

KWA-Bundesausschuss Arbeit und Technik

# Thesenpapier Digitalisierung in der Pflege

Eine Fortschreibung des Thesenpapiers „Arbeitswelt 4.0“

Frankfurt im Februar 2020

## Einleitung

Der KWA-Bundesausschuss Arbeit & Technik hat 2017 sechs Thesen zur Zukunft der Arbeitswelt bei zunehmender Digitalisierung aufgestellt und unter dem Titel „Arbeitswelt 4.0“ veröffentlicht.

Anhand von diversen Fachgesprächen (siehe Anhang) hat der Fachausschuss die letzten zwei Jahre diese Thesen auf die Relevanz für den Pflegebereich überprüft.

Inwieweit können durch Digitalisierung und den Einsatz von künstlicher Intelligenz die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden?

Die Digitalisierung ist in allen Bereichen der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege angekommen.

Aktuell lassen sich **vier Anwendungsfelder der Digitalisierung** in der Pflege identifizieren: **Softwarelösungen, Assistenzsysteme, Telecare, Robotik.**

Bei der Dokumentation spielt die elektronische Patientenakte eine wichtige Rolle. Daneben werden vermehrt technische Assistenzsysteme eingeführt, wie Hebevorrichtungen oder Bewegungsmelder und Überwachungsanlagen in privaten Haushalten. Des Weiteren gilt Telecare (analog zur Telemedizin), d.h. die Pflege mit Hilfe von Telekommunikationssystemen, als Hoffnungsträger für strukturschwache Gebiete. Und schließlich der viel diskutierte, aber weitaus weniger etablierte Bereich der Robotik, die Informations- und Animationsroboter wie z. B. „Pepper“ oder „Paro“.

## Arbeitsbedingungen im Pflegebereich

Der Pflegebereich ist gekennzeichnet durch körperlich, emotional und psychisch anstrengende Tätigkeiten und er ist belastet durch den zunehmenden Arbeitskräftemangel und Zeitdruck.

Laut DGB Index Gute Arbeit geben insgesamt fast die Hälfte (42 Prozent) aller befragten Altenpflegekräfte an, aufgrund des Arbeitspensums oft oder sehr häufig Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen zu müssen. Im Vergleich dazu

sind es branchenübergreifend lediglich 22 Prozent aller befragten Berufstätigen, die dieses Dilemma teilen. 1

Ein weiterer Aspekt ist, dass es unter den derzeitigen Arbeitsanforderungen für zunehmend mehr Pflegekräfte nicht mehr möglich ist, eine Vollzeitstelle auszuüben. Mit der Folge der geringeren Rentenanwartschaften für die Betroffenen einerseits und andererseits einer weiteren Verschärfung des Arbeitskräftemangels.

## 1. These: Ungleichzeitigkeiten und Ungleichheiten

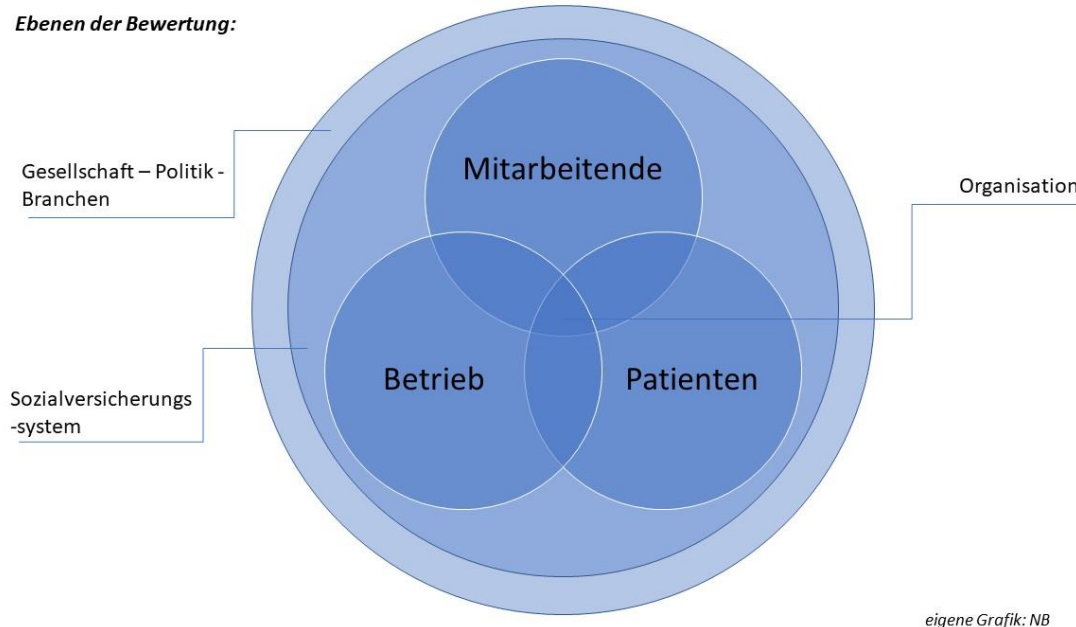
*„Wir beobachten mehrfache Ungleichzeitigkeiten in der digitalen und gesellschaftlichen Entwicklung. Diese haben Auswirkungen auf die Ungleichheiten in der Gesellschaft, Menschen und Unternehmen sind unterschiedlich betroffen. Dieser Trend wird sich fortsetzen und verstärken.“*

Derzeit erleben wir im Pflegesektor ein **In- und Nebeneinander digitaler Entwicklungsstufen**, wie sie mit den Begriffen Pflege 1.0, 2.0, 3.0 und 4.0 betitelt werden. Die Ungleichzeitigkeiten können u. a. auch auf die Gesundheitsreform 2004 zurückgeführt werden, die die Ökonomisierung der Organisationen in den Vordergrund gestellt hat.

Es gibt Geschäftsmodelle (Agaplesion, Buurtzorg), die einen Schwerpunkt auf die strategische Ausrichtung digitaler Prozesse legen. Die daraus resultierenden Vorteile betreffen sowohl die operativen Abläufe als auch das wirtschaftliche Ergebnis. Auch die Reduktion von Fehlerquellen durch digitale Patientenakten und durch nachvollziehbare und leserliche Dokumentation fördern die Qualität der Arbeit und sind wirtschaftlich gewinnbringend. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben diese Organisationen eine größere Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt. Ärztinnen und Ärzten stehen moderne OP-Ausstattungen zur Verfügung, das Personal ist in die digitalen Prozesse eingebunden, wird ausgebildet und es gibt neu ausdifferenzierte Berufsbilder. Das gilt nicht nur für Klinikbetriebe, sondern, wie im Fall von Buurtzorg, auch für Pflegeeinrichtungen.

Wenn also digitale Strategien strukturiert verfolgt werden und dabei auch die Interessen der Belegschaft und der Patienten Berücksichtigung finden, haben sich Organisationen in der Care-Ökonomie einen mehrfachen Vorsprung als

Arbeitgeber gegenüber anderen Einrichtungen verschafft. Das gilt sowohl für die digitale Zukunft der Einrichtung, als auch für die Attraktivität als Arbeitgeber und im Hinblick auf den schon vorhandenen und sich wohl noch verstärkenden Fachkräftemangel.



Es wirken **unterschiedliche Akteure** auf das Gesundheitssystem ein, wie z. B. die Gesundheits- und Pflegekassen, Fach- und Interessensverbände, die Politik, Kasernenärztliche Vereinigungen, Investoren, Pharmaindustrie.

Einerseits finden **Konzentrationsprozesse** im Krankenhaus- und Pflegebereich aufgrund gesetzlicher und politischer Vorgaben statt (Gesundheits- Pflegereform, Streben nach Gewinnoptimierung). Andererseits muss die öffentliche Daseinsvorsorge gewährleistet werden.

## 2. These: Potentiale

*„Ausgehend von dem Auftrag, die Schöpfung zu bewahren, ist Aufgabe der evangelischen Kirche und des KDA\* sich für eine gute Lebensgrundlage für alle Menschen einzusetzen. Daher unterstützen wir Initiativen von Personen und/oder Unternehmen, die mit alternativen Ansätzen kreativ auf die Ungleichheiten und die Herausforderungen einer Transformation im digitalen Zeitalter reagieren.“*

\* jetzt KWA

Wie kann Digitalisierung den Arbeitsalltag von Pflegenden positiv verändern?  
Unter welchen Voraussetzungen kann dies gelingen?

- Pflegende müssen frühzeitig in die Digitalisierungs- und Veränderungsprozesse mit einbezogen werden (s. Buurtzorg und Agaplesion). Wer in den Prozess einbezogen wird und mitwirken kann, fühlt sich dem Ergebnis stärker verbunden.
- Grundlegend dafür ist die Schulung der Beschäftigten, um Entscheidungen kompetent herbeiführen zu können.
- Mitarbeitende müssen bei den digitalen Veränderungsprozessen, gemäß ihren individuellen Voraussetzungen, spezifisch begleitet werden und genügend Zeitressourcen zur Verfügung gestellt bekommen. (Agaplesion).
- Ziel sollte sein, die Effektivierungs- und Zeitgewinne durch die digitale Arbeitsorganisation für mehr persönliche Zuwendung an den Patienten zu nutzen.
- Arbeitnehmervertretungen haben Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte. Um diese adäquat wahrnehmen zu können, müssen sie frühzeitig einbezogen und möglicherweise geschult werden. Ebenso gilt es entsprechende (Zeit-)Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

### 3. These: Verschärfung von bereits vorhandenen Spaltungen

*"The winner takes it all" – dieser Satz bewahrheitet sich auch im Zuge der Digitalisierung. Wer Standards setzen kann, bestimmt die Entwicklung und erzielt gigantische Erlöse (Google, Facebook usw.) Die Spaltungen in unseren Gesellschaften verschärfen sich und mit der Digitalisierung aller Lebensbereiche werden zugleich neue Spaltungen geschaffen („digital divide“). Die soziale Ungerechtigkeit wird zunehmen“.*

Die Trennung zwischen medizinischem und pflegerischem Personal im stationären Bereich in Deutschland hat eine lange Tradition und ist stark ausgeprägt. Digitalisierung bedingt im pflegerischen Bereich zunehmend auch eine technische Assistenz. Die Technisierung könnte die **Pflegeberufe für Männer** attraktiver machen.

Wir vermuten eine fortschreitende **Entsolidarisierung** innerhalb der Organisationen aufgrund einer Differenzierung in pflegende und IT-Berufe auf den Stationen und gleichzeitig eine Verstärkung der geschlechtsspezifischen Polarisierung: IT-lastige Arbeiten werden nach wie vor überwiegend von Männern, Interaktionsarbeit von Frauen getätigt.

#### 4. These: Notwendige Ordnungs- und Gestaltungspolitik

*„Die Implementierung digitaler Systeme muss (...) ordnungspolitisch durch Gesetzgebung begleitet und unter Mitwirkung der Menschen auf allen Ebenen gestaltet werden. Hier muss auch die Mitbestimmung in Betrieben überdacht und angepasst werden, um Arbeitnehmerrechte zu stärken und zu schützen. Ebenso sind die Auswirkungen der Digitalisierung auf die sozialen Sicherungssysteme im Blick zu halten, um den Spaltungstendenzen entgegenzuwirken.“*

Systeme zur Digitalisierung in der Pflege oder der Einsatz von Strukturen Künstlicher Intelligenz bedürfen einer **gesamtgesellschaftlichen Beurteilung**. Die Fragen „Was ist gute Pflege?“ und „Was ist uns gute Pflege wert?“ müssen auf dieser Ebene beurteilt und verantwortet werden. Derzeit herrscht in der Debatte um gute Pflege häufig ein zweckorientiertes und funktional ausgerichtetes Verständnis vor. Hier rücken Leitfragen nach Autonomie, Zufriedenheit, sozialer Interaktion als Bewertungsfaktoren in den Hintergrund. Insofern ist es von dort ein kurzer Weg zur Diskussion um maschinelle Assistenzsysteme, die anstelle von Menschen Pflege ausüben.

Zugleich stellen wir fest: Was gute Pflege ist und durch welche harten und weichen Indikatoren diese messbar wäre, ist **nicht abschließend definiert**. Auch in der Pflege muss daher *„die Implementierung digitaler Systeme ... ordnungspolitisch durch Gesetzgebung begleitet und unter Mitwirkung von Menschen auf allen Ebenen (mit-)gestaltet werden“*.

Angesichts der veränderten Anforderungen an die Planung und Gestaltung von Pflege müssen die daraus folgenden Betriebsabläufe kritisch bedacht werden, damit die Arbeitnehmerrechte geschützt und gestärkt bleiben. Digitale Systeme müssen zudem von Anfang an, d. h. bereits bei der Entwicklung, von Praktiker\*innen und deren Fachexpertise (Pflegekräfte) begleitet werden. Arbeitgeberseitig muss dies nach geltendem Recht eingeräumt werden, so dass Arbeitnehmervertretungen bereits bei der Anschaffung digitaler Systeme mitbestimmen können. Dieses gilt insbesondere für Strukturen zur Arbeitszeit-, Arbeitsleistungs- und Wegeerfassung etwa in der ambulanten Pflege.

Digitale Systeme ermöglichen darüber hinaus eine umfängliche Erfassung und Auswertung patientenbezogener Daten in unbekanntem Ausmaß. Die Auswertung dieser „Big Data“ kann dazu führen, dass Parameter wie chronische Erkrankungen, Risikofaktoren oder persönlicher Lebensstil einem **individuellen Risiko**

zugerechnet werden und in der Konsequenz nicht mehr durch ein solidarisch finanziertes Sozialversicherungssystem abgedeckt werden.

Pflege ereignet sich auch unter den Bedingungen von Digitalisierung und künstlicher Intelligenz im Rahmen eines überwiegend privatwirtschaftlich organisierten Marktes. Hinsichtlich deutlicher **Oligarchisierungs- und Monopolisierungstendenzen** ist der Umstand kritisch zu hinterfragen, wie mit den personenbezogenen Daten zur Anamnese, zum sozialen Status und zum pflegerischen Bedarf umgegangen wird. Gesetzliche Regelungen können die Gefahr eindämmen, dass bestimmte Patientengruppen benachteiligt werden oder ihr tatsächlicher pflegerischer Bedarf nicht angemessen erfüllt wird.

Darüber hinaus ist es für die Würde der zu Pflegenden und der Pflegenden sowie für die Gesellschaft insgesamt von erheblicher Bedeutung, dass der Bereich Pflege finanziell so ausgestattet ist, dass das menschlich basale Bedürfnis hinreichend geschützt bleibt und dem Interesse von Renditemaximierung dauerhaft entzogen bleibt.

## **5. These: Herausforderung: Organisationen neu denken**

*„Herkömmliche Vorstellungen von Organisationen lösen sich in der 4.0-Welt auf. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf das Verständnis von Betrieb als Ort des Wirtschaftens, sondern wird sich auch auf andere Organisationsformen (Staat, Verbände etc.) auswirken und stellt am Ende auch kirchliche Strukturen vor ungeahnte Herausforderungen.“*

Auch herkömmliche Organisationen für die Pflege werden sich in der 4.0-Welt verändern. Digitale Verarbeitungsformen wie zum Beispiel cloudgestütztes Management von Daten in der Patientenakte führen zu **veränderten Beziehungen** zwischen Patienten, Pflegenden und Ärzten. Gleiches gilt für digitale Hilfsmittel (Smart Home u. a.), wie der Hausnotruf, Bewegungsmelder, die überprüfen können, ob jemand gestürzt ist. Ortungsgeräte können von demenziell Erkrankten getragen werden. Warnsysteme schalten etwa nach einer gewissen Zeit Elektrogeräte in der Wohnung automatisch aus.

All diese praktischen Beispiele leisten teilweise bereits jetzt wertvolle Dienste in Pflegesituationen. Sie unterstützen zugleich das Bedürfnis nach weitgehender Autonomie bei Pflegebedürftigen wie auch bei Angehörigen und Mitarbeitenden. Hier entstehen **neue Erwartungen** hinsichtlich Mitwirkung bei der Planung und tatsächlichen Nutzung entsprechender technischer Ressourcen.

Für die Pflegebedürftigen geht es um die Wahrung der **Eigenständigkeit** und die Unterstützung der **Unabhängigkeit** im häuslichen Bereich. Haushaltsnahe Dienstleistungen, Nachbarschaftshilfe oder Aktivitäten im Gemeinwesen vor Ort lassen sich zudem über das Internet auf eigenen Plattformen finden. Als Folge werden die einzelnen Säulen pflegerischer Angebote eine weitere horizontale (bezogen auf die Unterscheidung von ambulanter und stationärer Pflege) wie auch eine weitere vertikale (bezogen auf den Grad der Assistenz) Differenzierung erfahren.

Einrichtungen der ambulanten wie der stationären Pflege bleiben auch unter den Bedingungen von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz soziale Dienstleistungsbetriebe. Dennoch wird sich das organisationale Gefüge dahingehend verändern, dass neben die klassischen Qualifikationen auch neue Professionen für digitale Technik und deren Einsatzplanung treten werden.

## **6. These: Neujustierung von Persönlichkeitsrechten**

*„Alle Menschen hinterlassen im Zeitalter der Digitalisierung Datenspuren im virtuellen Netz. Die fehlende Kontrolle über die vernetzte Verbreitung personenbezogener Daten weckt Ängste und Widerstände. Dieser entgrenzenden Entwicklung muss wirkungsvoll mit gesetzlichen Regelungen und ethischer Bewusstseinsbildung begegnet werden, um eine informationelle Selbstbestimmung zu sichern. Solche datenschutzrechtlichen Fragen müssen interdisziplinär diskutiert und beantwortet werden.“*

Aspekte der Risikofolgenabschätzung lösen sich umso stärker in **Zielkonflikte** hinein auf, je deutlicher es sich um Grenz- und Grundfragen menschlicher Existenz wie der körperlichen, seelischen und datenbezogenen Unversehrtheit handelt.

Im Bereich der Alten- und Krankenpflege werden bereits jetzt in einem erheblichen Umfang personenbezogene Daten erhoben. Zu beurteilen sind hier im Wesentlichen einerseits das „Big Data Harvesting“ von Gesundheitsdaten zur genaueren Erforschung von Krankheiten weltweit sowie in dessen Folge der Rückfluss dieser Ergebnisse in Form von diagnose- und Therapievorschlügen durch Digitale Systeme.

Datenschutz und Datensicherheit rücken hier durch zwei einander bedingende Aspekte in den Mittelpunkt. Einerseits betrifft das Recht auf körperliche



Unversehrtheit auch die Planung, Auswahl und Anwendung medizinischer Diagnose- und Therapieformen. Andererseits erwachsen aus einem solchen prinzipiellen Selbstbestimmungsrecht auch Selbstbestimmungspflichten.

Um diese Rechte und Pflichten individuell wahrnehmen zu können, bedarf es daher zunächst eines breit angelegten Diskurses, an dessen Ziel dann ein „**gesellschaftlich ausgehandelter Konsens für Datenerhebung in der Medizin**“ stehen könnte.

Dieser könnte Grundlinien beschreiben, die etwa die Rolle von Open-Source-Strukturen im Gegenüber zu oligarchen Tendenzen in der IT und Software festlegen und den Grundsatz der entpersonalisierten Datenerhebung bestimmen.

## Nachbemerkung: Gesellschaftlich vereinbarter Vorbehalt

*In Ergänzung zu den sechs Thesen von 2017 fügen wir noch einen Gedanken an, der uns in der Zwischenzeit wichtig geworden ist:*

Bei allen Vorteilen der digitalen Welt braucht es zugleich einen **Vorbehalt** gegenüber einer transformierten Technikgläubigkeit, die die KI generiert. „Gerade bei der Bewertung von neuen Technologien sind nicht die wahrscheinlichsten Fälle interessant, sondern die, die unsere moralische Bewertung am stärksten auf die Probe stellen.“, formuliert die Maschinenethikerin Catrin Misselhorn. Sie verknüpft damit die Forderung nach einer „Roadmap für ein moralisch lernfähiges Altenpflegesystem“. Wir schließen uns daher der Forderung an, dass Fragen der Moral vorrangig zu beantworten sind, bevor digitale Systeme in die Anwendung gehen.

Maschinen, die in der Lage sind große Datenmengen zu bearbeiten, suggerieren eine hohe - nahezu unhinterfragbare Verlässlichkeit. Die digitale Welt erzeugt eine neue Art von Technikgläubigkeit. Zugleich ist bekannt, dass die komplexe Struktur der Algorithmen, die hinter konkreten digitalen Anwendungsfeldern liegen und klare Ergebnisse generieren für Menschen in der Regel in der Gänze nicht mehr durchschaubar sind oder anders gesagt, dass die Ergebnisse mit einer **prinzipiellen Unschärfe** behaftet sind. Zum anderen entsteht bei der Umwandlung einer analogen Welt in die digitale Welt ein Wirklichkeitsverlust, eine gesiebte Realität.

Auch in der Big-Data-Welt, die sich auf Millionen oder gar Milliarden von Daten stützen kann, bleibt diese prinzipielle Ungenauigkeit. Dies ist bei dem Bezug auf und die Verwendung der Daten sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich zu berücksichtigen.

Mitglieder des Ausschusses:

Nicole Beckmann (*Kurhessen-Waldeck*)

Romeo Edel (*Württemberg*)

Nina Golf (*Bayern*)

Peter Grohme (*Kurhessen-Waldeck*)

Matthias Jung (*Hannover*)

Dr. Kathrin S. Kürzinger (*Rheinland*)

Heike Mieke (*Hessen und Nassau*)

Monika Neht (*Nordkirche*)

Rose Richter (*Westfalen*)

## Fachgespräche:

**„Pflegeethik und Robotik“**, Prof. Dr. Cathrin Misselhorn, Universität Stuttgart

**„Buurtzorg“** Dr. Friederike Höher, Institut für Kirche und Gesellschaft der EKvW

**„Digitalisierung als Herausforderungen für die Mitarbeitervertretungen“**, Dr.

Jürgen Born, Institut für Kirche und Gesellschaft der EKvW

**„Forschung und Gesundheitswirtschaft zusammenbringen“** Johannes Peuling, WiFö Bochum.

**„Gesundheit und Pflege 4.0“**, Ingolf Rascher, Ruhr Universität Bochum

**„Aspekte von Robotik und KI im Gesundheits-und Pflegebereich“**, Dr. Ralph Charbonnier (EKD).

**„Robotik und Pflegeassistenzsysteme in der Diakonie“**

OLKR Hans Joachim Lenke, Vorstandssprecher Diakonisches Werk Niedersachsen e.V.

**„Künstliche Intelligenz in der Medizin“** Prof. Dr. Jörn Kohlhammer, Fraunhofer Institut Darmstadt.

**„Digitalisierung in der Pflege, Stand des Prozesses und der Mitarbeiter\*innenbeteiligung am Beispiel des Agaplesion Krankenhaus“** Andrea Maetzel, Referentin für Pflegequalität, AGAPLESION ELISABETHENSTIFT g GmbH, Darmstadt.

## **Literaturhinweise (in Auswahl):**

ADAC e. V. (Hg.), An den Grenzen der Moral, Gespräch mit Catrin Misselhorn in ADAC Motorwelt, Mai 2019.

Digitalisierung. Aus Politik und Zeitgeschichte, 68. Jahrgang, 6-8/2018

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.), Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegenden Forschungsbericht, Hamburg, 2017.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hg.), Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege, Berlin, 2018

Misselhorn, C., Moralische Maschinen in der Pflege? Grundlagen und eine Roadmap für ein moralisch lernfähiges Altenpflegesystem, in: Roboter in der Gesellschaft: Technische Möglichkeiten und menschliche Verantwortung, hg. von Ch. Woopen und M. Jannes Springer: Wiesbaden 2019.

Misselhorn, C., Grundfragen der Maschinenethik, Reclam: Stuttgart 2018 (4. Auflage 2020)

Spiekermann, S., Digitale Ethik. Ein Wertesystem für das 21. Jahrhundert, München, 2019.