13–32. DOI: 10.1111/apce.12307.

Schmid, Andreas (2024): »Geschäftsmodelle: Zentrale Begriffe und ihre praktischen Implikationen – eine Einordnung«, in: Herbert Rebscher/Andreas Schmid/Jürgen Zerth (Hg.), Nutzen, Wert und Public Value. Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten«. Heidelberg: medhochzwei, S. 17–28.

Schönig, Werner (2016): »Koopkurrenz in der Sozialwirtschaft – Zur Gleichzeitigkeit von Konkurrenz und Kooperation«, in: Herbert Bassarak/Werner Heister/Sigrid Leitner/Michael Mroß/Armin Schneider/Herbert Schubert/Wolf Rainer Wendt (Hg.), Wissenschaftliches Forum für Sozialwirtschaft und Sozialmanagement 2/2015. Baden-Baden: Nomos, S. 79–95.

Schönig, Werner (2024): »Meritorik in der kommunalen VUKA-Welt – Geschäftsmodelle zwischen Konstanz und Agilität«, in: Herbert Rebscher/Andreas Schmid/

Jürgen Zerth (Hg.), Nutzen, Wert und Public Value. Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten. Heidelberg: medhochzwei, S. 29–42.

Sønderskov, Mette/Rønning, Rolf (2021): »Public service logic: An appropriate recipe for improving serviceness in the public sector?«, in: Administrative Sciences 11 (3), S. 64. DOI: 10.3390/admsci11030064.

Sonntag, Katja/Reibnitz, Christine von (2017): »Interne Vernetzung und Überleitungsmanagement«, in: Peter Bechtel/Ingrid Smerdka-Arhelger/Kathrin Lipp (Hg.), Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 179–193.

Szelągowski, Marek/Berniak-Woźny/Justyna; Lipiński, Cezary (2021): »BPM support for patient-centred clinical pathways in chronic diseases«, in: Sensors 21(21), S. 7383. DOI: 10.3390/s21217383.

van Puyvelde, Stijn/Caers, Ralf/Du Bois, Cind/Jegers, Marc (2012): »The governance of nonprofit organizations«, in: Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly 41(3), S. 431–451. DOI: 10.1177/0899764011409757.

van Puyvelde, Stijn/Caers, Ralf/Du Bois, Cind/Jegers, Marc (2015): »Does organizational ownership matter? Objectives of employees in public, nonprofit and for-profit nursing homes«, in: Applied Economics 47(24), S. 2500–2513. DOI: 10.1080/00036846.2015.1008767.

Vaudt, Susanne (2022): »Sozialökonomie«. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Velte, Patrick (2010): »Stewardship-Theorie«, in: Zeitschrift für Planung & Unternehmenssteuerung 20 (3), S. 285–293. DOI: 10.1007/s00187-009-0078-3.

Wendt, Wolf Rainer (2016): »Was recht und billig ist. Über Differenzen in Lebens- und Versorgungsgeschäften«, in: Armin Wöhrle (Hg.), Moral und Geschäft. Positionen zum ethischen Management in der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos, S. 21–33.

White, Elizabeth M./Aiken, Linda H./loane, Douglas M./McHugh, Matthew D. (2020): »Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction«, in: Geriatric Nursing 41 (2), S. 158–164. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2019.08.007.

Wolf-Ostermann, Karin/Seibert, Kathrin (2024): »Potenziale einer Digitalisierung aus Sicht der Gesundheitsfachkräfte: Beispiel Pflege«, in: Jens Baas (Hg.), Wissensexplosion. KI & Co. für mehr Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 173–184.

Woock, Kristina/Meinert, Nele/Völtzer, Linda/Busch, Susanne (2022): »NoMI – Notfalleinweisungen minimieren. Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen, Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 (3) SGB XI«. Hamburg: GKV-Spitzenverband, HAW Hamburg. Siehe https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschun

g/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/nomi.jsp, zuletzt abgerufen am 15.06.2024.

Zerth, Jürgen (2018): »Social Entrepreneurship und/oder Social Intrapreneurship – Welchen Beitrag können Sozialunternehmen für die Fortentwicklung (sozialer) Innovationen im Gesundheitsmarkt leisten?«, in: Mario A. Pfannstiel/Patrick Da-Cruz/Christoph Rasche (Hg.), Entrepreneurship im Gesundheitswesen I. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 165–182.

Zerth, Jürgen (2021): »Technikimplementierung in der Pflege: Die Bedeutung der soziotechnischen Innovationsbewertung aus gesundheitsökonomischer Sicht«, in: Debora Frommeld/Ulrike Scorna/Sonja Haug/Karsten Weber (Hg.), Gute Technik für ein gutes Leben im Alter? Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme. Bielefeld: transcript, S. 341–365.

Zerth, Jürgen (2023): »Sozialunternehmen zwischen Klientenwohl, Zielerfüllung und wettbewerblicher Orientierung«, in: Frankfurter Forum: Diskurse (28), S. 16–25.

Stakeholder*innennetzwerke, Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit von Forschungsprojekten

Über Erfahrungen aus der Arbeit in *DeinHaus 4.0 Oberpfalz – TePUS*

Vanessa Mücke, Karsten Weber

Einleitung

Das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention geförderte Projekt *DeinHaus 4.0 Oberpfalz* startete im Oktober 2019 und endete etwas mehr als vier Jahre später im Dezember 2023. In diesem interdisziplinären Projekt erforschten sieben Professor*innen und zehn technische und wissenschaftliche Mitarbeiter*innen die Einführung von Telepräsenzrobotern für die ambulante Pflege und Therapie von Schlaganfallpatient*innen. Während der gesamten Projektlaufzeit wurde großer Wert auf den Netzwerkaufbau gelegt, um den Wissensaustausch sowie die Verbreitung der gewonnenen Informationen und Erkenntnisse mit relevanten Stakeholder*innen sicherzustellen. Mit anderen Worten: Externe Wissenschaftskommunikation besaß in diesem Projekt einen hohen Stellenwert. Damit wurde der Idee Rechnung getragen, dass Forschungsprojekte – nicht nur, aber auch in der Pflege – in der Öffentlichkeit sichtbar werden sollten, sofern sie unmittelbar Bedeutung für den Alltag vieler Menschen haben können. Um dies umsetzen zu können, müssen Forschungsprojekte viel mehr als bisher nach außen kommunizieren; die interne Wissenschaftskommunikation muss um externe Wissenschaftskommunikation[1] ergänzt werden.

Ein Stakeholder*innennetzwerk ist ein systematischer Rahmen, der es ermöglicht, verschiedene Interessengruppen in einem Projekt oder einer Organisation

1 Da es im vorliegenden Beitrag vor allem um den Aufbau von Stakeholder*innennetzwerken und die dafür notwendigen Aktivitäten gehen wird, werden andere Aspekte der externen Wissenschaftskommunikation nur am Rande angesprochen. Für ausführlichere Hinweise zur Frage, wie man ein Projekt, das ein nicht besonders attraktives Thema behandelt – u.a. Krankheit und Pflegebedürftigkeit –, sichtbarer werden lassen kann, sei auf den Beitrag von Bahr et al. (2022) verwiesen.

miteinander zu verbinden, um gemeinsame Ziele zu erreichen und Synergien zu nutzen. Stakeholder*innen sind Personen oder Gruppen, die ein Interesse an einem bestimmten Projekt, einer Organisation oder einer Entscheidung haben und/oder von deren Ergebnissen betroffen sind (Gmür/Thommen 2011). Die Bedeutung von Stakeholder*innennetzwerken liegt in ihrer Fähigkeit, unterschiedliche Perspektiven und Ressourcen zu integrieren. Durch die Einbindung von Stakeholder*innen können Projekte besser auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Betroffenen abgestimmt werden, was die Akzeptanz und den Erfolg erhöhen kann. Darüber hinaus fördern Stakeholder*innennetzwerke Transparenz, Vertrauen und Zusammenarbeit, was zu einer höheren Effizienz und Effektivität führen kann (Remmy et al. 2018).

Im Folgenden sollen die verschiedenen Schritte und Aufgaben beschrieben werden, die im Projekt *DeinHaus 4.0 Oberpfalz* gegangen wurden, um eine möglichst umfassende und weitreichende externe Wissenschaftskommunikation zu führen. Vermutlich lässt sich nicht alles auf andere Projekte übertragen, aber zumindest sollte deutlich werden, dass externe Wissenschaftskommunikation mit Aufwand verbunden ist, der von Projektbeginn an fest als Arbeitspaket eingeplant, mit Personal und anderen Ressourcen hinterlegt sowie kontinuierlich betrieben werden sollte. Es bedarf also einer Kultur der Kommunikation, nicht nur für zeitlich befristete Forschungsprojekte, sondern auch für die alltägliche Arbeit in der Pflege und Gesundheitsversorgung.

Stakeholder*innennetzwerke im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen spielen Stakeholder*innennetzwerke eine besonders wichtige Rolle. Das Gesundheitswesen stellt ein komplexes System dar, das von einer Vielzahl von Akteur*innen beeinflusst wird, darunter Patient*innen, Ärzt*innen, Pflegekräfte, Krankenhäuser, Versicherungen, Verwaltungen, Regierungen und Pharmaunternehmen (siehe die Beiträge in Böhlich 2021). Ein effektives Stakeholder*innennetzwerk im Gesundheitswesen kann dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern, die Effizienz zu steigern und die Zufriedenheit der Patient*innen zu erhöhen. Es ermöglicht eine koordinierte und integrierte Versorgung, bei der die verschiedenen Akteur*innen zusammenarbeiten, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen (Abegglen/Bleicher 2021).

Ein Stakeholder*innennetzwerk im Gesundheitswesen aufzubauen erfordert sorgfältige Planung und die Einbeziehung verschiedener Interessengruppen. Zunächst müssen alle relevanten Stakeholder*innen identifiziert werden, darunter Betroffene, in erster Linie also Patient*innen und gepflegte Personen, sowie deren Angehörige, Gesundheits- und Pflegepersonal, Gesundheitseinrichtungen, Regulierungsstellen, Zahlungs- bzw. Versorgungsträger*innen, Medizintechnikherstel-

ler*innen sowie Forschungseinrichtungen und Universitäten bzw. Hochschulen. Für jede*n Stakeholder*in sollten Interessen und potenzielle Einflüsse auf das Netzwerk analysiert werden, was u.a. durch Interviews, Umfragen oder Workshops erfolgen kann.

Eine effektive Kommunikation ist entscheidend; daher sollten passende Kommunikationskanäle und -methoden wie regelmäßige Treffen, Rundschreiben und digitale Plattformen entwickelt werden. Der Aufbau strategischer Partnerschaften durch Kooperationsverträge und formelle Vereinbarungen ist ebenso wichtig. Die Implementierung des Netzwerks sollte schrittweise erfolgen, wobei regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen notwendig sind, um die Ziele zu erreichen. Ein Stakeholder*innennetzwerk ist dynamisch und erfordert kontinuierliche Verbesserungen und Anpassungen an neue Herausforderungen (siehe die Beiträge in Busse et al. 2022).

Aufbau eines Stakeholder*innennetzwerks im Projekt *DeinHaus 4.0 Oberpfalz*

Bereits vor Projektstart wurden Absichtserklärungen (Letter of Intent, LoI) relevanter Partner*innen für eine unentgeltliche Zusammenarbeit im Rahmen des Forschungsvorhabens eingeholt und zu Beginn des Projekts durch entsprechende Kooperationsverträge rechtlich abgesichert. Insgesamt wurde mit 15 Konsortialpartner*innen ein Vertrag abgeschlossen: Allianz Versicherung, Asklepios Klinik Schaufling, Barmherzige Brüder, Betriebskrankenkasse BMW, BioPark Regenburg GmbH, Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN), Landratsamt Neustadt an der Waldnaab, Landratsamt Regensburg, Gesundheitsregion^{Plus}, medbo Bezirksklinikum Regensburg, Passauer Wolf Bad Gögging, Passauer Wolf Bad Griesbach, Passauer Wolf Nittenau und mit der Stadt Regensburg. Aufgrund einer Insolvenzanmeldung musste ein Kooperationsvertrag während der Projektlaufzeit aufgelöst werden.

Der organisatorische und damit zeitliche Aufwand für das Abschließen der Kooperationsverträge sollte nicht unterschätzt werden. In aller Regel müssen entsprechende Vereinbarungen von beiden Seiten juristisch geprüft werden; bei einem öffentlich geförderten Projekt wie *TePUS* ist zudem damit zu rechnen, dass die fördergebende Institution ebenfalls überprüfen will, ob die Klauseln einer Vereinbarung bspw. allen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen – dabei sind oftmals auch EU-Regeln zu beachten. Der organisatorische Aufwand sollte daher in der Projektablaufplanung großzügig einkalkuliert werden.

Um alle Partner*innen über das Projekt sowie über die Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, wurde gleich im ersten Projektjahr eine Informationsveranstaltung für alle Partner*innen organisiert, um über das Forschungsvorhaben zu in-

formieren und Unterstützungsmöglichkeiten in der Rekrutierung von Studienteilnehmenden sowie in der Öffentlichkeitsarbeit zu erarbeiten. Die Zusammenarbeit mit den Partner*innen wurde über die gesamte Projektlaufzeit durch gemeinsame Workshops, Informationsveranstaltungen sowie teils aktiven Einbezug gefestigt.

Ebenso wurde im ersten Projektjahr ein Praxis- und Wissenschaftsbeirat gegründet, um Interessen, potenzielle Konflikte sowie Einflüsse der unterschiedlichen Stakeholder*innen zu analysieren. Im Projekt *TePUS* setzte sich dieser Beirat aus 13 Personen aus Wissenschaft und Praxis zusammen. Durch den fortlaufenden Austausch mit den Mitgliedern des Beirats wurde sichergestellt, dass die Praxistauglichkeit des Forschungsvorhaben immer im Auge behalten wurde. Etwas flapsig formuliert: Der Austausch mit dem Praxis- und Wissenschaftsbeirat hat dazu beigetragen, dass Projekt immer wieder zu erden.

Netzwerktätigkeiten während der Projektlaufzeit

Während der gesamten Projektlaufzeit wurde großer Wert auf den Netzwerkaufbau gelegt, um den Wissensaustausch und die Verbreitung von Informationen mit Stakeholder*innen und der breiten Öffentlichkeit sicherzustellen. Dazu wurden gezielt Kontakte zu zahlreichen, insbesondere den im Antrag und Förderbescheid benannten, Multiplikator*innen, Netzwerken und Projekten geknüpft. Durch die Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen und regelmäßigen Treffen konnte ein kontinuierlicher und professionsübergreifender Austausch mit anderen Projekten und Stakeholder*innen erreicht werden. Beispielsweise fanden bis zum 31.12.2023 insgesamt 26 virtuelle Austauschtreffen innerhalb der *DeinHaus 4.0*-Projektreihe (*DeinHaus 4.0 Oberbayern*, *DeinHaus 4.0 Niederbayern*, *DeinHaus 4.0 Unterfranken*, *DeinHaus 4.0 Oberpfalz*) statt. Diese Treffen dienten hauptsächlich dem Abgleich geplanter Aktionen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sowie dem wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch.

Im Folgenden wird ein Überblick über ausgesuchte Netzwerkpartner*innen und deren Mitwirkung in alphabetischer Reihenfolge gegeben. Alle Projektmitarbeiter*innen haben sich entsprechend ihrem Fachbereich aktiv an den Vernetzungsaktivitäten beteiligt.

*Tabelle 1: Multiplikator*innen in TePUS*

Multiplikator	Aufgaben/Tätigkeiten
Ärztlicher Kreisverband	Aufbau von Kontakten und Teilnahme am Qualitätszirkel der Ärzte am 02.02.2022.
ADAC	In telefonischen Abstimmungsgesprächen wurden Pläne des ADAC hinsichtlich eines möglichen Engagements im Bereich Pflege und Gesundheitsversorgung besprochen. Gemeinsam wurden Ansätze zur Vernetzung sowie Potenziale für eine zukünftige Zusammenarbeit erörtert.
Aphasie Landesverband Bayern	Das Projekt wurde dem Aphasie Landesverband Bayern vorgestellt, woraufhin im Newsletter auf die Tagungen und die Möglichkeit der Studienteilnahme hingewiesen wurde. Der Landesvorsitzende unterstützte zudem aktiv die Rekrutierung, indem er in einem Werbevideo zur Studienteilnahme mitwirkte, was die Sichtbarkeit und das Vertrauen in das Projekt stärkte.
Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin	Projektvorstellung an der ASH Berlin in einem Online-Vortrag im Studiengang »Interprofessionelle Gesundheitsversorgung online« am 01.02.2023.
Bayerische TeleMedAllianz (BTA)	Ein Mitglied des Praxis- und Wissenschaftsbeirats war in alle Tagungen und Beiratstreffen eingebunden und erhielt Einladungen zu sämtlichen Veranstaltungen.
Bayern Innovativ	Mehrere (virtuelle) Treffen fanden statt, um das Projekt vorzustellen und Möglichkeiten der Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit sowie bei der Rekrutierung zu besprechen.
Bayerisches Forschungszentrum Pflege Digital	Kontaktaufnahme und wissenschaftlicher Austausch während einer Veranstaltung (Statistiktage in Bamberg 2022).
Bayerisches Forschungszentrum Pflege Digital, Kempten	Kontaktaufnahme und wissenschaftlicher Austausch während einer Veranstaltung (Statistiktage in Bamberg 2022).
Bayerisches Landesamt für Pflege, Amberg	Kontaktaufnahme und wissenschaftlicher Austausch während einer Veranstaltung (Statistiktage in Bamberg 2022)
Bayerisches Landesamt für Statistik Schweinfurt, Bereich Pflege/Reha	Kontaktaufnahme und wissenschaftlicher Austausch während einer Veranstaltung (Statistiktage in Bamberg 2022).
Bayerisches Rotes Kreuz	Aufbau eines Kontakts zum Teamleiter der Tagespflege aus der Fachabteilung Senioren und Pflege; aktive Teilnahme sowie ein Vortrag bei einem Fachtag am 20.10.2022.

Multiplikator	Aufgaben/Tätigkeiten
Berufsfachschule für Pflege der Barmherzigen Brüder Regensburg	Das Projekt organisierte mehrfach die Vorstellung der Telepräsenzroboter für die Schüler*innen der Pflegefachschule im Rahmen des Themenkomplexes »Neue Technologien in der Pflege«. Diese Veranstaltungen fanden am 07.10.2022, 01.02.2023 und 20.04.2023 statt.
BKK Pfalz und BKK24	Es wurden virtuelle Vernetzungstreffen organisiert, um einen gegenseitigen Austausch zu ermöglichen und bei der Rekrutierung zu unterstützen. Der Kontakt wird weiterhin regelmäßig gepflegt.
Care Regio	Der kontinuierliche Austausch zwischen den Projekten wurde durch regelmäßige Teilnahme an gegenseitigen Veranstaltungen gefördert. Care Regio trug aktiv zum Dialog bei, indem es einen Beitrag zu einem Tagungsband leistete.
Deutsche Schlaganfallhilfe	Die Projektvorstellung sowie eine Anfrage zur Unterstützung bei der Rekrutierung wurden initiiert. Im Juli 2021 wurde zudem ein Artikel über das Projekt im Gesundheitsmagazin der Deutschen Schlaganfallhilfe veröffentlicht.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	Im Juli 2020 fand ein Treffen statt, bei dem das Projekt vorgestellt wurde und Überlegungen zur Unterstützung bei der Rekrutierung angestellt wurden.
***DeinHaus* 4.0-Projekte**	Es fanden monatliche Treffen und Absprachen zur Öffentlichkeitsarbeit mit den *DeinHaus* 4.0- Projekten statt, wobei insgesamt 26 gemeinsame Treffen organisiert wurden. Diese dienten dem Ideenaustausch und der Planung gemeinsamer Öffentlichkeitsaktivitäten. Zudem nahm man gegenseitig an den selbst organisierten Veranstaltungen teil. Der Austausch und die Zusammenarbeit setzten sich über das Ende des Projekts hinaus fort, was die langfristige Vernetzung und Unterstützung der beteiligten Projekte stärkte.
DigiMed Bayern	Am 15.09.2021 fand ein virtuelles Treffen statt, bei dem das Projekt vorgestellt und Möglichkeiten zur Zusammenarbeit erörtert wurden.
DIGI-ORT (Oberes Rodachtal)	Der erste Kontakt zum Projekt erfolgte bereits im April 2020. Ein Übersichtsfilm zu DIGI-ORT sowie ein virtueller Rundgang durch die Musterwohnung wurden später bei der virtuellen Tagung von *TePUS* am 28.10.2020 auf der Landingpage vorgestellt.
Digitalwerk der AOK Baden-Württemberg	Ein Gespräch mit dem Digitalwerk der AOK Baden-Württemberg wurde geführt, um die Möglichkeit der Mitwirkung im Digitalwerk zu besprechen. Dabei wurden potenzielle Kooperationen und die Einbindung des Projekts in digitale Gesundheitsinitiativen erörtert.

Multiplikator	Aufgaben/Tätigkeiten
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	Ein Vertreter der EUTB Regensburg nahm an der *TePUS*-Veranstaltung am 21.09.2022 teil, um sich über die neuesten Entwicklungen und Kooperationen im Bereich digitale Teilhabe und Assistenzsysteme zu informieren und auszutauschen.
Europaregion Donau-Moldau (EDM)	Es gab mehrfachen Kontakt zur Projektvorstellung und Überlegungen zur Zusammenarbeit. Dabei wurde die Unterstützung durch die Bewerbung von *TePUS*-Tagungen auf der Homepage angeboten. Zudem trat EDM als Aussteller bei der *TePUS*-Tagung im Juli 2022 auf, um das Projekt und seine Ansätze einem breiteren Fachpublikum vorzustellen.
Forum MedTech GmbH	Das Projekt wurde vorgestellt; das Forum MedTech unterstützte *TePUS*, indem es mit einem Veranstaltungshinweis für die *TePUS*-Tagung im Juli 2022 warb.
Fachbereich Ergotherapie der Döpfer Schulen Regensburg	Das Projekt sowie die Telepräsenzroboter wurden im Rahmen von Lehreinheiten für Schüler*innen der Döpfer Schulen im Fachbereich Ergotherapie vorgestellt. Diese Vorstellung bot den Lernenden die Möglichkeit, sich mit innovativen Technologien im Gesundheitsbereich auseinanderzusetzen und deren Anwendung in der Praxis zu verstehen.
Gesundheitsregionen^{Plus}	Die Geschäftsführerin nahm aktiv an gemeinsamen Veranstaltungen teil, bspw. an der Aktionswoche »Zuhause daheim« in Tirschenreuth und Weiherhammer. Sie war auch bei gemeinsamen Aktionen im Donau-Einkaufszentrum am 27.07.22 sowie am 27.07.23 durch Vorträge und andere Beiträge präsent, wodurch sie das Projekt direkt mit den Teilnehmer*innen und der breiten Öffentlichkeit in Kontakt brachte.
Health Care Bayern e.V.	Der erste Kontakt erfolgte bereits im Sommer 2020 mit einer Vorstellung des Projekts. Seitdem wurde der Kontakt kontinuierlich aufrechterhalten, unter anderem durch die Bitte, die jeweilige Einladung zur *TePUS*-Tagung auf der Homepage zu veröffentlichen.
ILE Schwarzach-Regen	Im Juli 2021 fand ein virtuelles Treffen statt, bei dem die Projekte gegenseitig vorgestellt wurden. Im Anschluss daran nahm das Projekt auch an einer Veranstaltung des »Smarten Gesundheitsnetzwerks Schwarzach-Regen« am 28.10.2021 teil, um sich über digitale Gesundheitslösungen und Netzwerkmöglichkeiten auszutauschen
Kassenärztliche Vereinigung Bayern	Die Teilnahme an einem Arbeitskreis »Qualitätszirkel Innere Medizin« ermöglichte einen intensiven Austausch

Multiplikator	Aufgaben/Tätigkeiten
Internet und Digitalisierung Ostbayern (INDIGO)	Es wurde ein stetiger Kontakt gepflegt, um den Forschungsverlauf des Projekts vorzustellen und wichtige Informationen, wie zum Beispiel Hinweise auf *TePUS*-Veranstaltungen, auf der Homepage zu platzieren. Dieser regelmäßige Austausch trug dazu bei, das Projekt kontinuierlich bekannt zu machen und es in relevante Netzwerke einzubinden.
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG)	Die Teilnahme am Arbeitskreis »Digitale Kompetenzen« ermöglichte eine vertiefte Auseinandersetzung mit Themen der digitalen Bildung und Kompetenzerweiterung im Gesundheitswesen.
Modellregion Amberg-Weiden (Projekt 5G4Healthcare)	Im September 2020 fand bereits ein erstes Treffen statt, bei dem ein Austausch mit dem Projekt erfolgte.
PflegeCampus Regensburg	Das Projekt sowie die Telepräsenzroboter wurden im Rahmen einer Lehreinheit für Auszubildende im Bereich Pflege am 10.07.2023 vorgestellt. Die Veranstaltung bot den Auszubildenden die Möglichkeit sich mit innovativen Technologien im Gesundheitswesen vertraut zu machen und deren potenzielle Anwendung in der Pflegepraxis zu verstehen.
Pflegepraxiszentrum Nürnberg (PPZ)	Eine Vertreterin des Pflegepraxiszentrums (PPZ) nahm aktiv an der Tagung im Juli 2022 als Vortragende teil und trug damit zur inhaltlichen Gestaltung der Veranstaltung bei. Darüber hinaus war das PPZ auch an einem Tagungsband beteiligt.
PRaeRI – Präsenz Roboter für Industrie	Vernetzungstreffen mit dem vom BMBF geförderten Projekt »PRaeRI – Präsenz Roboter für Industrie«.
Selbsthilfegruppe Lebensfreunde	Die Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige nahm an der Informationsveranstaltung am 21.09.2022 an der OTH Regensburg teil. Diese Veranstaltung bot die Gelegenheit zum Austausch über wichtige Themen der Pflege und Unterstützung von Angehörigen, wobei insbesondere der dialogische Austausch und die Vernetzung im Mittelpunkt standen.
StrokeUnit UKR Regensburg	Das Projekt wurde vorgestellt und die Pflegedirektion zur Veranstaltung im Studierendenhaus am 21.09.2022 eingeladen. Die Veranstaltung bot die Gelegenheit, das Projekt vorzustellen, zu vernetzen und mögliche Kooperationsmöglichkeiten zu diskutieren.
Transfer und Innovation Ostbayern (TRIO)	Veröffentlichung mehrerer Artikel in den Zeitschriften TRIOlog und TRIOKOMM sowie Teilnahme an der TRIOKON (22.09.22).

Multiplikator	Aufgaben/Tätigkeiten
Wohnberatung Tirschenreuth und Regensburg	Im April 2020 wurde das Projekt telefonisch vorgestellt. Im Rahmen der Aktion »Zuhause Daheim« vom 06.05. bis 15.05.2022 fand eine weitere Vorstellung des Projekts statt, bei der die beiden Telepräsenzroboter in der Wohnberatung präsentiert wurden.
Verein zweitesLEBEN	Es fand eine gemeinsame Informationsveranstaltung an der OTH Regensburg statt, bei der das Projekt vorgestellt wurde. Ein Mitglied des Projekts hielt zudem einen Vortrag während der Abschlussveranstaltung. Der ständige Kontakt zum Verein und zum Helferkreis wurde gepflegt, um Unterstützung bei der Rekrutierung der Studienteilnehmenden zu sichern.
Zentrum Digitalisierung Bayern (ZD.B)	Der Kontakt zum Zentrum Digitalisierung Bayern (ZD.B) und Bayern Innovativ wurde aufgenommen, um einen Beitrag zur Rekrutierung zu veröffentlichen. In diesem Rahmen fand auch ein virtuelles Austauschtreffen statt, bei dem die weiteren Schritte zur Kooperation und zur Unterstützung bei der Rekrutierung besprochen wurden.
9xOfra – Selbstbestimmt Wohnen in Oberfranken	Die Beteiligung an der Eröffnungsveranstaltung der Wanderausstellung im Aktivzentrum der Stadt Regensburg im Jahr 2022 sowie die aktive Teilnahme an der Tagung im Juli 2022 durch einen Vertreter des Projekts, inklusive eines Beitrags für den Tagungsband, verdeutlichen das Engagement des Projekts in der öffentlichen und fachlichen Vernetzung.

Quellen: Alle Angaben stammen aus dem Projekt *TePUS*.

Es muss betont werden, dass nicht alle in der obigen Tabelle genannten Aktivitäten direkte Auswirkungen auf das Projekt hatten; vielmehr ging es zunächst darum *TePUS* sichtbar werden zu lassen, um einerseits die Rekrutierung[2] von Studienteilnehmenden zu unterstützen und andererseits auf die Herausforderungen aufmerksam zu machen, denen Menschen gegenüberstehen, die einen Schlaganfall erlitten haben. Im Sinne der Nachhaltigkeit eigener Forschungsaktivitäten stellen entsprechende Vernetzungsaktivitäten immer auch eine Investition für die Zukunft dar – der Aufbau von Projektkonsortien mit Partner*innen aus Forschung und Praxis stellt bei vielen öffentlich geförderten Projekten eine erhebliche Herausforderung dar, weil bspw. die Abgabefristen für Anträge oft so kurzfristig angesetzt sind, dass es in der verfügbaren Zeit ohne vorausgehende Kontakte kaum möglich ist, geeignete Partner*innen zu finden.

2 Auf die Herausforderungen, die mit der Gewinnung von Studienteilnehmer*innen verbunden sind, geht Greiner et al. (2024) ausführlich ein.

Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit des Projekts

Die Begriffe Anschlussfähigkeit sowie Transfer werden derzeit in verschiedenen Kontexten verwendet und häufig mit der Erwartung verknüpft, Synergien und Nachhaltigkeit zu schaffen. Dabei wird unter Transfer die Übertragung von bereits vorhandenem Wissen oder Innovationen auf andere Bereiche verstanden, um eine breitere Anwendung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird oft betont, dass es ineffizient sei, immer wieder bei null zu beginnen, wenn erprobte Lösungen bereits existieren. Insbesondere im Hochschulbereich wird der Begriff auch verwendet, um den Fluss wissenschaftlichen Wissens in die Praxis zu beschreiben. Es geht darum, Wissen in neue systemische Zusammenhänge zu übertragen (siehe die Beiträge in Schmidt/Schönheim 2021). Ein Projekt, das Nachhaltigkeit im Blick hat, zielt nicht nur auf kurzfristige Ergebnisse ab, sondern strebt danach, dauerhafte positive Effekte zu erzeugen – sei es im wissenschaftlichen, gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Bereich (Müller-Christ 2014).

Das Projekt *DeinHaus 4.0 Oberpfalz* hat sich bereits bei der Antragsstellung Nachhaltigkeits- und Transferziele als zentrale Aufgaben gesetzt. Im Folgenden wird beschrieben, wie diese Themen im Projekt konkret umgesetzt wurden.

Netzwerktätigkeiten nach der Projektlaufzeit

Auch nach Projektende fanden im ersten Halbjahr 2024 zahlreiche aktive Teilnahmen durch ehemalige Projektverantwortliche statt, die sich in Form von Vorträgen und Posterpräsentationen äußerten. Die Funktionsadresse info@deinhaus40.de wurde nach Projektende ebenfalls weitergeführt. Es gingen weiterhin einige Kooperationsanfragen sowie technische Fragen von interessierten Personen ein, die stets an die zuständigen Stellen weitergeleitet wurden. Auch nach Abschluss des Projekts findet somit ein reger Austausch statt. Zwei der vier *DeinHaus4.0*-Projekte endeten im vierten Quartal 2024; auch in diesem Zusammenhang wird deshalb angestrebt, dass Mitglieder des Projekts *TePUS* an den Abschlussveranstaltungen teilzunehmen, um die Ergebnisse und Nachhaltigkeitsüberlegungen der Projekte zu erfassen und gegebenenfalls gemeinsame Überlegungen zu weiteren Forschungsaktivitäten auszubauen. Nach Projektende von *TePUS* wurde weiterhin an den regelmäßigen Austausch- und Öffentlichkeitsarbeitstreffen der zu diesem Zeitpunkt noch laufenden *DeinHaus 4.0*-Projekte teilgenommen. Dabei wurden wertvolle Erfahrungen, wie bspw. Empfehlungen für einen gelungenen Projektabschluss und notwendige Nacharbeiten, geteilt. Diese Treffen ermöglichten es, die Projektergebnisse nachhaltig zu verbreiten und die Zusammenarbeit mit den Partner*innen auch über die eigentliche Projektlaufzeit hinaus zu stärken und fortzuführen.

Es ist klar, dass mit diesen Aktivitäten ein Aufwand verbunden ist, der mit eigenen Ressourcen bestritten werden muss, da hierfür keine Förderung mehr gewährt wurde. Allerdings gehört es zum Wandel der Pflegekultur auch dazu, dass Forschungs- und Entwicklungsprojekte (F&E) im Bereich der Pflege nicht so angelegt sein dürfen, dass nach deren Förderende abrupt alle Aktivitäten zum Halten kommen. Dies ist in der Vergangenheit viel zu oft passiert; wissenschaftlich, volkswirtschaftlich und in Bezug auf den notwendigen Wandel in der Pflege ist ein solches Verhalten aber kurzsichtig und gerade nicht nachhaltig.

Veröffentlichung der Ergebnisse

Alle Ergebnisse und Erkenntnisse des Projekts *DeinHaus 4.0 Oberpfalz* wurden in Gestalt regelmäßiger Arbeitsberichte der Allgemeinheit möglichst rasch zur Verfügung gestellt. Zwar sind diese Arbeitsberichte nicht durch ein formales Review gegangen, aber sie erlaub(t)en es allen Interessierten, Ergebnisse des Projekts zeitnah zur Kenntnis zu nehmen. Um eine möglichst hohe Reichweite und Sichtbarkeit zu erzielen, wurden die Arbeitsberichte sowohl auf der Projekt-Webseite als auch über die Plattform ResearchGate verbreitet. Die Zugriffszahlen über diese Plattform sind in vielen Fällen durchaus bemerkenswert, so dass es sinnvoll erscheint, solche Verbreitungswege grundsätzlich zu empfehlen. Unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten – insbesondere in Hinsicht auf eine barrierearme Zugänglichkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse – sollten F&E-Aktivitäten aus der Pflege stets anstreben, eigene Erkenntnisse möglichst offen zu kommunizieren.

Wissenschaftliche Publikationen wurden, wo immer möglich, dem Open-Access-Gedanken folgend veröffentlicht. Dies umfasste sowohl Aufsätze in wissenschaftlichen Fachzeitschriften als auch die drei Sammelbände des Projekts, die in Zusammenarbeit mit dem Verlag transcript veröffentlicht wurden. Mit dieser Veröffentlichungsstrategie wurde sichergestellt, dass die Ergebnisse aus dem Projekt *DeinHaus4.0* in anderen Regionen Bayerns und darüber hinaus verwendet werden können. Nach Abschluss des Projekts wurde zudem die Webseite www.deinhaus40.de/start so umstrukturiert, dass interessierte Personen alle Arbeitsberichte, Publikationen sowie Informationsmaterialien auf einer Onepager-Seite leicht finden und einsehen können. Im Anschluss an das Projektende kümmerte sich eine wissenschaftliche Mitarbeiterin ein Jahr lang um die Weiterverwendung sowie die Verbreitung der Projektergebnisse. Diese Tätigkeit trug dazu bei, dass die gewonnenen Erkenntnisse nachhaltig genutzt und in relevanten Netzwerken weiterverbreitet wurden. So konnte sichergestellt werden, dass die Projektergebnisse auch nach dem offiziellen Abschluss einen praktischen Nutzen entfalten und den Wissensaustausch langfristig fördern.

Aktivitäten nach Projektabschluss

Auch nach Projektabschluss wurde weiterhin an relevanten Veranstaltungen teilgenommen, um die Projektergebnisse vorzustellen und den fachlichen Austausch zu fördern. Eine Übersicht der besuchten Veranstaltungen bis Mitte 2024 finden sich in der untenstehenden Tabelle.

Tabelle 2: Vorträge und Poster in TePUS

Datum	**Veranstaltung/Vortragstitel**	**Organisation, Ort der Veranstaltung**	**Form der Teilnahme**
11.01.2024	EDM-Tagung	TH Deggendorf, Cham	Aktive Teilnahme
01.03.2024	Round-Table Alterstraumatologie	Caritas-Krankenhaus-St. Josef, Regensburg	Aktive Teilnahme
14.03.2024	Aufklärung, Risiko, Datennutzung: Ergebnisse einer MEESTAR-Befragung zu Telepräsenzrobotern	Digital Health & Care, Fürth	Vortrag
14.03.2024	Telepräsenzroboter zur Unterstützung von Pflege und Therapie. Eine qualitative Interviewstudie zur Nutzung und Ablehnung	Digital Health & Care, Fürth	Posterbeitrag
14.03.2024	Nutzung und Ablehnung von Telepräsenzrobotern. Ergebnisse einer Interviewstudie im Rahmen von *DeinHaus 4.0 Oberpfalz — Te*PUS	Digital Health & Care, Fürth	Posterbeitrag
23.03.2024	Roboter und digitale Assistenzsysteme in der Pflege aus Sicht der Stakeholder*innen: Erwartungen, Befürchtungen, ethische Fragen	Symposium der Johanniter, Niederweisel	Vortrag
19.04.2024	Telepräsenzroboter zur Unterstützung von Pflege und Therapie. Eine qualitative Interviewstudie zur Nutzung und Ablehnung	Nacht.Schafft. Wissen, Regensburg	Posterbeitrag

Quellen: Alle Angaben stammen aus dem Projekt *TePUS*.

Erstellung von Lehrmaterialien

Im Rahmen der Projektlaufzeit wurden sogenannte »How-to«-Dokumente erstellt und der Öffentlichkeit frei zugänglich gemacht. Unter anderem entstanden hierbei ein Leitfaden zur Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung für Feldversuche sowie ein How-to-Dokument zu den Bausteinen eines Ethikantrags. Diese Dokumente sollen als Orientierungshilfe und Leitfaden für zukünftige Projekte mit ähnlichen Zielsetzungen dienen.

Zudem wurden Lehrmaterialien in Form von Foliensätzen entwickelt, die sowohl einzelne Arbeitspakete der Projektarbeit als auch die erzielten Ergebnisse detailliert erläutern. Diese Materialien sind für den Einsatz in der Hochschullehre konzipiert und sollen zur didaktischen Vermittlung der im Projekt gewonnenen Erkenntnisse beitragen.

Weitere Verwendung der Technik

Die Telepräsenzroboter und sonstigen Geräte, die im Rahmen des Projekts erworben wurden, wurden und werden nach Ablauf des Projekts weiter genutzt. Da alle Ergebnisse des Projekts der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt wurden, können andere (bayerische) Hochschulen und Universitäten ebenso wie Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen darauf zugreifen und sie in eigene Angebote integrieren.

Die OTH Regensburg hat in den letzten Jahren umfangreiche Kompetenzen im Gesundheitsbereich aufgebaut. Dies spiegelt sich sowohl in den Professuren mit gesundheitsbezogenem Schwerpunkt als auch in den Drittmittelprojekten wider. Im Rahmen dieser Expertise wurde die Idee entwickelt, ein »Schaufenster in die Pflegetechnik« aufzubauen, um Studierenden, der Öffentlichkeit und Fachleuten die Möglichkeit zu bieten, technologische Lösungen in der Pflege und Gesundheitsversorgung kennenzulernen und praktisch zu erfahren. Zudem sollte der Standort Prüfening der OTH Regensburg zu einem Gesundheitscampus mit Lehr-, Forschungs- und Weiterbildungsangeboten ausgebaut werden. Dieses »Schaufenster in die Pflegetechnik« konnte aufgrund begrenzter personeller und finanzieller Kapazitäten (bislang) allerdings nicht umgesetzt werden.

Jedoch wurden bereits Telepräsenzroboter Anfang 2024 an das Projekt *DeinHaus 4.0 Niederbayern* für wissenschaftliche und öffentlichkeitswirksame Zwecke ausgeliehen. Ebenso wurden die Telepräsenzroboter OTH-internen Einrichtungen zur weiteren Verwendung angeboten. Nach Projektschluss wurden Geräte bspw. an das Building Lab bzw. an das Startup Lab der OTH Regensburg weitergegeben. Ziel der verantwortlichen Personen ist es, den Studierenden Zugang zu Robotern zu geben und Gruppenarbeiten bzw. Abschlussarbeiten in Bezug auf Verwendung von Robotern anzubieten. Die Telepräsenzroboter wurden bei der Veranstaltung

Nacht.Schafft.Wissen im Zuge der Ausstellung »Leben mit Robotern« gemeinsam mit der Fakultät Architektur integriert. So wurde der Telepräsenzroboter der Firma Medisana beispielsweise dafür genutzt, interessierte Besucher*innen zum Ausstellungsraum zu begleiten und über die Möglichkeiten im »Home Care«-Bereich zu informieren. Bei einer weiteren Veranstaltung im Zuge der Inklusionswochen wurde nach einer Filmvorstellung gemeinsam mit dem Seniorenamt Regensburg Roboterlösungen vorgestellt.

Da das Projekt *DeinHaus4.0* ausdrücklich darauf ausgelegt war, intensiv mit den Projekten in anderen Regierungsbezirken Oberbayern, Niederbayern und Unterfranken zusammenzuarbeiten, wurde dadurch zusätzlich zur wissenschaftlichen wie praktischen Seite der Projektnachhaltigkeit beigetragen. Insbesondere die beschriebenen Vernetzungsaktivitäten werden über die Projektlaufzeit hinaus von den Projektbeteiligten im Rahmen ihrer Tätigkeit am RCHST weitergeführt. Damit ist der kontinuierliche Wissensaustausch zwischen Hochschule und Praxis langfristig und nachhaltig gesichert.

Schluss

Bereits während der Projektlaufzeit wurde großer Wert auf Nachhaltigkeit gelegt, um sicherzustellen, dass die gewonnenen Erkenntnisse langfristig genutzt und weiterentwickelt werden können. Dies ermöglichte es, dass die Projektergebnisse auch nach Abschluss ihre Relevanz behalten und in unterschiedlichen Kontexten Anwendung finden können. Dabei wurde besonders darauf geachtet, die wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu berücksichtigen, um eine ganzheitliche und nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Die Berücksichtigung von Anschlussfähigkeit war ebenfalls ein zentraler Aspekt. Sie stellt sicher, dass die Ergebnisse flexibel in andere Disziplinen, Forschungsprojekte oder praxisnahe Anwendungen übertragen werden können. Die Kombination aus Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit bildet somit die Basis für eine erfolgreiche und zukunftsorientierte Projektarbeit. In der untenstehenden Tabelle sind die Veranstaltungen aufgelistet, an denen nach dem Projektabschluss teilgenommen wurde, um die Projektergebnisse weiter zu verbreiten und den Wissensaustausch zu fördern.

Eine Kultur der Kommunikation und Offenheit als Teil einer Pflegekultur zielt darauf ab, möglichst alle Stakeholder*innen zumindest zu informieren, im besten Fall aber in die jeweilige Aktivität einzubeziehen. Insbesondere haben alle, die bspw. an der Entwicklung neuer Technologien für Gesundheit und Pflege arbeiten, eine Bringschuld in Hinblick auf verständliche Informationen über solche Entwicklungen.

Danksagung

Wir möchten uns herzlich beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention für die Möglichkeit bedanken, Teil der Förderlinie gewesen sein zu dürfen sowie bei allen Mitgliedern des Projektteams *DeinHaus 4.0 Oberpfalz*, die über mehr als vier Jahre stets ihr Bestes geleistet haben, um das Projekt zu einem hervorragenden Abschluss zu bringen.

Literatur

Abegglen, Christian/Bleicher, Knut (2021): »Das Konzept Integriertes Management. Visionen – Missionen – Programme«. Frankfurt, New York: Campus.

Bahr, Gudrun/Eberwein, Rebecka/Weber, Karsten (2022): »Wissenschaftskommunikation in TePUS. Oder: Wie macht man ein Projekt sichtbar? Über ein weitgehend unterschätztes und unbeachtetes Problem der (angewandten) Forschung«, in: Karsten Weber/Sonja Haug/Norina Lauer/Christa Mohr/Annette Meussling-Sentpali/Andrea Pfingsten/Georgios Raptis/Gudrun Bahr (Hg.), Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie. Herausforderungen, Lösungen, Anwendungen und Forschungsperspektiven. Bielefeld: transcript, S. 287–316.

Böhlich, Susanne (Hg.) (2021): »Projektmanagement im Gesundheitswesen«. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Stargardt, Tom (Hg.) (2022): »Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis«. Berlin, Heidelberg: Springer.

Gmür, Markus/Thommen, Jean-Paul (2011): »Human Resource Management. Strategien und Instrumente für Führungskräfte und das Personalmanagement in 13 Bausteinen«. Zürich: Versus.

Greiner, Nina/Currle, Edda/Bahr, Gudrun/Weber, Karsten (2024): »Die Rekrutierung von Proband*innen im Projekt DeinHaus 4.0 Oberpfalz – Prozess, Herausforderungen und Bewertung«, in: Karsten Weber/Sonja Haug/Norina Lauer/Christa Mohr/Andrea Pfingsten/Georgios Raptis/Gudrun Bahr (Hg.), Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie III. Nutzung, Akzeptanz, Wirkung und Lebensqualität. Bielefeld: transcript, S. 29–62.

Müller-Christ, Georg (2014): »Nachhaltiges Management. Einführung in Ressourcenorientierung und widersprüchliche Managementrationalitäten«. Baden-Baden: Nomos.

Remmy, Fenja/Mollenhauer, Judith/Kurscheid, Clarissa (2018): »Management im Gesundheitswesen«, in: Robin Haring (Hg.), Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1–12.

Schmidt, Uwe/Schönheim, Katharina (Hg.) (2021): »Transfer von Innovation und Wissen«. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Autor*innen

Dr. rer. medic. Jalal Alnatour, M.Sc. ist assoziierter Forscher am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften und -technologie in Hall in Tirol, Österreich. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, insbesondere in der Ethno-Gerontologie und der Versorgungsforschung. Der inhaltliche Fokus umfasst kulturspezifisches Altern, Altersbilder im Islam sowie migrationsbezogene Fragestellungen in der stationären Langzeitpflege.

Prof. Dr. sc. hum. Hanna Brandt, M.Sc. ist seit 2010 Physiotherapeutin, hat 2013 ihr B.Sc. in Physiotherapie an der HAWK in Hildesheim absolviert, 2013 bis 2015 Public Heath an der MHH Hannover studiert. Sie hat als Physiotherapeutin bei Ottobock gearbeitet, 2024 in Humanwissenschaften an der Universität Regensburg promoviert und hatte eine Verwaltungsprofessur in Physiotherapie an der HAWK Göttingen. Seit 2024 ist sie Professorin für physiotherapeutische (Differential-)Diagnose an der Technischen Hochschule Rosenheim. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die digitalisierte und technisierte Gesundheitsversorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Prävention und Gesundheitsförderung.

Prof. Dr. Christine Fiedler ist seit 2014 Professorin (80 %) für Pflegewissenschaft an der Wilhelm Löhe Hochschule (WLH) Fürth. Diese Hochschule ist seit 2024 in die SRH-University of Applied Sciences Heidelberg fusioniert. Seit 1992 ist sie Mitarbeiterin in der Pflegedirektion am Uniklinikum Erlangen (20 %). Von 2003 bis 2023 war sie inhaltlich sowie konzeptionell in der Entwicklung und Implementierung für die digitale Pflegedokumentation am Universitätsklinikum tätig.

Dr. rer. medic. Annabell Gangnus ist Mitarbeiterin im Team Tagesklinik des Immanuel Krankenhaus Berlin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im TPG-Teilprojekt Care:ecoHub. Studium der Erziehungs- und Bildungswissenschaft in Braunschweig und Berlin. Promotion in Medizinwissenschaft an der Charité-Universitätsmedizin in Berlin. Forschungsschwerpunkte u.a. Soziale Auswirkungen der Co-

rona-Pandemie für die langzeitstationäre Versorgung und Strukturentwicklungen der langzeitstationären Versorgung.

PD Dr. Dr. Maria Heckel leitet die Forschungsstelle der Palliativmedizinischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen. Als Diplom-Sozialpädagogin (FH) arbeitete sie zunächst bei einer Angehörigenberatungsstelle, in einem Alten- und Pflegeheim und in einer orthopädischen Klinik und begann 2011 ihre Tätigkeit im Palliativmedizinischen Dienst des Universitätsklinikums Erlangen. 2012 promovierte sie in der Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Gerontologie zum Dr. phil. und ist seitdem in Wissenschaft und Forschung aktiv. Sie wurde an der medizinischen Fakultät zum Dr. rer. biol. hum. promoviert und habilitierte sich 2022. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Qualität der Versorgung in den letzten Lebenstagen, die Situation versorgender An- und Zugehöriger, partizipative Forschungsansätze in der Palliativforschung sowie soziale Implikationen innovativer digitaler und sensorbasierter Technologien in der Palliativversorgung. Maria Heckel ist eine der Sprecherinnen der AG Forschung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Soziale Implikationen digitaler Technologien in der Palliativversorgung behandeln beispielsweise die Forschungsprojekte EmpkinS (SFB 1483 – Project-ID 442419336), PALLADiUM (Bayerisches Forschungsinstitut für Digitale Transformation (bidt)) und TEAM-X (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK): 68GX21004E), an denen sie mitwirkte.

Dr. rer. medic. Christian Heidl ist seit 2003 Gesundheits- und Krankenpfleger und hat 2008 sein Pflegemanagement-Studium an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg erfolgreich beendet. Von 2008 bis 2010 hat er das Masterstudium in Gesundheits- und Pflegewissenschaft am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg absolviert und im Jahre 2017 bei Prof. Dr. Johann Behrens und Prof. Dr. Patrick Jahn promoviert. Weiterführend schließen sich Auslandsaufenthalte am Universitätsspital Zürich und an der Oxford University an. Seit 2023 ist er assoziierter Forscher an der UMIT Hall in Tirol – Private Universität für Gesundheitswissenschaften und -technologie am Institut für Pflegewissenschaft. Als Wissenschaftlicher Mitarbeiter war er lange Jahre am Forschungsinstitut IDC der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth tätig. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie der Gerontologie und Versorgungsforschung. Hierbei liegt sein Fokus auf Themenbereichen wie Digital Health, Innovationen in der Pflege, ethischen Aspekten sowie der Kulturentwicklung in der ambulanten und stationären Gesundheits- und Pflegeversorgung

Dr. phil. Sebastian Hofstetter ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG-Versorgungsforschung – Pflege im Krankenhaus (Lehrstuhl Prof. Dr. Patrick Jahn) der

Universitätsmedizin Halle (Saale). Ausbildung zum Krankenpfleger und Studium der Japanologie, Rechtswissenschaft und Gesundheits- und Pflegewissenschaft an den Universitäten Frankfurt a.M., Halle (Saale) und Meiji (Tōkyō). 2013–2014 Promotionsstipendiat am Deutschen Institut für Japanstudien (DIJ Tōkyō). Forschungsschwerpunkte u.a. Digitale Transformation der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Japan, technologiebezogene Machbarkeits- und Anwendungsforschung, Technikbildung sowie japanbezogene Sozial-, Pflege- und Wohlfahrtsstaatsforschung mit Schwerpunkt auf das 20. und 21. Jahrhundert.

Prof. Dr. Patrick Jahn ist Leiter der AG-Versorgungsforschung – Pflege im Krankenhaus sowie Projektleiter der TDG und TPG-Verbundprojekte für digitalisierte Gesundheitsversorgung. Ausbildung zum Krankenpfleger in Nürnberg und Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle und Toronto (Kanada). Ebenfalls in Halle erfolgte die Promotion im Fach Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Nach langjähriger pflegewissenschaftlicher Tätigkeit als Leiter der Stabstelle Pflegeforschung an der Universitätsmedizin Halle (Saale) erfolgte der Ruf auf die Professur für klinische Pflegeforschung (W2) an die Universität Tübingen. Seit 2020 Professor für klinische Pflegeforschung – Pflege im Krankenhaus (W3) an der Universitätsmedizin Halle (Saale).

Miriam Kappe, M.A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut DigiHealth der Hochschule Neu-Ulm. Sie verfügt über einen Hintergrund in Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt »Personal und Organisation« sowie einem Masterschwerpunkt im Bereich »Innovation and New Business«. Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich der Arbeitsforschung, insbesondere der partizipativen, digitalen Prozessentwicklung.

Uta Kirchner-Heklau, M.Sc. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) und der AG-Versorgungsforschung – Pflege im Krankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Nach einer Ausbildung zur Ergotherapeutin folge das Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Seit April 2023 betreut sie die Projekte »Digitale-Residenz-Praxis (DRP)« und die »Entwicklung einer Apotheken-Drohnen-App (ADApp)«. Ihre Forschungsinteressen umfassen Möglichkeiten und Gelingensbedingungen für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Marlene Klemm, Dipl. Sozialwirtin ist seit 2018 Leiterin des Pflegepraxiszentrum Nürnberg. Nach einem sozialen Jahr in einer Behinderteneinrichtung absolvierte sie ein Studium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, an der Universidad Belgrano, Buenos Aires, Argentinien sowie an der Universidad de Extremadura, Cáceres, Spanien mit dem Abschluss Dipl. Sozialwirtin. Nach

ihrem Studium arbeitete sie zunächst im Bereich Customer Retention bei O_2 und im Bereich Human Resources bei adidas. Anschließend war sie beim Forum MedTech Pharma e.V. und der Bayern Innovativ GmbH u.a. als Projektmanagerin für die Themenfelder »neurodegenerative Erkrankungen« und »Pflegeinnovationen« zuständig. Ihr Forschungsinteresse liegt insbesondere auf der Mensch-Technik-Interaktion sowie der Verknüpfung von Praxis, Forschung und Wirtschaft.

Bernhard Kraft, M.A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG Versorgungsforschung – Pflege im Krankenhaus & des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universitätsmedizin Halle (Saale). Studium der Philosophie und Wirtschaftswissenschaften an den Universitäten Leipzig und Dresden. Forschungsschwerpunkte u.a. Digitale und ethische Kompetenzen von Gesundheitsfachberufen und ethische Aspekte von digitalen Assistenzsystemen.

Prof. Dr. Melanie Misamer ist seit 2021 Professorin für Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung. Forschungsschwerpunkte Prof. Misamers sind Machtsensibilität und (ethische) Prinzipien, konstruktive und destruktive Machtanwendung (in verschiedenen Kontexten, z.B. Soziale Arbeit, Kindheitspädagogik, Notfallmedizin oder Schule) sowie Gesundheit und Macht (z.B. als vorhandene oder verminderte Möglichkeit zur Nutzung von Gesundheitsressourcen). Hierzu hat sie neben einem Lehrbuch (ein weiteres ist in Arbeit) zahlreiche Publikationen vorgelegt. Lehrgebiete sind verschiedene möglichst evidenzbasierte Methoden und Konzepte, hier insbesondere das Handlungskonzept der Machtsensibilität und Psychologie. Aktuelle Forschungsprojekte befassen sich u.a. mit der Entwicklung einer Skala und eines Screenings zur Messung von Machtsensibilität bei Sozialarbeitenden und Studierenden Sozialer Arbeit. Sie ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG).

Vanessa Mücke, B.Sc. ist Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung (IST) der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg. Sie hat an der OTH Regensburg ein Bachelorstudium in Biomedical Engineering (B.Sc.) abgeschlossen. Zuvor absolvierte sie eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und war mehrere Jahre in diesem Beruf tätig. In ihrer wissenschaftlichen Arbeit befasst sie sich mit Gesundheit und Mobilität sowie mit den Einsatzmöglichkeiten neuer Technologien in diesen Bereichen.

Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Müller, M.Sc. ist Leiter des Instituts für Pflegewissenschaft und Vorstand des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT TIROL. Außerdem hält er eine Gastprofessur für Pflegewissenschaft am Department of Gerontology, Faculty of Health Sciences, an der Akdeniz University

(Türkei). Darüber hinaus ist er Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck. Seine berufliche Laufbahn begann er als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, gefolgt von mehreren Jahren praktischer Tätigkeit in der Akutpflege. Anschließend war er als Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege an einer Pflegeschule des Kaiserin-Elisabeth-Spitals der Stadt Wien und als Lehr- und Forschungspersonal am FH-Campus Wien tätig. Er absolvierte das Magisterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Seine wissenschaftliche Karriere setzte er mit einem Doktoratsstudium der Pflegewissenschaft an der UMIT TIROL fort. Weiteres hat er seine Habilitation (Venia docendi) im Fachbereich Pflegewissenschaft abgeschlossen. In seiner wissenschaftlichen Arbeit konzentriert sich Univ.-Prof. Müller auf die Entwicklung sowie Bewertung von standardisierten Erhebungsinstrumenten und anderen Methoden pflegerischen Assessments und auf die Überprüfung auf Effizienz und Effektivität von Interventionen.

Prof. Dr. Elmar Nass hat den Lehrstuhl Christliche Sozialwissenschaften und gesellschaftlicher Dialog an der Kölner Hochschule für Katholische Theologie und ist Prorektor der Hochschule. Er ist Bankkaufmann, katholischer Priester, promovierte zur Wirtschaftsethik in Trier (Dr. theol.) sowie zur Sozialökonomie in Bochum (Dr. soc.) und habilitierte sich in Christlicher Wirtschafts- und Sozialethik an der RWTH Aachen. Er war externer wissenschaftlicher Sachverständiger zur Erstellung des Grundsatzprogramms der CDU, ist kirchlicher Assistent der Päpstlichen Stiftung Centesimus Annus Pro Pontifice, stellvertretender Vorsitzender der Joseph Höfner Gesellschaft für christliche Sozialethik sowie wissenschaftlicher Berater in zahlreichen Gremien. Seit seiner Zeit als Professor für Wirtschafts- und Sozialethik an der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth (2013–2020) lehrte und forschte er vor allem in den Bereichen Medizin- und Pflegeethik. Daneben gilt er inzwischen als führender Sozialethiker in der modernen Chinaforschung. Weitere Forschungsschwerpunkte sind: Wirtschafts-, Ordnungs-, Führungs- und Technikethik (KI etc.) sowie Gerechtigkeitsfragen, Soziale Marktwirtschaft und christliche Ethik im Dialog mit der Gesellschaft.

Gabriele Obser ist Diplom-Psychologin mit über 30 Jahren Erfahrung im Gesundheitswesen. Ihre beruflichen Einsatzgebiete umfassen Angehörigenberatung mit Schwerpunkt auf demenziellen Krankheitsbildern, Geriatrische Rehabilitation, Lehrkraft und Trainerin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Projektmanagement im Themenspektrum der Unternehmensentwicklung und Kommunikation, Personalentwicklung und Ausbildung, Pflegecontrolling und Innovation. Derzeit bietet sie freiberuflich neben Coaching und Supervision, Vorträge, Fortbildungen und Workshops zu fachlichen und strategischen Themenfeldern der Langzeitpflege.

Natalie Öhl, M.A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Palliativmedizinischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen. Sie studierte Sozialwirtschaft (B.A.) und Wirtschaftswissenschaften im Sozial- und Gesundheitswesen (M.A.) und arbeitete in einer öffentlichen Verwaltung im Bereich der Sozialhilfe. Ihre Forschung konzentriert sich auf die sozialen Auswirkungen von Gesundheitstechnologien und Innovationen in der Versorgung vulnerabler Gruppen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf partizipativen Ansätzen, insbesondere der Einbindung von Betroffenen und der Öffentlichkeit in die Entwicklung neuer Technologien.

Tanja Pollak, M.A. ist examinierte Altenpflegerin und schloss ihre Ausbildung im Jahr 2013 ab. Im Anschluss war sie im ambulanten Versorgungssetting tätig. Berufsbegleitend absolvierte sie ihren Bachelorstudiengang in angewandter Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Seit September 2019 arbeitet sie als Projektmanagerin im Pflegepraxiszentrum Nürnberg des Nürnberg-Stift. In dieser Funktion begleitet sie die Implementierung neuer Technologien im Pflegealltag – mit einem besonderen Fokus auf die Einführung und Umsetzung der Telematikinfrastruktur im stationären und ambulanten Pflegesetting. 2023 begann Tanja Pollak ein berufsbegleitendes Fernstudium im Studiengang »Master of Health Business Administration« an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, das sie 2025 erfolgreich abschloss. Ihre Masterarbeit verfasste sie im Juli 2025 zum Thema Telematikinfrastruktur im Pflegesektor mit dem Schwerpunkt des Wandels in der Organisationsstruktur, Pflegekultur und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Anita Rampp, B.A. ist seit ihrem Studium als Pflegepädagogin an der Berufsfachschule für Pflege in Krumbach tätig. Ihre Grundausbildung absolvierte sie in der Altenpflege und arbeitete während ihres berufsbegleitenden Studiums in einem Pflegeheim. Im Rahmen ihres Studiums an der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth von 2018 bis 2022 wirkte sie an Publikationen des dortigen Ethikinstitutes mit. Sie ist Mitglied des interdisziplinären wie internationalen Wertesalons für junge Akademiker, der vom Lehrstuhl Christliche Sozialwissenschaften der Kölner Hochschule für katholische Theologie geleitet wird. Dort ist sie für pflegeethische Themen verantwortlich. Den Auszubildenden eine von humanistischen und christlichen Werten geprägte Grundhaltung im Pflegeberuf zu vermitteln, sieht sie – neben dem Lehren vorgegebener Curricula – als ihre zentrale Aufgabe als Pflegepädagogin.

Dr. phil. David Rester ist promovierter Pflegewissenschaftler mit dem Schwerpunkt Gerontologie und seit 20218 als Projektentwickler bei der Lars und Christian Engel (LUCE) Stiftung tätig. Zuvor arbeitete er als Krankenpfleger (1997–2007) und vertrat eine Professur für Management im Gesundheits- und Pflegesystem (2012–2018, WH Zwickau). Er ist Hochschullehrer für Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe,

assoziierter Universitätsforscher und Dozent im multidisziplinären Promotionsprogramm an der UMIT in Hall in Tirol (seit 2012), Lehrbeauftragter im primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Pflege an der TH Deggendorf (seit 2019) sowie fakultativ als Gastdozent an weiteren Hochschulen. Ebenfalls fakultativ wirkt Dr. Rester als Gutachter für hochschliche Akkreditierungsverfahren und staatliche Forschungsförderprogramme sowie in Peer-Review-Verfahren für Fachzeitschriften mit und ist Jury-Mitglied beim kbo-Innovationspreis Mental Health und Sozialpsychiatrie (seit 2014).

Anna Rothenhäusler, M.A. war bis März 2025 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut DigiHealth der Hochschule Neu-Ulm tätig. Sie arbeitete im Projekt CARE REGIO, ein vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention gefördertes Verbundprojekt. Sie hat einen Bachelor in Betriebswirtschaft mit Schwerpunkt Marketing und Personal, sowie einen Master in Erwachsenenpädagogik. Ihr Forschungsinteresse liegt im Bereich des Lehrens und Lernens der Zukunft.

Dr. rer. pol. Karsten Schwarz. Studium der Wirtschaftsinformatik mit anschließender Promotion zum Thema datengetriebene Systeme auf Basis klinischer Pfade zur Entscheidungsunterstützung für Ressourcenplanung in Krankenhäusern: Prozess-Mining, Optimierung und Simulation. Wissenschaftlicher Mitarbeit am Institut für Wirtschaftsinformatik und Operations-Research sowie dem FORMAT-Projekt am Dorothea-Erxleben-Lernzentrum (MLU). Aktuell ist Schwarz Koordinator der WIR!-Verbundprojekte Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) sowie Innovationsregion für digitale Transformation der Pflege und Gesundheitsversorgung (TPG) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Prof. Dr. Yvonne Sedelmaier studierte in Bamberg Diplom-Pädagogik mit Schwerpunkt Andragogik und promovierte im Fach Pädagogik zu einer Hochschul-Fachdidaktik für Software-Engineering. Seit 2021 ist sie Professorin für Berufspädagogik an der SRH Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kompetenzforschung (Analyse, -adressierung und -bewertung), Bildung und Didaktik, zu denen mehr als 70 Publikationen entstanden, die z.T. in 8 Sprachen übersetzt wurden. Kernthemen sind die Kompetenzanalyse (SWEBOS), die Kompetenzbewertung (SECAT), sowie die Adressierung von Kompetenzen in der beruflichen Bildung. Im mehreren vom BMBF geförderten Projekten mit einem Gesamtbudget von ca. 17 Mio. Euro übernahm Yvonne Sedelmaier an der Hochschule Coburg die wissenschaftliche pädagogische Leitung der Teilprojekte.

Univ.-Prof. Dr. Bernd Seeberger ist Seniorprofessor am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT-Universität in Hall in Tirol. Er war langjähriger Leiter des Instituts für Gerontologie und demografische Entwicklung

und Speaker of the International Gerontology Symposium. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt mittlerweile in der Kulturgerontologie, Altern in und unter kulturellen Bedingungen. Im internationalen Bereich unterstützt er die Türkei beim Aufbau von gerontologisch-orientierten Studiengängen und hat eine Gastprofessur an der Akdeniz-Universitesi in Antalya/Türkei.

Nadine Seifert, M.Sc. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut DigiHealth der Hochschule Neu-Ulm und war im Projekt CARE REGIO, ein vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention gefördertes Verbundprojekt, tätig. Nach Ihrer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin studierte sie Pflegepädagogik (B.A.) und angewandte Versorgungsforschung (M.Sc.) und promoviert über ein digitales Tool zur Steigerung der Versorgungsqualität in einem Schlaganfallnetzwerk. Ihr besonderes Interesse gilt der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege, der Versorgungsforschung sowie dem Einsatz digitaler Systeme in der Pflege.

Dr. Ines Simbrig, Dipl.-Psych. promovierte an der Universität Duisburg-Essen zum Thema Nutzung von altersgerechten Assistenztechnologien durch ältere Personen und die Rolle, die Selbstwahrnehmungen über das Altern in diesem Zusammenhang spielen. Seit 2015 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Italien (Eurac Research) und Österreich (UMIT TIROL, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie) in den Bereichen Technologieevaluierung und Nutzertests mit älteren Menschen, Technikakzeptanz, Lebensqualität, Entwicklung der Lebensspanne und subjektives Altern.

Prof. Dr. phil. Philipp Stang ist Studiengangsleiter des psychologisch-ausgerichteten Masterstudiengangs Sexualwissenschaft (M.Sc.), klinischer Psychologe (BDP), Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Sexualtherapeut (DGfS) in eigener Lehrpraxis und Leiter des Instituts für Psychotherapie & Sexualtherapie (IPS) in Zirndorf. Außerdem ist er assoziierter Universitätsforscher an der UMIT Tirol. Philipp Stang hat u.a. Psychologie, Pädagogik, Deutsche Philologie und Sprechwissenschaft in Regensburg, Frankfurt a.M. und Magdeburg studiert, danach in Freiburg i.B. in Psychologie promoviert. Seine psychotherapeutischen Ausbildungen sind verhaltenstherapeutisch, systemisch, tiefenpsychologisch-fundiert und psychoanalytisch ausgerichtet. In seinen wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt sich Prof. Stang vor allem mit der Psychotherapieforschung und der sexualwissenschaftlichen Forschung unter der Vielfältigkeitsannahme in der Lebensspannenperspektive.

Eric Steigmeier, M.A. arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen und

promoviert aktuell im Bereich assistive Technologien in der Pflege. Er ist Gesundheits- und Krankenpfleger und verfügt über umfassende Erfahrung in der direkten Patient*innenversorgung in unterschiedlichen Uniklinika und dem ambulanten Versorgungssektor, sowie als Leitung in der Akutversorgung. Weiterhin engagierte er sich in unterschiedlichen Projekten im Bereich der Patient*innenversorgung, Pflege- und Gesundheitsmanagement, sowie in Drittmittelprojekten und arbeitet aktuell in dem EU-geförderten Projekt »MSD-CARE«.

Prof. Dr. med. Walter Swoboda ist Leiter des Instituts DigiHealth und Forschungsprofessor der Fakultät Gesundheitsmanagement an der Hochschule Neu-Ulm (HNU). Seine Interessen liegen in der Digitalisierung von Medizin und Pflege, eHealth, der Versorgungsforschung und dem medizinischen Informationsmanagement. Er ist einer der Leiter der gemeinsamen Ethikkommission der Hochschulen Bayerns (GEHBa) und Beirat der Stiftskliniken Weißenhorn, außerdem Mitglied der Deutschen Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Informatik (GI).

Michael Teusch, B.A. hat am 2019 seine Pflegeausbildung abgeschlossen. Ausbildungsbegleitend hat der das Studium der Pflege an der WLH Fürth durchgeführt und 2024 mit dem Bachelor of Science abgeschlossen. Seit dem 2019 ist er als Gesundheits- und Krankenpfleger für septisch-chirurgische und internistische Patient*innen sowie als Qualitätsbeauftragter auf einer Station im Klinikum Altmühlfranken in Gunzenhausen tätig.

Prof. Dr. phil. habil. Karsten Weber ist Forschungsprofessor für Technikfolgenabschätzung und KI-gestützte Mobilität, Ko-Leiter des Instituts für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung (IST) und einer der drei Direktoren des Regensburg Center of Health Sciences and Technology (RCHST) der OTH Regensburg. Außerdem hält er eine Honorarprofessur für Kultur und Technik an der BTU Cottbus-Senftenberg. Darüber hinaus ist er einer der drei Sprecher*innen der Gemeinsamen Ethikkommission der Hochschulen Bayerns (GEHBa). Karsten Weber hat Philosophie, Informatik und Soziologie an der Universität Karlsruhe (TH) studiert, danach in Karlsruhe in Philosophie promoviert und an der EUV Frankfurt (Oder) in Philosophie habilitiert. Außerdem hat er eine Ausbildung als EDV-Kaufmann absolviert und über zehn Jahre in der Privatwirtschaft gearbeitet. Weitere akademische Stationen waren die Universität Opole in Polen, die TU Berlin sowie die BTU Cottbus-Senftenberg. In seinen wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt sich Prof. Weber vor allem mit den Auswirkungen moderner Technik auf Individuen und Gesellschaften.

Prof. Dr. habil. Jürgen Zerth ist seit Oktober 2022 Professur für Management in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens an Katholischen Universität

Eichstätt-Ingolstadt. Jürgen Zerth hat Volkswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik studiert. Von 2000 bis 2010 war er einer der Geschäftsführer der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Im Anschluss daran war Zerth Leiter des Forschungsinstituts der Diakonie Neuendettelsau (jetzt Diakoneo) und insbesondere mit Fragestellungen von sozial-verantwortlichen Geschäftsmodellen digitaler Assistenzmodelle für die Sozialwirtschaft befasst. Von 2012 bis 2020 war Professor für Gesundheitsökonomie und Leiter des Forschungsinstituts IDC an der Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften Fürth sowie seit 2015 Vizepräsident für Forschung. In gleichen Funktionen blieb Zerth nach der Integration in den SRH-Verbund an der SRH Wilhelm Löhe Hochschule bis September 2022. Von 2015 bis 2018 war er Mitglied der Bayerischen Bioethikkommission. Forschungsschwerpunkte liegen in angewandter Institutionenökonomik, der Ökonomie der Langzeitpflege, gesundheitsökonomischer Evaluation und Versorgungsforschung sowie Fragestellungen der Sozialökonomik.