

Telecare in der Langzeitpflege

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Telecare in der Langzeitpflege

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen:

Alice Edtmayer
Johanna Pfabigan

Projektassistenz:

Alexandra Mayerhofer

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen dar.

Wien, im Oktober 2025

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Edtmayer, Alice; Pfabigan, Johanna (2025): Telecare in der Langzeitpflege.
Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/4/5640

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel
(SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

Kurzfassung

Die Langzeitpflege in Österreich steht vor Herausforderungen: Eine alternde Bevölkerung trifft auf ein sinkendes informelles Pflegepotenzial und einen anhaltenden Fachkräftemangel. Digitalisierung wird als ein zentraler Hebel zur Effizienzsteigerung und Entlastung des Systems gesehen. Die digitale Erbringung pflegerischer Leistungen (Telecare) soll die analoge Pflege ergänzen, Versorgungslücken schließen und die Pflegequalität sichern. Um Wirkungen, Potenziale und Herausforderungen sowie Praxisbeispiele rund um Telecare zu identifizieren, wurde in der vorliegenden Studie Literatur recherchiert und wurden Expertinnen und Experten sowie Pflegekräfte qualitativ (n = 5) und quantitativ (n = 562) befragt.

Telecare umfasst pflegerische Leistungen über Informations- und Kommunikationstechnologien, wie z. B. Beratung über Telefon, Chat oder Video. Die Empfänger:innen der Leistung können andere Pflegekräfte, Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige sein. Anwendungsfälle ergeben sich etwa in der Begutachtung von Auffälligkeiten oder von Wundheilungsverläufen sowie in der Anleitung zu pflegerischen Handlungen. Die Förderung der sozialen Teilhabe und emotionale Begleitung können ebenfalls Teil einer Telecare-Leistung sein. Auch die Messung und Interpretation von Vitalparametern aus der Ferne oder die Alarmierung von Pflegekräften durch Sensorsysteme können unter Telecare verstanden werden.

In Österreich gibt es bisher wenige Praxisprojekte, diese berichten aber Positives. International gab es beispielsweise in Finnland ein groß angelegtes Pilotprojekt zu Telecare, in dem positive Outcomes erzielt werden konnten. Dazu zählt neben ökonomischen Effekten wie der Einsparung von Wegzeiten oder der Reduktion von Krankenständen auch die Entlastung des Pflegepersonals und von pflegenden Angehörigen. Aufseiten der Menschen mit Pflegebedarf wurden eine Steigerung der Selbstständigkeit sowie eine Verringerung von Stürzen und Einsamkeit festgestellt.

Auch in anderen Projekten konnten potenzielle Benefits für diese Gruppe identifiziert werden: Neben einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz oder einem effizienteren Krankheitsmanagement (z. B. bei Diabetes oder Herzinsuffizienz) gibt es Hinweise auf eine verringerte Mortalität und reduzierte Krankenhauseinweisungen. Weitere Potenziale werden in einer erhöhten Sicherheit, der Kontinuität oder der Steigerung der Versorgungsqualität gesehen. Für Pflegekräfte könnte Telecare die Arbeitszufriedenheit erhöhen und einer Überforderung vorbeugen. Zudem kann es die interprofessionelle Abstimmung erleichtern.

Neben den Potenzialen bestehen auch Herausforderungen; so ist das Vorhandensein der notwendigen Infrastruktur und eines stabilen Netzes eine Voraussetzung für die Umsetzung. Beschrieben wird auch eine unübersichtliche Angebotslandschaft mit fehlender Qualitätssicherung. Außerdem haben die Beteiligten heterogene digitale Kompetenzen und der Schulungsaufwand darf nicht unterschätzt werden. Weiterhin bestehen Herausforderungen in Hinblick auf die (Weiter-)Finanzierung, den Datenschutz und die Interoperabilität bestehender und neuer Systeme.

Um Telecare als ergänzendes und effektives Angebot in der Langzeitpflege zu etablieren, benötigt es ein Zusammenspiel unterschiedlicher Ebenen; die Politik ist angehalten, digitale Innovation durch ein flächendeckendes stabiles Netz sowie die Vorgabe von einheitlichen Definitionen und Standards voranzutreiben. In Bezug auf die Finanzierung soll es Weiterführungsperspektiven

für belegt wirksame Initiativen geben. Auch der Aufbau eines Verzeichnisses mit qualitätsgesicherten Angeboten wird empfohlen.

Aufseiten der Entwickler:innen von Telecare-Angeboten soll bereits bei der Ausgestaltung partizipativ vorgegangen und sollen Schulungen und Support in der Umsetzung für alle Beteiligten sichergestellt werden. Interoperabilität, Gewährleistung des Datenschutzes sowie begleitende Wirkungsforschung sind die Basis für alle Angebote.

Träger, die Telecare oder andere digitale Innovationen umsetzen, sollen eine strukturierte Implementierung anstreben; dies kann unter anderem durch neue pflegerische Rollen wie etwa den Chief Nursing Information Officer forciert werden. Zentral ist auch, das neue Angebot in die bestehende Struktur zu integrieren und nicht davon isoliert zu betrachten. Der quantitative Personaleinsatz ist so anzupassen, dass die am Beginn anfallenden Aufwände auch geleistet werden können.

Executive Summary

Long-term care in Austria faces challenges: An aging population coincides with a declining potential for informal care and a persistent shortage of skilled professionals. Digitalization is seen as a key lever for increasing efficiency and relieving pressure on the system. The digital delivery of nursing services (telecare) is intended to complement traditional care, close gaps in service provision and ensure quality of care. To identify impacts, potentials, challenges, and practical examples related to telecare, the authors conducted a literature review and surveyed experts and nursing staff both qualitatively (n = 5) and quantitatively (n = 562).

Telecare encompasses nursing services delivered via information and communication technologies, such as consultations by phone, chat or video. Recipients of these services may include other nursing professionals, individuals in need of care and family caregivers. Use cases include assessing irregularities or wound healing progress, as well as providing guidance for nursing actions. Promoting social participation and offering emotional support can also be part of telecare services. Remote measurement and interpretation of vital signs or alerting nursing staff through sensor systems are likewise considered telecare.

In Austria, there are currently only a few practical projects, but these report positive outcomes. Internationally, for example, Finland conducted a large-scale telecare pilot project that achieved positive results. These include economic effects such as saving travel time and reducing sick leave, as well as easing the burden on nursing staff and family caregivers. For individuals requiring care, improvements were observed in independence and reductions in falls and loneliness.

Other projects have identified potential benefits for this group, such as improved health literacy and more efficient disease management (e.g., for diabetes or heart failure), along with indications of reduced mortality and fewer hospital admissions. Additional potentials include increased safety, continuity, and improved quality of care. For nursing professionals, telecare could enhance job satisfaction and prevent overload. It may also facilitate interprofessional coordination.

Alongside these potentials, challenges remain: the availability of necessary infrastructure and a stable network is a prerequisite for implementation. The landscape of offerings is described as confusing, with a lack of quality assurance. Participants have heterogeneous digital skills, and training requirements should not be underestimated. Further challenges include (continued) financing, data protection, and interoperability of existing and new systems.

To establish telecare as a complementary and effective component of long-term care, coordinated action across different levels is required. Policymakers should promote digital innovation through nationwide stable networks and the adoption of uniform definitions and standards. Regarding financing, there should be continuation perspectives for proven effective initiatives. Building a directory of quality-assured offerings is also recommended.

On the side of telecare solution developers, a participatory approach should be taken during design, and training and support for all stakeholders must be ensured during implementation. Interoperability, data protection, and accompanying impact research form the foundation for all offerings.

Organizations implementing telecare or other digital innovations should aim for structured implementation; this can be supported by introducing new nursing roles such as Chief Nursing Information Officers. It is also crucial to integrate the new offering into existing structures rather than treating it in isolation. Staffing levels should be adjusted so that the initial workload can be managed effectively.

Inhalt

Kurzfassung	III
Executive Summary	V
Abbildungen	IX
Tabellen	XI
Abkürzungen	XII
1 Hintergrund und Zielsetzung	1
2 Methodik	3
3 Einordnung des Begriffes „Telecare“	6
3.1 Telecare im internationalen Kontext	6
3.2 Telecare in dieser Studie	8
4 Ergebnisse	9
4.1 Wirkung von Telecare	9
4.2 Potenziale	10
4.3 Herausforderungen	12
4.4 Telecare Praxisbeispiele	15
4.4.1 KATI (Finnland)	15
4.4.2 Telepflege (Deutschland)	19
4.4.3 Telepflege Caritas Niederösterreich	20
4.4.4 Care about Care – Pflege-App und digitale Pflege-Fernunter- stützung	20
4.4.5 TeleCareHub	21
4.4.6 Alles Clara-App	22
4.4.7 Erprobung der Telepflege (Modellprogramm Deutschland)	22
4.5 Themenverwandte Technologien	23
4.5.1 Smart-Home-Gesundheitstechnologien	23
4.5.2 Robotik	25
4.5.3 Künstliche Intelligenz	26
4.6 Ergebnisse der quantitativen Erhebung	27
4.6.1 Merkmale der Teilnehmenden	27
4.6.2 Techniknutzung und technische Ausstattung	28
4.6.3 Techniknutzung in der Kommunikation mit externen Personen	32
4.6.4 Digitalisierungsgrad	38
4.6.5 Barrieren für Digitalisierung	46
4.6.6 Einstellung gegenüber Technologien	51
5 Conclusio	60
6 Empfehlungen	62
6.1 Empfehlungen für die politische Ebene	62
6.2 Empfehlungen für die Anbieter- bzw. Forschungs- und Entwicklungsebene	64
6.3 Empfehlungen auf Umsetzungsebene	65
Literatur	67
Anhang	73
Anhang 1: Leitfaden für Experteninterviews	73

Anhang 2: Definitionen von Telecare.....	74
Anhang 3: Projektbeschreibungen „Erprobung der Telepflege“ in Deutschland	75
Anhang 4: Merkmale der Teilnehmenden der quantitativen Befragung	81

Abbildungen

Abbildung 1:	Einordnung von Telepflege	7
Abbildung 2:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Welche elektronischen Endgeräte nutzen Sie/Ihre Mitarbeiter:innen in der Pflege und Betreuung regelmäßig zu Arbeitszwecken? (Mehrfachantworten möglich)	29
Abbildung 3:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Nutzen Sie/Ihre Mitarbeiter:innen digitale Lösungen für die interne Kommunikation?“ (Mehrfachantworten möglich)	30
Abbildung 4:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Nutzen Sie/Ihre Mitarbeiter:innen private Endgeräte für betriebliche Zwecke?“	31
Abbildung 5:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Findet bei Ihnen ein regelmäßiger digitaler Datenaustausch mit Ärztinnen und Ärzten und/oder anderen Gesundheitsdienstleistern statt?“	32
Abbildung 6:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Mit welchen Dienstleistenden findet ein regelmäßiger Datenaustausch statt?“ (Mehrfachantworten möglich)	34
Abbildung 7:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Über welche Kanäle findet der Austausch statt?“ (Mehrfachantworten möglich)	35
Abbildung 8:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Welche Gründe gibt es, dass bisher kein regelmäßiger digitaler Datenaustausch mit Ärztinnen und Ärzten und/oder anderen Gesundheitsdienstleistern stattgefunden hat?“ (Mehrfachantworten möglich)	36
Abbildung 9:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Werden solche digitalen/telefonischen Leistungen von Ihren Klientinnen und Klienten bzw. deren Angehörigen aktiv nachgefragt?“ (Angaben in Prozent)	37
Abbildung 10:	Einschätzung zur Nutzung technischer Lösungen zur Unterstützung des Personals in Pflege und Betreuung nach Einsatzstatus und Zukunftsperspektive (stationäre Pflege; Angaben in Prozent)	42
Abbildung 11:	Einschätzung zur Nutzung technischer Lösungen zur Unterstützung des Personals in Pflege und Betreuung nach Einsatzstatus und Zukunftsperspektive (mobile Pflege; Angaben in Prozent)	44
Abbildung 12:	Stationäre Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie stark die folgenden Aspekte aus Ihrer Sicht eine Hürde bei der Digitalisierung/Technisierung der Pflege in Ihrem Haus/Stützpunkt darstellen?“ (Mehrfachantworten / Angaben in Prozent)	47
Abbildung 13:	Mobile Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie stark die folgenden Aspekte aus Ihrer Sicht eine Hürde bei der Digitalisierung/Technisierung der Pflege in Ihrem Haus/Stützpunkt darstellen?“ (Mehrfachantworten / Angaben in Prozent)	49

Abbildung 14:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Ist die Netzverfügbarkeit (Empfang) für den mobilen Internetzugang in Ihrer Region jederzeit ausreichend?“ (Angaben in Prozent)	51
Abbildung 15:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie aufgeschlossen sind Sie/Ihre Mitarbeiter:innen Ihrer Meinung nach gegenüber dem Einsatz neuer Technologien in Pflege und Betreuung im Allgemeinen?“ (Angaben in Prozent)	52
Abbildung 16:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie aufgeschlossen die folgenden Zielgruppen Ihrer Meinung nach gegenüber einem zunehmenden Technikeinsatz zur Unterstützung der Pflege und Betreuung sind“ – stationäre Pflege (Angaben in Prozent).....	53
Abbildung 17:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie aufgeschlossen die folgenden Zielgruppen Ihrer Meinung nach gegenüber einem zunehmenden Technikeinsatz zur Unterstützung der Pflege und Betreuung sind“ – mobile Pflege (Angaben in Prozent).....	54
Abbildung 18:	Verteilung der Antworten auf die Frage: „Verschaffen digitale Lösungen mehr Zeit für die direkte Arbeit mit pflegebedürftigen Personen?“ (Angaben in Prozent)	55
Abbildung 19:	Stationäre Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Zum Schluss interessiert uns Ihre persönliche Einstellung zu technischen Neuerungen im Allgemeinen und unabhängig von Ihrer beruflichen Funktion.“ (Angaben in Prozent)	56
Abbildung 20:	Mobile Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Zum Schluss interessiert uns Ihre persönliche Einstellung zu technischen Neuerungen im Allgemeinen und unabhängig von Ihrer beruflichen Funktion.“ (Angaben in Prozent)	57

Tabellen

Tabelle 1:	Angefragte Interviewpartner:innen	4
Tabelle 2:	In welchen Bereichen werden in Ihrem Pflegedienst digitale Anwendungen oder eher die Papierform genutzt? Setting: stationäre Pflege	39
Tabelle 3:	In welchen Bereichen werden in Ihrem Pflegedienst digitale Anwendungen oder eher die Papierform genutzt? Setting: mobile Pflege	40
Tabelle 4:	Geschlecht	81
Tabelle 5:	Altersgruppen	82
Tabelle 6:	Berufsgruppe.....	82
Tabelle 7:	Bundesland	82

Abkürzungen

APN	Advanced Practice Nursing
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DECT	Digital Enhanced Cordless Telecommunications
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
DiPA	digitale Pflegeanwendung(en)
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
FFG	Forschungsförderungsgesellschaft
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GPS	Global Positioning System
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
KATI	Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille
KI	künstliche Intelligenz
ME/CFS	Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom
MTD	medizinisch-therapeutisch-diagnostisch
RAI	Resident Assessment Instrument
SMS	Short Message Service
SPSS	Statistical Package für Social Sciences
USB-C	Universal Serial Bus Typ C
VR	virtuelle Realität
WHO	World Health Organization

1 Hintergrund und Zielsetzung

Die künftigen **Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung** in Österreich sind hinlänglich bekannt; der immer älter werdenden Bevölkerung stehen weniger jüngere Menschen gegenüber (vgl. Schneider et al. 2025; Statistik Austria 2024), die formale Qualifikationen in Pflegeberufen erwerben und Menschen mit Pflegebedarf versorgen können. Gleichzeitig besteht durch sich verändernde Familien- und Haushaltsstrukturen mit starker Tendenz zu Einpersonenhaushalten im Alter (vgl. Hanka 2023) ein geringer werdendes informelles Pflegepotenzial.

Mittlerweile gibt es eine Reihe an Initiativen, die dem Mangel an professionellen Pflegeleistungen entgegenwirken sollen. So wurden im Zuge der Pflegereform ab 2022 unterschiedliche Maßnahmen getroffen, um mehr Menschen in eine Pflegeausbildung zu bringen, bestehendes Personal zu halten und Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Auch die Unterstützung von pflegenden und betreuenden Angehörigen wurde vorangetrieben (vgl. BMSGPK 2024c). Die aktualisierte Pflegepersonal-Bedarfsprognose von 2023 zeigt jedoch, dass es noch weitere Schritte benötigt, um die pflegerische Versorgung der Menschen in Österreich nachhaltig sicherzustellen (Juraszovich et al. 2023). Als eine konkrete Maßnahme führen Juraszovich et al. (2023) die Effizienzsteigerung im System an. In diesem Zusammenhang wird unter anderem **die Unterstützung durch Digitalisierung** genannt.

Ein Blick auf die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Bemühungen zeigt, dass dort das **Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“** bereits im Zentrum steht. So fokussiert der Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 die *„[...] Orientierung am ‚Best Point of Service‘¹ unter besonderer Berücksichtigung des Grundprinzips ‚digital vor ambulant vor stationär‘ [...]“* (Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2024, S. 3). Um diesem Prinzip gerecht zu werden und digitale Dienstleistungen zu forcieren, wurde im Rahmen der Zielsteuerung eine eHealth-Strategie für Österreich entwickelt. In diesem lebenden Dokument wurden Maßnahmen zum Vorantreiben der Digitalisierung in Gesundheit und Pflege zusammengefasst, immer unter der Prämisse von Patientenwohl und Fachkräfteentlastung (BMSGPK 2024b). Neben eHealth im Allgemeinen wird dort **Telemedizin** als zentrales Element der Digitalisierungsbestrebungen angeführt. Unter Telemedizin fallen insbesondere die Überwachung des Gesundheitszustandes, therapeutische Eingriffe sowie Konsultation anderer Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) durch GDA, jeweils ohne persönliche Anwesenheit (BMSGPK 2024d).

Vor der COVID-19-Pandemie war Telemedizin in Österreich kaum verbreitet. Studien im Zeitraum 2015 und 2018 zeigten, dass Patientinnen und Patienten den direkten Kontakt zu ihren Ärztinnen und Ärzten bevorzugen und Angebote wie Apps oder Telefonberatung skeptisch betrachteten, wobei nur wenige bereits Erfahrungen mit Telemedizin hatten. Im Zuge der Pandemie erlebten telemedizinische Leistungen jedoch einen Aufschwung. So ergab eine repräsentative Erhebung unter über 16-Jährigen, dass ein Drittel jener Personen, die im Erhebungszeitraum einen Arztkontakt hatten, diesen über Telefon, E-Mail oder Videotelefonie wahrnahm. 90 Prozent davon äußerten Zufriedenheit mit diesem Kontakt, wobei Befragte über 45 Jahren signifikant zufriedener waren als jüngere Teilnehmer:innen (Kletečka-Pulker et al. 2021).

¹ Unter dem im Zielsteuerungsvertrag angesprochenen „Best Point of Service“ wird im Kontext Pflege das eigene Zuhause des Menschen mit Pflegebedarfs verstanden.

Eine andere, ebenfalls repräsentative Umfrage zeigte, dass viele Österreicher:innen eine hohe Bereitschaft zum Einsatz von digitaler Unterstützung aufweisen. Beispielhaft wird die elektronische Anamnese genannt, welche von über 83 Prozent der Befragten bereits in Anspruch genommen wird (7,7 %) oder eine Bereitschaft dazu gegeben ist (75,7 %). In der Kategorie „setze ich bereits ein“ ist es insbesondere die Gruppe der 70- bis 75-Jährigen, die Angebote wie Online-sprechstunden bei Ärztinnen und Ärzten (8,7 %), elektronische Dokumentation von Pflegeleistungen (4,3 %) oder die elektronische Anamnese (7,2 %) nutzt. In Bezug auf die elektronische Patientenakte ist die Gruppe 76+ mit 17,9 % Nutzerinnen und Nutzern Spitzenreiterin (Ernst & Young Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH 2021).

Anhand dieser positiven Erfahrungen im Bereich Telemedizin in der Primärversorgung kann schlussgefolgert werden, dass derartige Leistungen **auch als potenzielle Entlastung des Pflege-sektors** gesehen werden können. Daher ist das Ziel dieser explorativen Studie, mögliche Wirkungen sowie Potenziale und Herausforderungen im Einsatz von Telecare in der mobilen und stationären Langzeitpflege zu erheben und rezente Umsetzungsbeispiele zu beschreiben. Auf Basis dieser Ergebnisse werden abschließend Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger:innen, Forschung und Entwicklung sowie für Umsetzer:innen formuliert.

2 Methodik

Die vorliegende Untersuchung verfolgt einen **explorativen Ansatz**, um ein möglichst breites und praxisnahes Verständnis von Telecare in der Langzeitpflege zu gewinnen. Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit des Themas wurden unterschiedliche methodische Zugänge gewählt, die sowohl qualitative als auch quantitative Elemente integrieren.

Zu Beginn wurde ein **Scoping Review** durchgeführt, um einen Überblick über die aktuelle einschlägige Literatur zu Telecare in der Langzeitpflege zu gewinnen. Dabei wurden neben wissenschaftlichen Publikationen auch praxisorientierte Quellen berücksichtigt. Insbesondere wurden Praxisprojekte recherchiert, die innovative Telecare-Lösungen in Pflegeeinrichtungen oder in der mobilen Pflege erproben oder bereits implementiert haben. Die Suche erfolgte in PubMed, Google Scholar und für graue Literatur und Praxisbeispiele in Google sowie in der Forschungsdatenbank der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft (FFG). Verwendete Suchbegriffe waren telecare, telenurs* und telehealth, durch den Bool'schen Operator AND verbunden mit nurs*, impact, outcome und effect, jeweils mit den Filtern „Systematic Review“ und „Meta-Analysis“ versehen. Die Auswahl der Quellen erfolgte anhand von Relevanz, Aktualität und Praxisnähe, wobei aufgrund der großen Dynamik im Bereich Digitalisierung ausschließlich Quellen ab 2017 berücksichtigt wurden. Das Ergebnis der Recherche wurde im Zuge eines Auftraggeber-Workshops präsentiert und die weitere Stoßrichtung diskutiert.

Im weiteren Verlauf wurden im Mai und Juni 2025 virtuelle, **semistrukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten** aus unterschiedlichen Bereichen geführt, um einen vertieften Einblick rund um Potenziale und Herausforderungen von Telecare in der Langzeitpflege in Österreich zu gewinnen. Bei der Auswahl der Interviewpartner:innen wurde darauf geachtet, dass diese möglichst heterogene Merkmale aufweisen. So waren neben Personen aus Forschung und Umsetzungspraxis auch Vereine und Interessensvertretungen von älteren Menschen sowie von Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige für ein Interview vorgesehen. Von zwölf angefragten Personen/Institutionen erklärten sich fünf zum Interview bereit. Vier sagten wegen fehlender Erfahrungswerte zum Thema Telecare ab, drei weitere reagierten nicht auf die Anfrage. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Charakteristika der angefragten Personen und kennzeichnet, welche für ein Gespräch gewonnen werden konnten.

Tabelle 1: Angefragte Interviewpartner:innen

Rekrutierungsgrund	Beschreibung	Erreicht
Expertise	Umsetzung eines Praxisprojekts	ja
Expertise	Umsetzung eines Praxisprojekts	ja
Expertise	Forschung und Entwicklung	ja
Expertise	Forschung und Entwicklung	ja
Expertise	Träger mobile Pflege	Absage
(potenzielle) Zielgruppe	Interessensvertretung für Angehörige von Menschen mit Pflegebedarf	ja
(potenzielle) Zielgruppe	Interessensvertretung für Menschen mit Behinderung	nein
(potenzielle) Zielgruppe	Interessensvertretung für chronisch kranke Menschen	Absage
(potenzielle) Zielgruppe	Selbsthilfegruppe für chronisch kranke Menschen	Absage
(potenzielle) Zielgruppe	Interessensvertretung für Menschen über 50 Jahre	nein
(potenzielle) Zielgruppe	Interessensvertretung für Menschen über 50 Jahre	nein
(potenzielle) Zielgruppe	Pflegekräfte eines Trägers in der mobilen Pflege	Absage

Quelle: GÖG

Der Leitfaden für das Gespräch wurde den Teilnehmenden vorab zugesendet und findet sich in Anhang 1: Leitfaden für Experteninterviews. Die Interviews wurden nach vorherigem Einverständnis aufgezeichnet und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurden die Aussagen deduktiv anhand folgender vorab definierter (auf Telecare bezogener) Kategorien zugeordnet: Stärken, Schwächen, positive Effekte, förderliche und hinderliche Faktoren, Chancen, Risiken / negative Auswirkungen, Profiteurinnen und Profiteure und benutzerfreundliche Gestaltung.

Um ein Stimmungsbild zum Thema Technikeinsatz in der Langzeitpflege abzuholen und Einblicke zu Angebot und Nachfrage von Telecare zu erhalten, wurde eine **quantitative Erhebung** durchgeführt. Diese basiert auf einer Befragung des IGES-Institutes (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung) von 2020 in Deutschland (vgl. Braeseke et al. 2020). Nach Rücksprache mit den Urheberinnen und Urhebern des Instrumentes wurde es an die Gegebenheiten in Österreich angepasst und als digitaler Fragebogen über die Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, den Verein Lebenswelt Heim und anhand der vom Infoservice des BMASGPK zur Verfügung gestellten Datenbank mit (durch freiwillige Selbstauskunft übermittelten) Kontakten von Pflegeheimen in Österreich gestreut. Zwischen April und Juni 2025 konnten 562 Rückmeldungen aus der stationären, teilstationären und mobilen Langzeitpflege verzeichnet werden, die mittels SPSS ausgewertet wurden. Zu beachten ist, dass diese Stichprobe keinen Anspruch auf Repräsentativität stellt.

Im Rahmen der Studie wurden zusätzlich nationale und internationale **Fachkongresse mit inhaltlichen Schwerpunkten auf Digitalisierung**² im Gesundheits- und Pflegewesen besucht. Zentrale Erkenntnisse aus Vorträgen, Workshops und bilateralen Gesprächen wurden stichwortartig protokolliert und je nach Relevanz in die Ergebnisdarstellung bzw. die Diskussion aufgenommen. Auch erfolgte ein **Study Visit in einer stationären Pflegeeinrichtung** in Österreich, in der gegenwärtig die Anwendung mehrerer digitaler Hilfsmittel pilotiert wird. Auch diese Erkenntnisse werden eingearbeitet.

²ACENDIO Conference Rotterdam, Caritas Perspektivensymposium: „Zukunft der Pflege – Pflege der Zukunft Wien, DMEA Berlin, ICN-Congress Helsinki, Nursing Data Symposium Schweiz

Abschließend wurden einzelne Aspekte, die sich aus **Interviews einer parallel laufenden Studie** zur medizinischen Versorgung in der stationären Langzeitpflege ergaben, berücksichtigt.

3 Einordnung des Begriffes „Telecare“

Die explorative Recherche zeigt, dass es national wie auch international **bereits viele Digitalisierungsinitiativen** in der Pflege gibt. Im Fokus stehen häufig Lösungen zur **digitalen Pflegedokumentation** (vgl. z.B. Ramovs et al. 2024, 10-16), zunehmend auch via Spracheingabe und KI-gestützt. Erste positive Erfahrungen aus Österreich werden unter anderem von der Caritas Oberösterreich (Hubinger et al. 2025) oder dem digitalen Pflegeheim in Linz berichtet (Quelle: Study Visit vor Ort). Beide Piloten führten zu einem (geplanten) flächendeckenden Ausbau beim jeweiligen Träger. Auch in pflegenahen Feldern, wie im Bereich **Telemedizin und Teletherapie**, gibt es zahlreiche Projekte, insbesondere zur körperlichen Rehabilitation (Laschkolnig 2021; Ramovs et al. 2024, 16-19).³

Gleichzeitig werden **Herausforderungen im Zusammenhang mit Begrifflichkeiten** deutlich. So werden insbesondere die Begriffe Telehealth, Telecare, Teletherapy und Telemedicine häufig synonym verwendet. In vielen Studien ist zudem nicht eindeutig definiert, welche Leistungen unter diesen Begriffen zusammengefasst werden und durch welche Berufsgruppen sie erbracht werden, wodurch generalisierte Aussagen als herausfordernd bewertet werden. Beispielsweise bescheinigt eine breit angelegte Übersichtsarbeit über den Einsatz von Telemedizin in den europäischen WHO-Mitgliedsstaaten einen hohen Umsetzungsgrad in der Region, ohne eine Definition von „Telemedicine“ zugrunde zu legen (vgl. Saigí-Rubió et al. 2022).

Um ein einheitliches Verständnis zu schaffen, wird an dieser Stelle geschärft, was in der vorliegenden Studie unter „Telecare“ verstanden wird. Basis für dieses Verständnis ist, dass Telecare synonym mit „Telepflege“ verwendet wird.

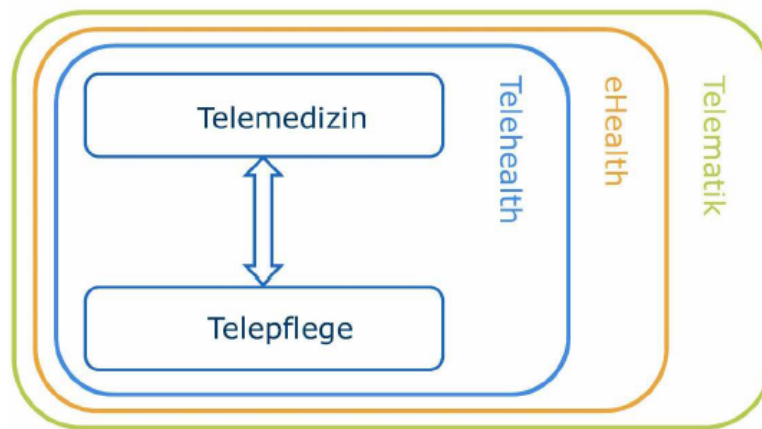
3.1 Telecare im internationalen Kontext

Hahnel et al. (2020) haben in ihrer in Deutschland durchgeführten „Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung“ bereits umfassend abgehandelt, wie sich der Begriff „Telepflege“ einordnen lässt und unterschiedliche nationale und internationale Definitionen zusammengetragen. Demnach werden Telepflege und Telemedizin (oder auch Teletherapie) als gleichrangige Teilbereiche von Telehealth gesehen, was wiederum einen Teilbereich von übergeordneten Strukturen darstellt (Abbildung 1). Telehealth wird von der WHO definiert als *„delivery of health care services, where patients and providers are separated by distance. Telehealth uses ICT for the exchange of information for the diagnosis and treatment of diseases and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health professionals.“* (WHO and International Telecommunication Union 2022).

Im Gegensatz zu Telemedizin, welche als Teilbereich von Telehealth in Deutschland seit 2012 gesetzlich verankert ist, ist das für Telepflege zum Zeitpunkt der Publikation nicht der Fall (Hahnel et al. 2020, S. 33).

³ Sowohl in der Internetrecherche als auch im direkten Kontakt mit Anbieterinnen und Anbietern diverser Technologien kristallisiert sich heraus, dass es für die meisten Anwendungen keine systematischen Evaluierungen mit Wirkungsnachweisen gibt.

Abbildung 1: Einordnung von Telepflege



Quelle und Darstellung: Hahnel et al. (2020), mit freundlicher Genehmigung der Urheber:innen

Die Autorinnen und Autoren haben auf Basis unterschiedlicher Begriffsbestimmungen für ihre Studie folgende Definition für Telepflege formuliert:

„Unter Telepflege im Sinne dieser Studie wird verstanden, dass beruflich Pflegenden unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses austauschen mit: pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, anderen beruflich Pflegenden und weiteren professionellen Akteuren (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apothekern etc.). Gegenstand der Studie sind solche Angebote/Leistungen der Telepflege, die unter der überwiegenden Verantwortung beruflich Pflegenden ggf. in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren erbracht werden.“ (Hahnel et al. 2020, S. 35).

Als Ergebnis der Studie zeigten sich fünf Handlungsfelder für die Anwendung von Telecare:

- Datenaustausch mittels elektronischer Datenerfassung und Dokumentation in der Pflege,
- technische Assistenzsysteme,
- Wundmanagement,
- Robotik und
- Beratung, Aufklärung und Anleitung,

wobei diese nicht immer trennscharf voneinander abgegrenzt werden können (Hahnel et al. 2020, S. 46).

Die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland floss in weiterer Folge in die Definition von Telecare für die gegenwärtige, österreichische Studie ein. Zusätzlich finden sich die von ihnen recherchierten Definitionen, ergänzt um weitere Auslegungen, in Anhang 2: Definitionen von Telecare.

3.2 Telecare in dieser Studie

Ähnlich wie in Deutschland findet sich für Österreich keine einheitliche Definition von „Telecare“. Während Telemedizin im Berufsgesetz der Mediziner:innen und der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD) explizit genannt wird (ÄrzteG 2025, § 49 Abs. 2; MTDG 2025, § 28 Abs. 3), weist jenes der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe keine Verankerung des Begriffes Telecare oder synonym verwendeter Termini auf. Allerdings ist im Berufsbild des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festgelegt, dass Pflege unmittelbar und mittelbar erfolgen kann (GuKG 2025, § 12 Abs. 1) – je nach Auslegung des Begriffs „mittelbar“ kann dies auch die Pflege aus der Ferne umfassen (MTDG 2025).

Das BMSGPK (2024d) versteht unter **Telemedizin** „[...] die Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientin bzw. Patient und Gesundheitsdiensteanbieter (GDA, das sind insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegepersonal) oder zwei GDA nicht am selben Ort anwesend sind.“ In dieser Definition fallen unter Telemedizin insbesondere Telemonitoring, Teletherapie, Telekonzil und Telekonferenz (BMSGPK 2024d).

Mun et al. (2023) erweitern das Handlungsfeld um den Aspekt der Asynchronität – demnach kann Telecare nicht nur räumlich, sondern auch zeitlich unabhängig erbracht werden.

Die Synthese der Definitionen von Hahnel et al. (2020), BMSGPK (2024d) und Mun et al. (2023) mündet in folgendem Verständnis: Im Kern umfasst Telecare die Erbringung von pflegerischen Leistungen via Informations- und Kommunikationstechnologien. Dabei ist die dienstleistende Person eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. ein Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP), die bzw. der mit Menschen mit Pflegebedarf, deren Angehörigen und mit anderen DGKP oder Pflegeassistenzkräften (synchron und asynchron) kommuniziert. Im weiteren Sinne können unter Telecare auch der elektronische Datenaustausch oder technische Assistenzsysteme (wie z. B. Robotik, Sensorik oder Aktorik) verstanden werden. Künstliche Intelligenz (KI) ist dabei als Querschnittmaterie zu sehen, die in allen Handlungsfeldern von Telecare unterstützend eingesetzt werden kann.

Die Studie widmet sich insbesondere den als Kern beschriebenen Leistungen. Telecare im weiteren Sinne wird grob umrissen, indem die Ergebnisse rezenter Übersichtsarbeiten zusammengefasst und ggf. um Erkenntnisse aus den Experteninterviews oder Study Visits erweitert werden, ist aber nicht Schwerpunkt des Forschungsauftrages.

4 Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln 4.1 bis 4.4 werden Wirkungen, Potenziale und Herausforderungen rund um Telecare beschrieben und nationale wie auch internationale Umsetzungsbeispiele zusammengefasst. Kapitel 4.5 streift die Themenbereiche Smart-Home-Gesundheitstechnologien, Robotik und künstliche Intelligenz. Im darauffolgenden Abschnitt 4.6 findet sich die deskriptive Beschreibung der Ergebnisse der quantitativen Erhebung zum Thema Digitalisierung in der Pflege.

4.1 Wirkung von Telecare

In vielen Publikationen zur Wirksamkeit von Telepflege wird attestiert, dass **die Evidenzen zur Wirksamkeit schwer zu erfassen** sind. Dies liegt unter anderem daran, dass es sich um ein neues Forschungsfeld handelt (Buss et al. 2018). Zudem sind sowohl Outcomes der Vergleichsinterventionen, Messgrößen und Qualität der Studien auch als die Definition der Telepflege sehr heterogen (Ariyanto et al. 2024; Buss et al. 2018; Hasseler et al. 2022; Mun et al. 2023; Zhang et al. 2023). McFarland et al. (2019) weisen darüber hinaus darauf hin, dass bei der Interpretation der Ergebnisse die nationalen Rahmenbedingungen und Kontexte zu beachten sind, z. B. wenn Telecare mit Hauskrankenpflege verglichen wird. Ein weiterer Aspekt betrifft die Definition der Begriffe Telemedizin und Telepflege. In vielen Studien würde die Abgrenzung zwischen Telemedizin und Telepflege unzureichend geklärt oder wird beides unter dem Begriff „Telecare“ subsumiert. Eine weitere Limitation in der Vergleichbarkeit stellt die Heterogenität der Pflegebedürftigkeit im Alter dar, die auch in der Progression und in den Auswirkungen abhängig von vielen Faktoren unterschiedlich ist, auch wenn Pflegestufen Homogenität suggerieren (Hasseler et al. 2022).

Trotz dieser Herausforderungen und Limitationen zeigen einige Studien **positive Effekte** von Telepflegeinterventionen. In den Ergebnissen wird Telepflege mit einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens in Verbindung gebracht, insbesondere durch gezielte Beratung und Aufklärung (Ariyanto et al. 2024; Yang et al. 2019; Zhang et al. 2023). Auch in Bezug auf Diabetesmanagement gibt es Hinweise darauf, dass Telepflege im Vergleich zur häuslichen Versorgung vor Ort effektiver oder zumindest gleich wirksam sein könnte (Park et al. 2023; Yang et al. 2019). Eine Metaanalyse zu Telemonitoring bei Herzinsuffizienz von Yun et al. (2018) zeigte, dass Telemonitoring mit einer signifikanten Reduktion der Gesamtsterblichkeit und der herzinsuffizienzbedingten Mortalität verbunden war. Tägliches Monitoring der Gesundheitsdaten sowie der regelmäßigen Medikamenteneinnahme wurden als wirksame Faktoren identifiziert.

Die Ergebnisse einer anderen Metaanalyse zeigten, dass Telepflege im Vergleich zur In-persona-Hauskrankenpflege eine positive Wirkung auf Depression haben könnte. Allerdings fanden die Autorinnen und Autoren der Studie keine signifikanten Effekte auf die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Teilnehmenden im Vergleich zu Face-to-face-Pflege (Mun et al. 2023). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen McFarland et al. (2019). Auch hier zeigten sich keine signifikanten Effekte auf zentrale gesundheitliche Parameter wie Lebensqualität, psychisches Wohlbefinden, Angst, Depression, krankheitsspezifische Outcomes oder die Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (McFarland et al. 2019).

Einige Studien untersuchten mitunter Effekte der Telepflege auf die Versorgungsinfrastruktur. Diesbezüglich gab es Hinweise auf eine Reduktion der Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalten durch Telepflegeinterventionen (Mun et al. 2023; Zhang et al. 2023). Eine andere zusammenfassende Studie weist jedoch auch darauf hin, dass diese Unterschiede zur persönlichen pflegerischen Versorgung nicht immer statistisch signifikant sind (Yun et al. 2018).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde lässt sich vorsichtig ableiten, dass **Telepflege als Ergänzung zur persönlichen Versorgung** verstanden werden kann. In einigen Kontexten wurden zumindest vergleichbare Ergebnisse erzielt, was auf eine mögliche Gleichwertigkeit hinweist. Welche Effekte sich im Einzelnen realisieren lassen, hängt offenbar stark vom Setting, von der Einbettung in bestehende Strukturen und von klaren Abläufen ab.

Ergänzungen aus den Experteninterviews

In den Interviews mit Expertinnen und Experten wurde die Wirksamkeit von Telepflege überwiegend vorsichtig, aber insgesamt positiv eingeschätzt. So wurden spürbare Verbesserungen in der Erreichbarkeit von Fachpersonen, eine schnellere Reaktionsmöglichkeit bei akuten Verschlechterungen und eine erlebte Zunahme von Sicherheit aufseiten der zu Pflegenden beschrieben. Zugleich wurde herausgestellt, dass beobachtete Effekte stark vom jeweiligen Setting sowie von Kompetenzen, Ressourcen und Rahmenbedingungen abhängen. Besonders häufig wurden Vorteile dort geschildert, wo Mobilität eingeschränkt ist. Mehrere Befragte betonten, dass digitale Interaktion klassische Beziehungsarbeit nicht ersetzt, aber gezielt eingesetzt Versorgungsqualität unterstützen kann. In zumindest einem Interview wurde die geringe Zahl belastbarer Wirksamkeitsstudien kritisiert und angemerkt, dass Angaben zur Wirksamkeit häufig auf Herstellerinformationen⁴ beruhen.

Im nächsten Kapitel werden die Potenziale von Telepflege skizziert, die bei passender Ausgestaltung sowohl Personen mit Pflegebedarf und deren An- und Zugehörige als auch Pflegefachkräfte im Alltag unterstützen kann.

4.2 Potenziale

In diesem Abschnitt werden Potenziale von Telepflege beschrieben. Es handelt sich nicht um gesicherte Wirksamkeit, sondern um Bereiche, in denen Telepflege bei bedarfsgerechter Ausgestaltung Nutzen stiften kann. Die zuvor dargestellte Evidenzlage zu Effekten bleibt der Referenzrahmen. Hier geht es um organisatorische, prozessuale und teilhaberelevante Möglichkeiten, die je nach Setting, Ressourcen, Kompetenzen und rechtlichen Bedingungen unterschiedlich realisierbar sind. Potenziale sind folglich kontextabhängig, bedürfen fortlaufender Evaluation und sollten mit einem Gerechtigkeits- und Zugangsrahmen gedacht werden, damit keine neuen Barrieren entstehen. Nach dieser Einordnung lassen sich verschiedene Potenzialfelder benennen, in denen Telepflege vielversprechend erscheint.

⁴ Diese Einschätzung deckt sich mit projektbegleitenden Beobachtungen auf Fachmessen, bei denen Herstellerangaben häufig als primäre Evidenzquelle präsentiert wurden.

Potenziale von Telepflegeanwendungen werden in der Erweiterung des pflegerischen Angebots, bzw. der pflegerischen Versorgung verortet. Auch könnte deren Nutzung die Sicherheit, die Kontinuität und die Versorgungsqualität stärken, die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachkräften positiv beeinflussen sowie Gesundheitskompetenz und Zufriedenheit von zu Pflegenden und Angehörigen erhöhen (von Reibnitz 2024). Besonders sichtbar werden diese Potenziale im Zusammenhang mit Erreichbarkeits- und Mobilitätsbarrieren. So könnten beispielsweise videobasierte Angebote Teilhabe und Selbstmanagement erleichtern (Banbury et al. 2018; Rush et al. 2022). Portale mit verständlich aufbereiteten Informations- und Schulungsangeboten könnten auch die Sicherheit und Selbstwirksamkeit von Angehörigen erhöhen und Überforderung vorbeugen (Paldán et al. 2024). In ländlichen Regionen mit langen Wegen oder fehlender Infrastruktur fällt das besonders ins Gewicht. Auch bei Personen, die das Haus nicht verlassen können, ist der Mehrwert besonders sichtbar, denn durch Telepflege können niedrigschwellige, ortsunabhängige Kontakte, vermeidbare Wege, flexiblere Terminlagen und die Möglichkeit, Leistungen „in place“ zu erbringen, ermöglicht werden (Banbury et al. 2014; Hainzl et al. 2024; McFarland et al. 2019; Rush et al. 2022). Dies könnte besonders in Hinblick auf die steigenden Zahlen bei postviralen Erkrankungen (z. B. bei ME/CFS) relevant sein sowie für die selbstbestimmte, gesundheitliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, wie auch themenbezogene Praxisleitfäden betonen (BMSGPK 2024a; Hainzl et al. 2024).

Telekontakte erleichtern die Einbindung von Angehörigen und die interprofessionelle Abstimmung, was Teilhabe stärkt und Entscheidungsfindungen erleichtert (Ford et al. 2023; Kim et al. 2024). Zudem werden ortsunabhängige Begleitung, sichtbare Mimik und Gestik in Videokontakten, Ausbau digitaler Kompetenzen und die Option, Expertise auch ohne aufsuchende Einsätze einzubringen positiv bewertet. Teils wird eine Vertiefung der Beziehungsarbeit berichtet (Caritas der Erzdiözese Wien 2021; Paldán et al. 2024). Tele-Familienkonferenzen können Verbundenheit fördern und die virtuelle Präsenz der Behandelnden erlebbar machen (Chou et al. 2021). Auch begleitete Online-Selbsthilfegruppen erleichtern den Erfahrungsaustausch und können bei guter Moderation den Alltag entlasten (Paldán et al. 2024).

In der Literatur zeigten sich auch Potenziale in der früheren Erkennung klinischer Verschlechterung und der Möglichkeit, schneller Maßnahmen einzuleiten, in der Einbindung sogenannter „Distant Carer“⁵ sowie in gestärkter interprofessioneller Kommunikation. Zugleich werden verbesserte Dokumentation und schnellere Informationsverfügbarkeit als häufigste unmittelbare Vorteile ausgewiesen (Hahnel et al. 2020). In Einrichtungen können sich definierte Zeitslots für Videosprechstunden bewähren. Dies erhöht Planbarkeit und reduziert Reibungsverluste. Eine Vorabrollenklärung (z. B. Tele-Facilitator) kann die Vorbereitung unterstützen und das Team vor Ort entlasten (Ford et al. 2023). Für spezifische Settings zeigt die Evidenz Mehrwerte der telekonsiliarischen Einbindung (z. B. Wundversorgung mit Augmented-Reality-Unterstützung) sowie APN-Rollen für Patientensicherheit im häuslichen Kontext (Schneider et al. 2025). Weitere Potenziale digitaler Pflegeanwendungen liegen in Arbeitsentlastung durch klar strukturierte Abläufe und digitale Assistenzfunktionen, in Qualitätssteigerung durch standardisierte Dokumentation und schnellere Informationsverfügbarkeit sowie in Kompetenzentwicklung durch gezielte Anleitung und Mentoring im Alltag. Darüber hinaus können Teleanwendungen im Gesundheitsbereich zur pandemischen Resilienz beitragen. Telepflege erleichtert Infektionsschutz (Reduktion

⁵ Als „Distant Carers“ (auch: „Long-distance Caregivers“) gelten informell Pflegenden, die Betreuung, Koordination und/oder Pflege für eine nahestehende Person aus geografischer Distanz erbringen (Kricheldorf et al. 2019).

direkter Kontakte, Schutz vulnerabler Gruppen) und unterstützt die Aufrechterhaltung der Grundversorgung bei eingeschränkter Mobilität oder in Krisenlagen (Banbury et al. 2014; Schlicht et al. 2025). Ein zentrales, mehrsprachiges Verzeichnis digitaler Angebote schafft Orientierung, ermöglicht passende Empfehlungen und macht Kosten transparent (Paldán et al. 2024).

Ergänzend zeigen die Ergebnisse der IGES-UTiP-Befragung eine insgesamt zurückhaltende Bewertung der Potenziale. Eine Mehrheit erwartet vor allem eine Verringerung körperlicher Belastungen (ambulant 58,9 %, teilstationär 57,8 %, vollstationär 66,1 %), seltener wird psychische Entlastung gesehen (ambulant 45,3 %, teilstationär 45,4 %, vollstationär 32,3 %) und nur rund ein Fünftel rechnet mit einer Senkung des Personaleinsatzes pro Person mit Pflegebedarf (ambulant 12,6 %, teilstationär 26,4 %, vollstationär 19,6 %) (Braeseke et al. 2020).

Ergänzungen aus den Experteninterviews

Ergänzend zu den Literaturbefunden betonten die Expertinnen und Experten in den Interviews vor allem Potenziale in der Arbeitsorganisation und im Arbeitsalltag. Genannt wurden messbare Entlastungen durch wegfallende An- und Rückfahrten bei kurzen Kontakten (mit dem Nebeneffekt geringerer CO₂-Emissionen) sowie zusätzliche Einsatzmöglichkeiten für Pflegefachpersonen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr aufsuchend tätig sein können. Aus Sicht der Einrichtungen kann Telepflege so die Attraktivität des Berufsfelds erhöhen und vorhandene Expertise halten. Auf Versorgungsseite wurden Portallösungen und die selbstständige Terminbuchung als Chancen benannt, denn sie können Wartezeiten verkürzen und erreichen berufstätige Personen besser. Qualitativ gleichwertige, durch Fachpersonal bereitgestellte Informationen und videogestützte Gespräche wurden als Beiträge zu mehr Transparenz und Entscheidungssicherheit hervorgehoben, insbesondere durch die bessere Objektivierung kritischer Situationen und den strukturierten Datenzugang.

Für die Nutzer:innen wurden zusätzliche Zugewinne jenseits der reinen Erreichbarkeit beschrieben. Niedrigschwellige soziale Kontakte können Sicherheit vermitteln, digitale Routinen stärken die Gesundheitskompetenz und zielgruppengerechte Endgeräte erhöhen die Nutzungsbereitschaft. Als spezifische Potenziale gelten laut Expertinnen und Experten zudem die Einbindung ärztlicher „Linking-Funktionen“ zwischen Berufsgruppen (derzeit eher Perspektive als Routinepraxis) und der Nutzen in Ausnahmefällen, z. B. bei Naturereignissen, wenn ortsunabhängige Begleitung die Aufrechterhaltung von Versorgung unterstützt. Die Aussagen der Expertinnen und Experten verweisen darauf, dass Telepflege neben Reichweiten- und Teilhabeeffekten auch interne Stabilisierung bewirken kann. Dies kann durch planbare Kontaktformen, transparente Informationsflüsse und neue, kompetenzerhaltende Rollenprofile erleichtert werden.

4.3 Herausforderungen

Die Einführung von Telepflege stößt auf rechtliche Unsicherheiten, wenn Tätigkeiten eine unmittelbare körperliche Präsenz oder lückenlose Beobachtung erfordern. Dies betrifft etwa das Anleiten beim Medikamentenmanagement oder das Anlegen von Verbänden (Caritas der Erzdiözese Wien 2021). Über den nationalen Kontext hinaus verweisen Rettinger et al. (2023) zudem auf generische Policy-Barrieren wie Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen, unklare

Abrechnungs- und Erstattungsmodalitäten sowie weitere arbeits- und gesundheitspolitische Regelungen, die den Einsatz videobasierter Angebote begrenzen.

Eine weitere Herausforderung betrifft die Infrastruktur und Zugangsvoraussetzungen. Telepflege setzt aufseiten der Personen mit Pflegebedarf eine funktionierende technische Grundausstattung voraus, insbesondere geeignete Endgeräte und eine stabile Internetverbindung (Ariyanto et al. 2024). Dabei sind jedoch strukturelle Defizite wie eine unzureichende Netzabdeckung im extramuralen Bereich zu berücksichtigen (Braeseke et al. 2020). Wie die Situation diesbezüglich von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen in Österreich wahrgenommen wird, wird in Kapitel 4.6 beschrieben. In der Praxis kommen weitere Hürden hinzu, denn begrenzte Verfügbarkeit von Technik, zusätzliche Kosten, schwankende Bandbreiten und Verbindungsabbrüche erschweren die Techniknutzung. Zudem sind heterogene Digitalkompetenzen aller Betroffenen eine Herausforderung beim Technikeinsatz. In diesem Zusammenhang wird auf einen Policy Brief der WHO verwiesen, der einen dringenden Handlungsbedarf in Bezug auf Steigerung der digitalen Kompetenzen von Gesundheitspersonal attestiert (Williams et al. 2025).

Der Markt für telepflegerische Lösungen ist durch uneinheitliche Reifegrade, begrenzte Benutzerfreundlichkeit und eine schwer überschaubare Angebotslandschaft gekennzeichnet, was den Einführungs- und Schulungsaufwand in Einrichtungen erhöht (Braeseke et al. 2020). Wiederholt werden zudem technische Zuverlässigkeitsprobleme, fehlende nutzerfreundliche Software, unklare Standards und ausgeprägte Lernkurven beim Einstieg in videobasierte Versorgung beschrieben (Rettinger et al. 2023). Schnittstellenprobleme zwischen Anwendungen und Dokumentationssystemen sowie der selten mögliche sichere Datenaustausch mit externen Akteurinnen und Akteuren führen zu zusätzlichem administrativem Aufwand (Braeseke et al. 2020).

Auf der Nutzerseite können altersassoziierte Beeinträchtigungen die Bedienung von Endgeräten erschweren (Zhang et al. 2023). Als zielgruppenspezifische Faktoren werden zusätzlich Seh-/Hörbeeinträchtigungen, kognitive Einschränkungen, Sprachkompetenzen sowie geringe Technologieerfahrung genannt, die den Einsatz weiter begrenzen (Rettinger et al. 2023). Darüber hinaus eignen sich bestimmte Technologien nur bedingt für alle Zielgruppen. Augmented-Reality-Brillen verdecken etwa große Teile des Gesichts und beeinträchtigen die für Betreuungssituationen wichtige Mimik, was insbesondere bei Menschen mit Demenz herausfordernd sein kann (Schneider et al. 2025). Im häuslichen Umfeld fehlen nicht selten Rückzugsräume, folglich beeinträchtigen mangelnde Privatsphäre, Lärmquellen, begrenzter Platz sowie fehlende Materialien die Konsultationsqualität. Auch die Abwesenheit von Personen, die bei Technikbedienung unterstützen, wirkt als Hürde (Rettinger et al. 2023).

Als weitere Barrieren in Bezug auf Telepflege werden Sicherheitsaspekte, herausfordernde Interaktionen sowie begrenzte Technikkompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten aufseiten der Menschen mit Pflegebedarf genannt (Rettinger et al. 2023). Wie bereits erwähnt, kann Telepflege körpernahe Tätigkeiten nicht ersetzen. Dort, wo haptische Befunde, Geruchswahrnehmungen oder eine präzise Anleitung im unmittelbaren physischen Kontakt erforderlich sind, stößt sie an Grenzen und die Qualität klinischer Einschätzungen hängt von Kameraperspektiven sowie Audio-/Videoparametern ab (Ariyanto et al. 2024; Rettinger et al. 2023). Für bestimmte Interventionen werden konkrete Sicherheitsrisiken berichtet (z. B. Sturzgefahr). Fehlende Schutzmaßnahmen und unüberwachte Übungsausführung können fehlerhafte Techniken begünstigen (Rettinger et al. 2023). In der Versorgungspraxis bedarf es daher der sorgfältigen Einschätzung,

wann weitere Dienste, wie psychologische Unterstützung, hinzuzuziehen sind (Caritas der Erzdiözese Wien 2021).

Aufseiten der Organisationen werden Akzeptanzvorbehalte, insbesondere bei älteren Beschäftigten, und ein erheblicher Zeitbedarf für die Einführung neuer Technologien berichtet (Braeseke et al. 2020). Geäußert werden zudem Sorgen vor Betrugsmaschinen (vor allem bei älteren Klientinnen und Klienten) sowie aufseiten der Pflegeberufe Befürchtungen hinsichtlich negativer Außenwahrnehmung des Berufsbilds (Rettinger et al. 2023).

Zugleich können videobasierte Entlastungsgespräche mit Angehörigen aufgrund ihrer Dauer und emotionalen Dichte hohe Anforderungen an Achtsamkeit, Abgrenzung und Selbstfürsorgekompetenzen der beratenden Pflegefachpersonen stellen (Caritas der Erzdiözese Wien 2021). Reduzierte nonverbale Rückmeldungen, kulturelle und ethische Aspekte, wahrgenommene Mehrbelastungen und unzureichender organisatorischer Support wirken zusätzlich hemmend. Zusätzlich erhöhen Sprachbarrieren das Risiko von Missverständnissen. Neben eingeschränkter Nonverbalität gelten Aufbau von Vertrauen/Beziehung, wahrgenommene Unpersönlichkeit und verringerte Nuancenerfassung als zusätzliche Hürden. Dolmetschleistungen fehlen in der Praxis meist und werden als konkretes Umsetzungsproblem benannt, das jedoch im Sinne der Chancengerechtigkeit mitgedacht werden sollte (Rettinger et al. 2023).

Weitere zentrale Barrieren betreffen ungeklärte Finanzierungsfragen auf Einrichtungs- und Systemebene sowie unsichere Erstattungsregelungen für telebasierte Leistungen, die Investitionsentscheidungen und die nachhaltige Verankerung entsprechender Angebote erschweren (Braeseke et al. 2020; Rettinger et al. 2023).

Ergänzungen aus den Experteninterviews

Die Interviews mit Expertinnen und Experten bestätigten die zuvor beschriebenen Herausforderungen in Bezug auf Telepflege und ergänzten sie um praxisnahe Aspekte. Wiederholt genannt wurden personelle Engpässe und der erhebliche Umstellungs- und Einschulungsaufwand (inkl. zusätzlichem Support bei Gerätestörungen), der Akquise und Regelbetrieb bremst.

Vorbehalte im Umfeld, insbesondere ablehnende Haltungen von Angehörigen und Hausärztinnen und Hausärzten, erschweren die Nutzung digitaler Technologien zusätzlich. Neben bereits thematisierten Fragen der Interoperabilität und Netzabdeckung traten Fragmentierung des Marktes, fehlende Folgefinanzierung (insbesondere nach Pilotprojekten) sowie ungeklärte Zuständigkeiten/Wartungsfragen hervor. Auch mehrfach angesprochen wurden Regelungs- und Zuständigkeitslücken im digitalen Austausch zwischen Berufsgruppen sowie die nur teilweise erreichte Anbindung bestehender Infrastrukturen (z. B. elektronische Gesundheitsdienste oder ELGA⁶), was Übergänge verlangsamt und Mehraufwände in Umstellungsphasen erzeugt. Im Zusammenhang mit Nutzerinnen und Nutzern wurden Exklusionsrisiken für Personen mit geringerer Digitalkompetenz und für Menschen mit Sprach- bzw. kulturellen Barrieren benannt. Hinzu

⁶ Die fehlende Praktikabilität von ELGA wurde auch in der parallel laufenden Studie zur medizinischen Versorgung in der stationären Langzeitpflege vielfach thematisiert. Das Problem liegt neben den hohen Anschaffungs- und laufenden Kosten hauptsächlich in der verzögerten Einspielung von Daten seitens der Krankenhäuser und Wahlärztinnen/Wahlärzten und in der mangelnden Interaktionsmöglichkeit.

kommen Orientierungsprobleme in einer unübersichtlichen Angebotslandschaft (unklar, welche Lösung zu welcher Lebenslage passt) und Vertrauensfragen (Datenschutz/Transparenz, Misstrauen gegenüber digitalen Verfahren). Für alltagsnahe Anwendungen verwiesen die Expertinnen und Experten auf ökologische Passungsprobleme (unter Laborbedingungen funktionierende Lösungen stoßen in realen Wohnsituationen an Grenzen), auf Stigmatisierungseffekte bestimmter Wearables sowie auf Lieferantenrisiken und Technologiefuktuation, die langfristige Investitionssicherheit mindern. Schließlich wurden Resilienzfragen auf Systemebene (z. B. Blackouts/Krisen) und die Balance zwischen Unterstützung und Überwachung als ethische Spannungsfelder benannt mit dem Hinweis, dass mehr (Sensor-)Daten nicht automatisch Entlastung bringen, sondern Interpretations- und Verantwortungsaufwand erhöhen.

4.4 Telecare Praxisbeispiele

Im Anschluss an die theoretische Aufbereitung wurden im Zuge dieser Studie Praxisbeispiele recherchiert, die der engeren Auslegung von Telecare entsprechen (siehe Kap. 3.2). In den folgenden Abschnitten findet sich eine Beschreibung dieser Beispiele.

4.4.1 KATI⁷ (Finnland)

Das finnische Projekt KATI ist die am umfassendsten beschriebene und evaluierte rezente Intervention im Bereich Telecare.

KATI, ein Akronym aus dem Finnischen (auf Deutsch etwa „Intelligentes Altern und Pflege zu Hause“), war ein Förderprojekt der finnischen Regierung, das zwischen 2021 und 2023 lief. Es zielte darauf ab, die Implementierung von technologischen Lösungen in der häuslichen Pflege im ganzen Land zu fördern. Die übergeordneten Ziele des KATI-Programms waren, ältere Menschen dabei zu unterstützen, in Würde in ihrem eigenen Zuhause zu altern, und mobile Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen und zu entlasten (Anttila, Heidi et al. 2023, 13-14).

Insgesamt umfassten die sechs KATI-Projekte etwa 13.500 Menschen, die zu Hause gepflegt wurden, und 4.500 Pflegekräfte. Getestet wurden 80 verschiedene Technologien, die acht Kategorien zugeordnet werden können (Anttila, Heidi et al. 2023, 20):

- Videobasierte Telepflege: Pflegekräfte kommunizieren über Tablets mit den Klientinnen und Klienten. Auch Gruppenangebote und Angehörigenkontakte sind möglich.
- Medikamentenmanagement: Erinnerungen, intelligente Dosiersysteme und Medikamentenroboter zur Unterstützung der sicheren Einnahme
- Vitalparameter-Fernmessung: Geräte zur Messung von Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Sauerstoffsättigung und Puls mit automatischer Datenübertragung
- Plattformlösungen: Sammeln von Gesundheitsdaten aus verschiedenen Quellen, (ggf.) KI-gestützte Analyse und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen

⁷ Der finnischsprachige Projektbericht wurde maschinell übersetzt und die Übersetzung KI-unterstützt auf fachliche Plausibilität überprüft.

- Sensorlösungen: Sensoren im Wohnraum erfassen Bewegungen, Schlaf, Türnutzung etc. und erhöhen Sicherheit.
- Rehabilitative Technologien: unterstützen physische, funktionale oder soziale Fähigkeiten
- Lösungen für Pflegekräfte: Tools zur Schulung, Information und Unterstützung des Personals

Die Ergebnisdarstellung aus dem Programm speist sich aus zwei Quellen: den Projektberichten aus den sechs Projektregionen sowie der übergeordneten Gesamtevaluierung durch eine Forschungseinrichtung. Während Letztere die Outcomes insgesamt bewertete, liefern die Projektberichte Erkenntnisse zu jeder der acht oben angeführten Kategorien.

Erkenntnisse zur Telepflege aus den Projektberichten

Für die videobasierte Telepflege zeigten sich Effekte bei den Kundinnen und Kunden ($n = 126$), deren Angehörigen ($n = 38$) und beim Pflegepersonal ($n = 104$). Auch ökonomische Aspekte wurden von den Autorinnen beschrieben.

Kundinnen und Kunden empfanden die Telepflege als wichtig und nützlich. Sie schätzten die einfache Möglichkeit, mit Pflegekräften oder Angehörigen zu sprechen, und fühlten sich durch die regelmäßigen Kontakte sicherer und weniger einsam. Besonders positiv wurde wahrgenommen, dass die Pflegekraft „nur für mich da“ sei und man über den Tag sprechen könne. Einige äußerten jedoch Bedenken, etwa wegen technischer Probleme wie Verbindungsabbrüchen oder weil das Gerät sie an das Zuhause band. Manche lehnten die Technologie trotz Einführung und Erklärung ab – aus Angst oder Unsicherheit (Anttila, Heidi et al. 2023, 24).

Angehörige berichteten, dass die Telepflege ihre Sorgen deutlich reduzierte. Sie konnten den Zustand ihrer Liebsten besser einschätzen und fühlten sich durch die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme beruhigt. Telepflege wurde als wertvoll und notwendig angesehen. Einige Angehörige äußerten jedoch, dass die Technologie für Menschen mit Demenz zu verwirrend sei oder dass herkömmliche Telefonate „natürlicher“ wirkten. Auch wurde angemerkt, dass schriftliche Kommunikation über Tagebuchfunktionen hilfreich sein kann – allerdings gab es vereinzelt Probleme mit der Antwortzeit. Für die Fernrehabilitation von Angehörigen zeigte sich, dass diese Form der Unterstützung als wichtig und entlastend empfunden wurde. Die Teilnehmenden mussten ihre Angehörigen mit Pflegebedarf nicht allein lassen und konnten sich selbst stärken. Technische Probleme und mangelnde Informationen über verfügbare Angebote wurden jedoch als Hürden genannt (Anttila, Heidi et al. 2023, 24).

Pflegekräfte bewerteten die Telecare-Technologie als funktional und zuverlässig. Die Einführung und Nutzung der Tablets waren einfach und die Verbindung zu den Kundinnen und Kunden wurde als stabil beschrieben. Die Pflegekräfte konnten durch die Telepflege die Selbstständigkeit der Kundinnen und Kunden fördern und deren Gesundheitszustand besser beobachten. Besonders bei der Medikamentenvergabe erhöhte sich die Sicherheit. Technische Herausforderungen wie Akkuprobeme oder Softwarefehler wurden jedoch ebenfalls genannt (Anttila, Heidi et al. 2023, 24).

Die **ökonomische Betrachtung** des Telecare-Angebotes zeigte, dass durch videobasierte Telepflege Hausbesuche reduziert und Fahrzeiten eingespart werden konnten. Ein Beispiel: In Ikaalinen wurden bei zehn Kundinnen und Kunden innerhalb eines Monats 9,2 Hausbesuche pro

Person durch Fernpflege ersetzt. Das entsprach einer Einsparung von 904 km und 15 Stunden Fahrzeit – hochgerechnet etwa 62.000 Euro pro Jahr. Durch Telecare kann ein Teil der Besuche zeitlich aus Stoßzeiten verlagert werden. Die eingesparte Arbeitszeit und Arbeitskraft können neu verteilt und z. B. für Kundinnen oder Kunden genutzt werden, die einen Hausbesuch benötigen. Die Telepflege ermöglicht auch die Überwachung der Medikamenteneinnahme und erhöht die Sicherheit der medikamentösen Behandlung. Dies kann die Anzahl von Notfallbesuchen und Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit der Medikamentensicherheit verringern. Telecare wirkt sich auch auf Faktoren des Arbeitswohlbefindens des Personals und damit auf die Kosten aus. Die Videotelefonie ermöglicht z. B. Ersatzarbeit in Situationen, in denen die Pflegekraft aus bestimmten Gründen keine Hausbesuche durchführen kann. Dies kann sich auf Krankheitsausfälle und die Krankheitskosten der Arbeitgeber:innen auswirken. Telepflege ermöglicht auch die Kombination verschiedener Arbeitsformen, was zu einer besseren Arbeitszufriedenheit führen kann. Nach teilweise hohen Investitionskosten zu Beginn stellen die größten laufenden Kosten die monatlichen Miet- und Lizenzgebühren für die Geräte dar (Anttila, Heidi et al. 2023, 44-45).

Erkenntnisse aus der begleitenden Evaluation

Die begleitende Evaluation beleuchtete die Wirkungen auf Ebene des gesamten Programmes, also nicht nur für die Telecare-Intervention.

Auswirkungen auf das Wohlbefinden älterer Menschen

Die eingesetzten Technologien – insbesondere Telepflege, Medikamentenroboter und Sensorlösungen – verbesserten laut Befragungen das Sicherheitsgefühl, die Selbstständigkeit und die Lebensqualität der älteren Menschen. Auch Angehörige berichteten von weniger Sorgen. Konkrete Ergebnisse waren:

- weniger Stürze
- weniger Einsamkeit
- mehr Unterstützung durch Pflegehilfskräfte
- bessere Selbstständigkeit bei alltäglichen Aufgaben
- höheres Verbesserungspotenzial der funktionalen Fähigkeiten

Eine Analyse von RAI-Daten (Anm. d. V.: Pflegebedarfserhebungsinstrument) zeigte, dass Nutzer:innen von Technologien tendenziell jünger, selbstständiger und weniger pflegebedürftig waren als andere Kundinnen und Kunden.

Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit

Zwei große Befragungen unter Pflegekräften zeigten, dass der Einsatz von Technologien mit einer leicht verbesserten Arbeitszufriedenheit einherging. Besonders in Einheiten mit vielen Technologien war die Belastung geringer und die Motivation höher. Insgesamt wurde der technologische Wandel positiv erlebt.

Nutzungserfahrungen und Veränderungen im Pflegealltag

Pflegekräfte berichteten, dass die Technologien neue Fähigkeiten und Erkenntnisse über den Zustand der Menschen mit Pflegebedarf ermöglichten. Die Technik erleichterte die Arbeit, wenn sie sinnvoll integriert war. Gleichzeitig gab es auch Skepsis, wenn der Nutzen nicht klar erkennbar war. Die Akzeptanz stieg mit zunehmender Erfahrung.

Erfolgsfaktoren bei der Einführung

Die technische Integration der Lösungen in bestehende Systeme war oft noch im Planungsstadium. Besonders gut funktionierten Plattformlösungen und Sensoren, die bereits in bestehende Systeme eingebunden waren. Die Nutzung der erzeugten Daten war bei Pflegekräften am weitesten fortgeschritten, während die Einbindung von Angehörigen und Entscheidungsunterstützungssystemen noch ausbaufähig war. Insgesamt wurden die Technologien als funktional und zuverlässig bewertet, mit Verbesserungspotenzial bei Integration und Schulung.

Auswirkungen auf die Wirtschaft und Unternehmen

Das Programm bot Unternehmen vielfältige Möglichkeiten zur Produktentwicklung und Markteinführung. Die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen und die Rückmeldungen aus der Praxis wurden als wertvoll eingeschätzt. Die KATI-Modelle und die Referenzarchitektur wurden von Unternehmen als hilfreiche Orientierung für Entwicklung und Ausschreibungen bewertet. Der geschätzte Marktwert für Technologien in der häuslichen Pflege in Finnland liegt je nach Lösung zwischen 20 und 150 Millionen Euro (Anttila, Heidi et al. 2023, 50-54).

Potenziale und Herausforderungen

Die begleitende Evaluierung zeigte sowohl Potenziale also auch Herausforderungen im Zusammenhang mit neuen Technologien in der häuslichen Pflege auf.

Zu den Potenzialen gehört die Möglichkeit, die Versorgung und Rehabilitation zu verbessern, indem Technologien eine angemessene Pflege unterstützen, die Unabhängigkeit älterer Menschen fördern und ihr Würdegefühl stärken. Ebenso können Technologien die Ressourcennutzung effizienter gestalten, was zu Kosteneinsparungen führt, die Arbeitsplanung erleichtert und es Fachkräften ermöglicht, trotz körperlicher Einschränkungen im Beruf zu bleiben. Ein weiterer Vorteil ist die effektive Datenerhebung und Überwachung, da Technologien die Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitszustand älterer Menschen erlauben. Auch die Sicherheit und die soziale Teilhabe können durch Technologien gestärkt werden, indem sie zum Sicherheitsgefühl beitragen und die soziale Interaktion älterer Menschen fördern. Nicht zuletzt ermöglichen Technologien den Erwerb neuer Fähigkeiten und Erkenntnisse.

Auf der Herausforderungsseite stehen technische Probleme und Fehler, die auftreten können, wie Schwierigkeiten mit der Internetverbindung, Datenübertragung, dem Laden von Batterien oder Fehlfunktionen der Geräte. Auch die Akzeptanz und Einarbeitung in die Technologie können eine Hürde darstellen, besonders bei älteren Menschen, oder wenn der Nutzen der Technologie nicht sofort ersichtlich ist. Die Wartung und Schulung, die für einen reibungslosen Einsatz

der Technologien notwendig sind, stellen weitere Herausforderungen dar. Schließlich kann auch Widerstand gegen Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung neuer Technologien auftreten (Anttila, Minna et al. 2023).

Es erging eine Anfrage an die Projektleiterin, ob bzw. inwiefern das Projekt weitergeführt wurde. Diese Anfrage blieb unbeantwortet.

4.4.2 Telepflege (Deutschland)

Das in den Landkreisen Oldenburg und Wesermarsch zwischen 2017 und 2020 laufende und durch den Europäischen Sozialfonds geförderte Projekt „Telepflege“ hatte zum Ziel, innovative und nachhaltige Lösungen für die pflegerische und medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu entwickeln und zu erproben, insbesondere durch den Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien. Im Fokus stand die Entlastung von Pflegefachkräften im ländlichen Raum durch die orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit von Fachkompetenz via Videotelefonie (mit Tablets und Smartphones) (Vaske et al. 2020, 2).

Die Telepflegetechnologie wurde in verschiedenen Anwendungssituationen getestet. Dazu gehörten die Beurteilung von Wunden und Wundverbänden durch Telemediziner:innen und Pflegedienstleitungen, Gespräche mit Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen, die Überprüfung von Medikamenten, die Konsultation von Ärztinnen und Ärzten bezüglich des Verhaltens oder des Gesamtzustands, die Begleitung von Pflegefach- und -hilfskräften bei der Pflege sowie die Anleitung von Auszubildenden während ihrer Pflegetätigkeiten (Vaske et al. 2020, 10).

Die Ergebnisse beruhen auf 79 Rückmeldungen von Fachkräften und zeigten, dass Telepflege einen besonderen Mehrwert bot, indem sie in unsicheren Pflegesituationen eine praktikable Möglichkeit zur Rückkoppelung durch Konsultationen von Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten darstellte. Sie ermöglichte einen guten fachlichen Austausch und bot Potenzial zur Zeit- und Kostenersparnis, indem Hausbesuche oder Patiententransporte durch direkte Klärungen über Videokonferenzen reduziert werden konnten. Alle teilnehmenden Einrichtungen empfanden den Einsatz als Mehrwert, wobei das Arbeiten mit Telepflege zu 85 Prozent positiv bewertet wurde; die restlichen 15 Prozent waren auf infrastrukturelle Faktoren wie mangelnde Internetverbindung, technische Probleme oder schlechte Lichtverhältnisse zurückzuführen. Der bedeutendste Nutzen wurde in der Unterstützung bei der Wundversorgung sowie in unsicheren und neuen Situationen gesehen (Vaske et al. 2020, 3-4).

Für einen effektiven Einsatz von Telepflege werden verschiedene Voraussetzungen und Handlungsempfehlungen genannt, darunter die Klärung geplanter Einsatzszenarien, die Sicherstellung einer ausreichenden Internetverbindung, die Anschaffung geeigneter Hard- und Software, die Schulung des Personals in Technik und Kommunikation sowie die Klärung der Einbindungsmöglichkeiten von Hausärztinnen und -ärzten. Weiterführende Schritte, die für einen dauerhaften und flächendeckenden Einsatz notwendig sind, umfassen die deutliche Verbesserung der Mobilfunkverbindungen im ländlichen Raum, die Schaffung eines tragfähigen Abrechnungsmodells, die Förderung von Fort- und Weiterbildungen im Bereich Telepflege sowie die Unterstützung bei der digitalen Aufstellung der Einrichtungen (Vaske et al. 2020, 15-16).

4.4.3 Telepflege Caritas Niederösterreich

Im Projekt „Telepflege“ der Caritas Pflege Niederösterreich-Ost (2019–2023) wurde das Ziel verfolgt, Videotelefonie als ergänzendes Angebot in der häuslichen Pflege weiterzuentwickeln und in größerem Umfang zu erproben. Dabei sollten Einsatzmöglichkeiten, technische Anforderungen und organisatorische Rahmenbedingungen getestet sowie erste Schritte in Richtung einer nachhaltigen Integration in das reguläre Pflegeangebot unternommen werden (Brauneis et al. 2023, 3-4).

Die Ergebnisse der Pilotierung mit 16 Bestandskundinnen und -kunden zeigen, dass Telepflege vielfältige Einsatzmöglichkeiten bietet: von der Anleitung zur Blutzuckermessung und Medikamenteneinnahme über Pflegeberatung bis hin zu digitalen Besuchsdiensten und Unterstützung bei Alltagsorganisation. Besonders geschätzt wurde die Möglichkeit, trotz räumlicher Distanz persönlich per Video in Kontakt zu treten, was nicht nur praktische Hilfestellung ermöglichte, sondern auch das Gefühl von Sicherheit und sozialer Verbundenheit stärkte. Die eingesetzte Technik – ein benutzerfreundliches Tablet mit zusätzlichen Unterhaltungsfunktionen – erwies sich als geeignet für die Zielgruppe, sofern sie gut eingeführt und begleitet wurde (Brauneis et al. 2023).

Gleichzeitig wurden auch Herausforderungen deutlich: Die Kundenakquise gestaltete sich aufwendig, da die Technik für viele neu war und Zeit für Vertrauensaufbau sowie Einschulung benötigte. Technische Probleme, Datenschutzfragen und personelle Engpässe erschwerten die Umsetzung zusätzlich. Trotz dieser Hürden zeigten die Erfahrungen, dass Telepflege eine wertvolle Ergänzung zur herkömmlichen Betreuung sein kann – nicht als Ersatz, sondern als flexibles Zusatzangebot mit Zukunftspotenzial (Brauneis et al. 2023, 9-11).

4.4.4 Care about Care – Pflege-App und digitale Pflege-Fernunterstützung

Care about Care ist ein internationales, EU- und FFG-gefördertes Forschungsprojekt mit österreichischer Beteiligung, in dem zwischen 2021 und 2023 eine Pflege-App sowie digitale Pflege-Fernunterstützung in der mobilen Pflege erprobt wurden. In Österreich erfolgte die Pilotierung in Niederösterreich. Die Pflege-App diente überwiegend der Terminkoordination zwischen mobilen Diensten und Kundinnen und Kunden und wird an dieser Stelle nicht näher beschrieben.

Die Pflege-Fernunterstützung erfolgte über Videotelefonie oder über Virtual-Reality-Brillen. Beide Anwendungen erforderten eine Pflegeassistentkraft vor Ort sowie eine DGKP, die im Anlassfall virtuell dazugeschaltet wurde. Dazu wurde jeweils eine App benötigt, in der auch die Verfügbarkeit der DGKP angezeigt wurde. Im Rahmen der virtuellen Kontakte konnten über die Anwendungen Stellen, wie z. B. Hautveränderungen, markiert, Screenshots gemacht oder Bildschirme geteilt werden. Auch wurde eine Schnittstelle zur Pflegedokumentation geschaffen (Schneider et al. 2025; Trukeschitz 2025).

In der Publikation *Mixed-reality-supported communication for professional home care: system, use, barriers and use cases* (Schneider et al. 2025) wurde insbesondere der Einsatz der Virtual-Reality-Brille beschrieben. Im Rahmen der Studie kamen sieben Microsoft HoloLens 2-Geräte zum Einsatz, die von 13 Pflegepersonen in der mobilen Pflege genutzt wurden. Als Gegenüber standen sieben erfahrene Pflegeexpertinnen in Expertenzentren zur Verfügung.

Das Versorgungsmodell sah vor, dass Pflege- und Betreuungspersonen die Nutzer:innen der häuslichen Pflege wie gewohnt besuchten. Bei regulärem Verlauf wurden die Einsätze ohne technische Unterstützung durchgeführt. Trat jedoch ein Problem auf, das eine fachliche Klärung oder Anleitung erforderte, erfolgte eine Kontaktaufnahme mit den Expertenzentren. Der Informationsaustausch zwischen Pflegepersonal und Expertinnen diente dazu, Lösungsstrategien unmittelbar im Versorgungsprozess zu entwickeln.

Als geeignete Anwendungsfälle wurden die Wundversorgung (Echtzeitbeurteilung durch Expertinnen und Experten, Vermeidung zusätzlicher Wege), Handlungsanleitungen bei medizinischen Problemen (z. B. Medikamentenverabreichung) sowie die Unterstützung bei Dienstübergaben durch Live-Video identifiziert. Als weniger geeignet wurde der Einsatz bei Menschen mit Demenz (potenziell erhöhte Verwirrung und Kommunikationsprobleme, daher nicht pilotiert), die Übermittlung von Pflegedokumentation über die Brillen sowie die Wundmessung mittels virtueller Lineale bewertet, da herkömmliche Verfahren zuverlässiger waren.

Die Analyse der Barrieren ergab auf technischer Ebene Einschränkungen durch ungünstige Lichtverhältnisse, unzureichende Internetverbindungen – insbesondere in ländlichen Regionen – sowie Belastungen durch Gerätegewicht und Wärmeentwicklung. Organisatorische Herausforderungen betrafen Personalengpässe, die eingeschränkte spontane Verfügbarkeit aufgrund der gemeinsamen Nutzung der Brillen und der begrenzten Erreichbarkeit von Expertinnen und Experten, den hohen Koordinationsaufwand für Verwaltung und Verleih sowie den zusätzlichen Aufwand durch notwendige Einverständniserklärungen. Auf praktischer Ebene zeigten sich eine unterschätzte Eingewöhnungszeit, nutzungsbedingter Stress, Verunsicherung bei Klientinnen und Klienten sowie eine reduzierte Akzeptanz aufgrund pandemiebedingter Maskenpflicht in Kombination mit der Brille.

Für eine erfolgreiche Implementierung werden mehrere Maßnahmen empfohlen: die Weiterentwicklung hin zu kompakteren und leichteren Gerätedesigns, die zentrale Bündelung von Expertinnen und Experten zur Abdeckung mehrerer Versorgungsregionen, der gezielte Ausbau spezifischer Qualifikationen (insbesondere Wundmanagement und Palliative Care) sowie die eindeutige Definition und Eingrenzung geeigneter Anwendungsfälle (Schneider et al. 2025).

4.4.5 TeleCareHub

Die vom Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie geförderte Initiative TeleCareHub besteht aus einem Konsortium aus elf Einrichtungen aus Forschung und Praxis in Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg. Übergeordnetes Ziel ist die Unterstützung von zu Hause lebenden Menschen mit Demenz und deren Angehörigen durch digitale Services. Dazu wurde eine Webplattform erstellt, über die auf unterschiedliche Services zugegriffen werden kann. Umfasst sind synchrone und asynchrone Angebote, wobei diese nicht ausschließlich durch Pflegekräfte, sondern auch durch Psychologinnen und Psychologen bespielt werden. Zum synchronen Angebot gehört die Beratung von Angehörigen via Videotelefonie. In asynchroner Form können die Nutzer:innen auf zielgruppengerecht aufbereitetes Wissen über Demenz und andere Themen zugreifen und ein Schulungsmodul nach Vorbild der WHO absolvieren. Auch ein moderiertes Forum für Selbsthilfe sowie Chat-Beratung können in Anspruch genommen werden. Weitere Angebote sind ein Belastungsselbstcheck sowie eine Alltagsanalyse auf Basis von Bewegungsverhalten (telecarehub.at o. J.).

Das Projekt befindet sich noch in Umsetzung und zeigt positive Effekte, Ergebnispublikationen sind laut Projektleitung mit Stand September 2025 im Reviewprozess.

4.4.6 Alles Clara-App

Aufgrund der Vielzahl an vorhandenen Apps und häufig unklarer Qualitätssicherung derselben wurden Smartphone-Apps grundsätzlich nicht in die Recherche dieser Studie einbezogen. In den qualitativen Interviews wurde allerdings die „Alles Clara“-App immer wieder als Erfolgsprojekt hervorgehoben, das auch pflegewissenschaftlich begleitet wurde.

Alles Clara ist ein in Österreich entwickeltes und vom BMASGPK gefördertes Angebot, das pflegende Angehörige online unterstützt. Über eine sichere App können sie direkt und anonym mit geschulten DGKP, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kontakt treten und unkompliziert Beratung erhalten. Ziel ist es, Angehörigen den Alltag zu erleichtern, ihnen Orientierung zu geben und bei Bedarf rechtzeitig auf andere Unterstützungsangebote hinzuweisen. Für Pflegekräfte in Organisationen eröffnet die Plattform zudem eine zusätzliche Möglichkeit, ihr Fachwissen flexibel einzusetzen (Gabl et al. 2024, S. 46).

In die wissenschaftliche Analyse der Beratungen einbezogen wurden Daten aus 342 Beratungen von knapp 1.300 Personen. Der Großteil der Beratungen (95 %) erfolgte asynchron via Chat, vier Prozent nahmen eine zusätzliche telefonische Beratung in Anspruch. Die Schwerpunkte der Beratung lagen in der Wissensvermittlung und der emotionalen Begleitung, inhaltliche Themen waren Unterstützungsangebote, Umgang mit Belastungen, Alltagsgestaltung und bestehende Ansprüche (Mayer et al. 2024, S. 2). Die meisten Beratungsbeziehungen dauerten mehr als zwei Monate (42 %) oder ein bis zwei Monate (28 %). Die Antworten auf die gestellten Fragen wurden von fast 90 Prozent als sehr gut oder eher gut bewertet und auch die Wartezeit auf eine Antwort wurde vom Großteil positiv bewertet (94 %) (Mayer et al. 2024, S. 16-19).

Die positiven Wirkungen, die durch die App-Anwendung bei pflegenden Angehörigen erreicht werden, resultieren aus der Niederschwelligkeit, der Anonymität sowie der entschleunigten Kommunikation durch ein asynchrones Angebot (Gabl et al. 2024, S. 48).

Auch die Berater:innen, die zum Großteil DGKP waren (21 von 24), wurden zu ihren Erfahrungen befragt. Dabei zeigten sich hohe Werte in Bezug auf das Gerechtworden der Rolle und den Stolz auf die eigene Leistung (je 84 %). Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass Beratung kein Selbstläufer ist, sondern eine gewisse Komplexität birgt und die Antworten teilweise auch Recherchearbeiten in wissenschaftlichen oder fachlichen Quellen oder einen Austausch mit anderen Expertinnen und Experten erforderten (Mayer et al. 2024, S. 20-23).

Für Pflegekräfte (und auch andere beratende Berufsgruppen) bietet die virtuelle Beratung eine familienfreundliche, flexible Einsatzmöglichkeit ihrer Expertise, ohne dabei körperlichen Belastungen ausgesetzt zu sein (Gabl et al. 2024, S. 49).

4.4.7 Erprobung der Telepflege (Modellprogramm Deutschland)

Das in Deutschland im Jahr 2021 eingeführte Modellprogramm zur Telepflege bezweckt die Erprobung von digitalen Pflegeanwendungen. Dazu wurden 10 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt. Ziel ist die wissenschaftlich gestützte

Untersuchung, inwiefern telepflegerische Ansätze die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf verbessern sowie Angehörige und Fachkräfte entlasten können. Analysiert werden insbesondere Wirksamkeit, Nutzen, Auswirkungen auf interprofessionelle Zusammenarbeit sowie technische und qualifikatorische Anforderungen. Zwölf bundesweit ausgewählte Projekte erproben den Einsatz von Telepflege in verschiedenen Kommunikationssituationen über eine Laufzeit von jeweils 15 Monaten. Mit Stand September 2025 liegt aus keinem der zwölf Projekte ein Evaluierungsbericht vor; da es sich um eine der wenigen wissenschaftlich evaluierten Pilotierungen rund um Telecare im deutschen Sprachraum handelt, wird sie an dieser Stelle dennoch erwähnt. Zusätzlich werden die Kurzbeschreibungen der Projektwebsite in Anhang 3: Projektbeschreibungen „Erprobung der Telepflege“ in Deutschland festgehalten. Dabei wurden alle Projekte berücksichtigt, unabhängig davon, ob sie der dieser Studie zugrunde gelegten Definition von Telecare entsprechen.

4.5 Themenverwandte Technologien

Nachdem der Fokus der Kapitel 4.1 bis 4.4 auf Wirkungen, Potenzialen, Herausforderungen und Praxisbeispielen, die der Kerndefinition von Telecare entsprechen (siehe Kapitel 3.2), lag, widmet sich der folgende Abschnitt einer Auswahl an weiteren Technologien, die für die Erbringung von Pflegeleistungen aus der Ferne unterstützend sein können. Diese Auswahl umfasst Smart-Home-Gesundheitstechnologien, Robotik sowie KI, wobei Letzteres als Querschnittsthematik betrachtet werden kann.

4.5.1 Smart-Home-Gesundheitstechnologien

Ein systematisches Review von 2024 untersuchte Potenziale und Herausforderungen von Smart-Home-Gesundheitstechnologien im häuslichen Pflegesetting (Tian et al. 2024). Smart-Home-Gesundheitstechnologien lassen sich in sechs Kategorien unterteilen:

- **Monitoring von Körperfunktionen** wie Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur usw.
- **funktionale Überwachung von Daten** wie Bewegungen und Aktivitätsniveaus sowie der Erkennung abnormaler Bewegungen oder Haltungen,
- **Sicherheitsüberwachung und -unterstützung** in der häuslichen Umgebung durch automatische Lichtsteuerung usw.,
- **Sicherheitsüberwachung und -unterstützung** zur Erkennung und Reaktion auf Eindringlinge oder Bedrohungen,
- **Überwachung sozialer Interaktionen und Unterstützung**, etwa durch zusätzliche Kommunikationskanäle für Gesundheitsinformationen oder virtuelle soziale Teilhabe,
- **kognitive und sensorische Unterstützung**, darunter Erinnerungssysteme für die Medikamenteneinnahme, Hilfen zum Auffinden von Gegenständen oder Anleitungen zur Unterstützung bei Vergesslichkeit (Tian et al. 2024).

Potenziale werden dem Review zufolge etwa in der kontinuierlichen Überwachung der älteren Personen gesehen. Die Technologien erkennen Auffälligkeiten wie Stürze, Unruhe oder ungewöhnliche Aktivitäten und liefern wertvolle Informationen über Gesundheit und Gewohnheiten, auch an Pflegedienstleister:innen. Dies erleichtert die Pflege, erhöht die Sicherheit, unterstützt

die Früherkennung kognitiver und körperlicher Verschlechterung und gibt sowohl den älteren Menschen als auch den Pflegekräften ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen (Tian et al. 2024).

Weiterhin zeigen sich Benefits in Bezug auf die soziale Interaktion von älteren Menschen. Technologien verbessern die Beziehungen zwischen älteren Menschen und ihren Pflegepersonen sowohl qualitativ als auch quantitativ (z. B. durch Videoanrufe, soziale Medien oder virtuelle Schnittstellen). Sie tragen dazu bei, negative emotionale Zustände wie Einsamkeit und Apathie zu reduzieren, das Erinnern an die Vergangenheit zu fördern und neue soziale Bindungen aufzubauen (Tian et al. 2024).

Auch in Hinblick auf die Unterstützung der Selbstständigkeit, der Selbstpflege und des Selbstmanagements zeigen sich Chancen durch Smart-Home-Technologien. Intelligente Unterstützungssysteme wie Sensoren, Medikamentendispenser und Assistenzroboter fördern die Selbstständigkeit älterer Menschen, verringern ihre Abhängigkeit von Pflegepersonen und stärken ihr Selbstvertrauen im Alltag. Sie erinnern die Menschen an Selbstfürsorge und unterstützen bei Gesundheitsbeobachtung, gesunder Lebensweise sowie Alltagsorganisation und fördern damit Selbstständigkeit und Wohlbefinden (Tian et al. 2024).

Weitere Potenziale zeigen sich in Form von verringerten Belastungen von pflegenden An- und Zugehörigen, in Einsparungsmöglichkeiten im System allgemein sowie Qualitätssteigerung und Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals (Tian et al. 2024).

Neben den Potenzialen von Smart-Home-Gesundheitstechnologien identifizierte das systematische Review auch Herausforderungen. Zum einen treten immer wieder Probleme in Bezug auf die Benutzerfreundlichkeit auf; Technologien sind oft schwer bedienbar, störanfällig und wenig auf altersbedingte Bedürfnisse abgestimmt. Auch hängt die Akzeptanz stark von individuellem Nutzen, sozialem Umfeld und familiärer Unterstützung ab. Ängste vor Überforderung behindern den Einsatz. Weiterhin spielen die Kosten der Systeme eine Rolle; technologische Lösungen sind oft teuer und erschweren den Zugang für finanziell oder infrastrukturell benachteiligte Gruppen. Finanzierungslösungen und ein gerechter Zugang sind notwendig. Neben der Erkenntnis, dass Technologien Einsamkeit verringern können, gab es auch gegenteilige Effekte, nämlich, dass Einsamkeit und soziale Isolation weiter verstärkt wurden. Abschließend wird darauf hingewiesen, dass die Einführung von technischen Innovationen mit einem Schulungsaufwand und organisatorischen Herausforderungen einhergeht (Tian et al. 2024).

In den Experteninterviews wurden einige Aspekte aus dem Review bestätigt. So wurden große Potenziale im Bereich Sensorik und Aktorik sowie in der Förderung der sozialen Teilhabe gesehen. Ein neu eingebrachter Faktor ist die Attraktivierung des Pflegeberufs; durch digitale Tools könne diese gesteigert werden und zusätzlich ein Tätigkeitsfeld für körperlich eingeschränkte Pflegepersonen eröffnet werden.

Gleichzeitig wurden die Herausforderungen rund um die Kosten derartiger Innovationen beschrieben. Durch diese würden Menschen, die sich die nötige Infrastruktur nicht leisten können, ausgegrenzt. Auch die mangelnde Netzstabilität, fehlende Schulungen für das Personal sowie lückenhafte Interoperabilität der unterschiedlichen Systeme wurden angesprochen. Als zusätzlicher herausfordernder Faktor wurde der Datenschutz genannt; dieser müsse in allen Anwendungen zu jeder Zeit gewährleistet werden. Auch hätten viele Angebote noch keine Marktreife, was zu Problemen in der Umsetzung führt – partizipative Entwicklung wird daher als Voraussetzung gesehen. Das Fazit einer interviewten Person in Hinblick auf Smart-Home-Lösungen ist, dass die

Zielgruppe sich selbst (noch) nicht als Zielgruppe für derartige Innovationen sieht und sie ihrer Ansicht nach „nicht braucht“. Das erschwert es, überhaupt Probandinnen und Probanden für Innovationen zu finden und damit auch die Implementierung. Auch hätten manche ältere Personen Sorge, Geräte kaputt zu machen, was sie in der Nutzung derselben hemmt.

Positive Erfahrungen rund um die funktionale Überwachung gibt es aus einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung in Oberösterreich. Dort wurde ein sensorbasiertes Sturzerkennungssystem implementiert, das nicht nur aktuelle Stürze erkennt, sondern auch präventiv Bewegungsdaten auswertet und Risikofaktoren erkennt. Zusätzlich reagiert es auf den Ausruf „Hilfe“ und setzt einen Alarm ab. Aufgrund der guten Resonanz in Bezug auf die Funktionalität wird das System trägerweit ausgerollt. Ein Evaluierungsbericht zu dieser und drei weiteren pilotieren Maßnahmen ist für 2026 vorgesehen.

4.5.2 Robotik

Das rezent publizierte Umbrella Review von Adeyemo et al. (2025) beleuchtet den Einsatz von Robotik in der Pflege. Aus über 550 Studien wurde dazu die Sichtweise von professionellen Pflegekräften zusammengefasst und Potenziale sowie Herausforderungen im Umgang mit Robotik herausgearbeitet. Pflegekräfte stehen demzufolge dem Einsatz von Robotik in ihrem Berufsfeld mit einer Mischung aus Hoffnung und Skepsis gegenüber. Einerseits erkennen sie das Potenzial der Technologie, den anspruchsvollen Pflegealltag zu erleichtern, andererseits äußern sie klare Vorbehalte.

Der Nutzen von Robotern bei körperlich belastenden Tätigkeiten oder bei zeitaufwendigen Routinearbeiten wird durchaus positiv gesehen. Dazu zählt vor allem die physische Entlastung der Pflegekräfte bei körperlich schweren Arbeiten, was auch zu einer Zeitersparnis führen kann, die wiederum für andere Aufgaben genutzt werden kann. Die Übernahme von Routineaufgaben und die Unterstützung bei der Überwachung von Menschen mit Pflegebedarf, beispielsweise der Vitalparameter, können potenziell zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Durch Sammlung und Dokumentation von gesundheitsrelevanten Daten können Roboter helfen, die Pflegeplanung und -evaluation zu erleichtern. Automatisierte Systeme könnten zudem dabei unterstützen, Fehler (etwa bei der Medikamentenausgabe) zu reduzieren. Einige Pflegekräfte empfinden die Arbeit mit Robotern als bereichernd und interessant, vor allem, wenn positive Effekte bei der Zielgruppe sichtbar werden (Adeyemo et al. 2025).

Auf Zielgruppenebene können Roboter in bestimmten Bereichen auch dabei unterstützen, Alltagsaktivitäten selbstständiger auszuführen. Insbesondere sozial assistive Roboter, beispielsweise tierähnliche Modelle, werden für ihre beruhigende Wirkung auf die betreuten Menschen und ihre Fähigkeit, soziale Interaktionen zu fördern, geschätzt und können in Pflegeeinrichtungen als Alternative zu Haustieren dienen. Die ständige Verfügbarkeit der Roboter wird dabei als ein weiterer Vorteil betrachtet (Adeyemo et al. 2025).

Demgegenüber steht die zentrale Sorge, dass durch den Robotereinsatz der direkte menschliche Kontakt und die persönliche Zuwendung zu kurz kommen könnten, die als essenzielle Bestandteile des eigenen Pflegeverständnisses gesehen werden. Neben der Erwartung einer Entlastung wird auch befürchtet, dass die Bedienung, Wartung, Reinigung und die Behebung technischer Störungen bei Robotern zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung führen können. In dem

Zusammenhang wird die Notwendigkeit betont, dass Roboter einfach zu reinigen sein müssen und geltende Hygiene- und Sicherheitsstandards erfüllen sollen (Adeyemo et al. 2025).

Als weitere Herausforderung wurden Anschaffungs- und Wartungskosten für Robotiksysteme genannt. Der Schutz sensibler Patientendaten muss jederzeit gewährleistet sein, was bei vernetzten Robotersystemen eine besondere Herausforderung darstellt und Sorgen vor Überwachung hervorruft (Adeyemo et al. 2025).

Ethische und praktische Grenzen zeigen sich in Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes, der Zuverlässigkeit der Systeme und ethischer Dilemmata, beispielsweise bei der Frage, ob eine kognitiv beeinträchtigte und/oder äußerungsunfähige Person den Robotereinsatz wünscht. Eine klare Zurückhaltung besteht beim Einsatz von Robotern für komplexe pflegerische Aufgaben wie dem Assessment oder der Medikamentenverabreichung (Adeyemo et al. 2025).

Ungeklärte Haftungsfragen bei Fehlern oder Schäden durch Roboter sowie ethische Bedenken hinsichtlich Autonomie, Würde und potenzieller Täuschung von Menschen mit Pflegebedarf sind zentrale Diskussionspunkte. Die erfolgreiche Integration von Robotik hängt zudem maßgeblich von der Akzeptanz durch das Pflegepersonal und die Zielgruppe ab; Ängste vor Arbeitsplatzverlust oder einer „Entmenschlichung“ der Pflege müssen ernst genommen werden. Das Personal muss im Umgang mit den neuen Technologien geschult werden, was zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand bedeutet. Schließlich gibt es Bedenken, dass der Einsatz von Robotern die wichtige therapeutische Beziehung zwischen Pflegekraft und Person mit Pflegebedarf negativ beeinflussen könnte (Adeyemo et al. 2025).

Zusammenfassend ist Robotik in der Pflege ein Feld mit großem Potenzial, aber auch mit komplexen Herausforderungen. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert eine sorgfältige Abwägung der Chancen und Risiken, die Einbeziehung der Pflegekräfte in den gesamten Prozess und die Klärung offener ethischer und rechtlicher Fragen.

In den Experteninterviews wurde Robotik nicht thematisiert.

4.5.3 Künstliche Intelligenz

Das Umbrella Review „*The Role of AI in Nursing Education and Practice*“ von El Arab et al. (2025) untersucht die Integration von künstlicher Intelligenz (KI) in die Pflegepraxis und -ausbildung. Die Studie fasst 18 systematische und narrative Reviews zusammen und analysiert ethische, soziale und bildungsbezogene Aspekte der KI-Nutzung im Pflegebereich.

Die Autorinnen und Autoren betonen, dass KI das Potenzial hat, die Pflege grundlegend zu transformieren. In der Praxis kann KI die Entscheidungsfindung verbessern, administrative Aufgaben automatisieren und die Patientenversorgung durch personalisierte Pflegepläne und Echtzeit-Risikobewertungen optimieren. In der Ausbildung ermöglicht KI durch Simulationen, virtuelle Realität und Chatbots ein individualisiertes Lernen, fördert kritisches Denken und entlastet Lehrpersonal. Auch im Pflegemanagement und in der Forschung zeigt KI Vorteile, etwa bei der Ressourcenplanung, Teamkommunikation und Datenanalyse (El Arab et al. 2025).

Gleichzeitig identifiziert die Studie zentrale Herausforderungen. Ethische Bedenken wie Datenschutzverletzungen, algorithmische Voreingenommenheit und mangelnde Transparenz in KI-Entscheidungen sind weit verbreitet. Soziale Barrieren wie ungleicher Zugang zu Technologien,

Widerstand unter Pflegekräften und die Gefahr der Dehumanisierung der Pflege durch Technisierung werden ebenfalls hervorgehoben. In der Ausbildung fehlen standardisierte Lehrpläne zur KI-Kompetenz und es besteht die Gefahr einer Überabhängigkeit von KI-Tools, was zwischenmenschliche Fähigkeiten beeinträchtigen könnte (El Arab et al. 2025).

KI wurde in den Experteninterviews nicht aufgegriffen, ein Umsetzungsprojekt fand sich aber im Zuge des Study Visits in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung. Dort wurde demonstriert, wie die smartphonebasierte, sprachgesteuerte und KI-gestützte Dokumentationsmöglichkeit funktioniert. Zur Anwendung kommt die Technologie insbesondere zur Leistungs- und Vitalwertdokumentation, weniger für die Pflegeplanung. Laut der Pflegeperson vor Ort stellt diese Art der Dokumentation eine Erleichterung im Alltag dar und dem Geschäftsführer zufolge soll die Technologie auf die anderen Häuser des Trägers ausgerollt werden.

Auch ein anderer Träger der stationären Langzeitpflege arbeitet mit sprachbasierter Dokumentation und berichtet Positives. Ein Evaluationsbericht ist für 2026 geplant, es zeigen sich aber schon erste Trends wie Zeitersparnis, mehr soziale Interaktion durch direkten Einbezug der Bewohner:innen in die Dokumentation, eine Steigerung der Qualität der Dokumentation und eine verbesserte interne Kommunikation durch Nachrichtenfunktionen oder durch schnelle Verfügbarkeit von Bewohnerdaten bei ärztlichen Visiten. Limitierend wird dennoch angeführt, dass sich das System noch nicht bei allen Mitarbeitenden profilieren konnte und insbesondere bei älteren und dienstälteren Personen noch als Belastung wahrgenommen wird (Hubinger et al. 2025).

4.6 Ergebnisse der quantitativen Erhebung

In diesem Abschnitt findet sich die deskriptive Auswertung der quantitativen Befragung, wobei die Ergebnisse getrennt nach (teil-)stationärem und mobilem Setting beschrieben bzw. diese gegenübergestellt werden. Der Gesamtrücklauf von 562 (n = 562) teilt sich in 424 Antworten aus dem (teil-)stationären Bereich (n = 424) und 138 Rückmeldungen aus der mobilen Pflege (n = 138).

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt thematisch gegliedert. Zunächst werden die Merkmale der Teilnehmenden beschrieben, um die Zusammensetzung der Stichprobe nachvollziehbar zu machen. Darauf aufbauend werden Angaben zur Techniknutzung und technischen Ausstattung sowie zur Techniknutzung in der Kommunikation mit externen Personen berichtet. Im Anschluss werden der Digitalisierungsgrad, identifizierte Barrieren für die Digitalisierung sowie die Einstellungen gegenüber Technologien dargestellt.

4.6.1 Merkmale der Teilnehmenden

Mehr als drei Viertel der Teilnehmenden sind weiblich (77,6 %), 21,5 Prozent ordnen sich dem männlichen Geschlecht zu. Am stärksten vertreten ist die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 40,6 Prozent, gefolgt von Personen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (32,2 %). Die dominierende Berufsgruppe sind die DGKP (36,1 %) und das Management (31,7 %). Die regionale Verteilung der Beschäftigungsorte zeigt Schwerpunkte in Oberösterreich mit 32,2 Prozent und Wien mit 18,5 Prozent, gefolgt von Niederösterreich mit 15,3 Prozent und Salzburg mit 13,0 Prozent. Um die fünf Prozent fallen jeweils auf die Steiermark (5,7 %), Tirol (5,2 %), Burgenland (5 %) und Vorarlberg (4,8 %). 0,4 Prozent der Teilnehmenden waren aus Kärnten.

Die genaue Aufschlüsselung der Merkmale findet sich in Anhang 4: Merkmale der Teilnehmenden der quantitativen Befragung.

4.6.2 Techniknutzung und technische Ausstattung

Dieser Abschnitt beschreibt die Nutzung elektronischer Endgeräte und branchenspezifischer Anwendungen sowie die Nutzung digitaler Anwendungen für die interne Kommunikation. Abschließend wird die Nutzung von privaten Endgeräten für den Beruf erfasst.

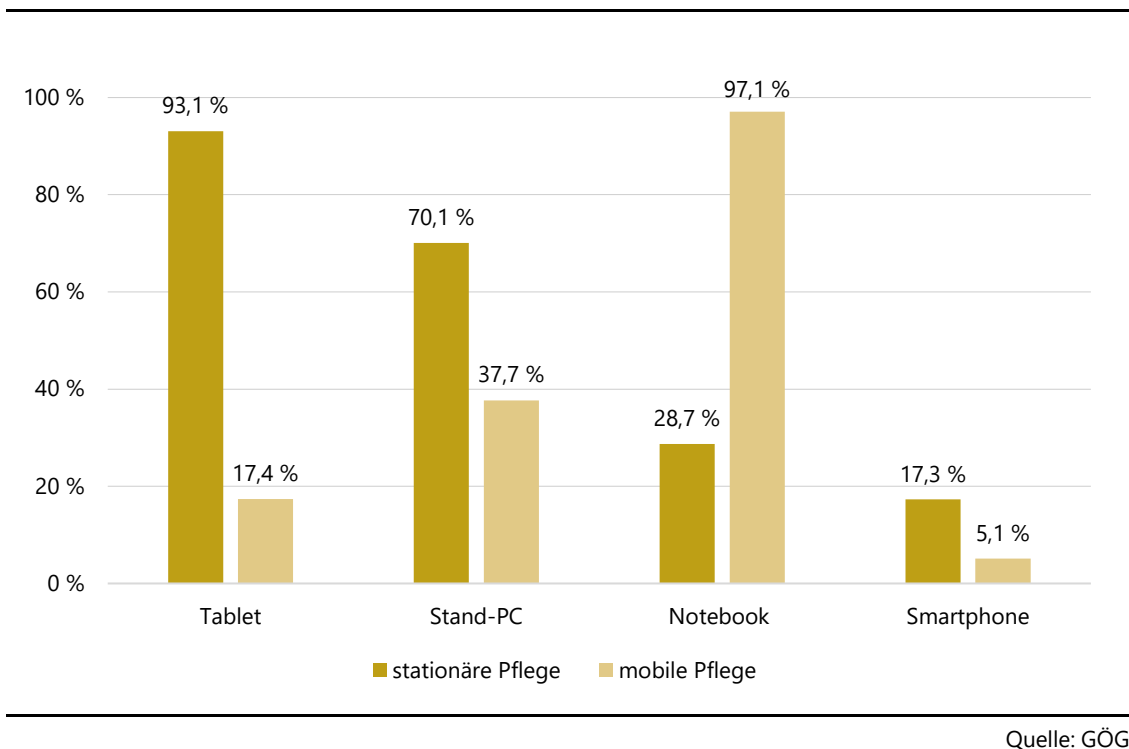
Nutzung elektronischer Endgeräte und branchenspezifischer Anwendungen im Pflegealltag

Im Rahmen der Erhebung wurde gefragt, welche elektronischen Endgeräte von Mitarbeitenden in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) sowie in der mobilen Pflege regelmäßig, das heißt mindestens einmal täglich, zu Arbeitszwecken genutzt werden. Die Teilnehmenden konnten hierbei mehrere Antwortoptionen auswählen (Multiple Choice).

Das Antwortverhalten (Abbildung 2) weist auf deutliche Unterschiede in der Ausstattung und Nutzung elektronischer Endgeräte in den beiden Settings hin. In Pflegeheimen wird die Nutzung von Tablets mit 93,1 Prozent am häufigsten angegeben, gefolgt von der Verwendung von Stand-PCs (70,1 %). Notebooks/Laptops (28,7 %) und Smartphones (17,3 %) spielen die geringste Rolle.

Demgegenüber zeigt sich in der mobilen Pflege eine andere Nutzungspraxis: 97,1 Prozent der Befragten geben an, regelmäßig Notebooks/Laptops zu verwenden. Stand-PCs (37,7 %) und insbesondere Tablets (17,4 %) sowie Smartphones (5,1 %) werden deutlich seltener genannt.

Abbildung 2: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Welche elektronischen Endgeräte nutzen Sie/Ihre Mitarbeiter:innen in der Pflege und Betreuung regelmäßig zu Arbeitszwecken? (Mehrfachantworten möglich)



Ergänzend zur geschlossenen Abfrage machten einige Teilnehmende Angaben zu weiteren regelmäßig verwendeten Geräten (offene Kategorie „Sonstiges“). In Pflegeheimen wurden dabei u. a. folgende Technologien genannt:

- Kommunikationstechnologien wie DECT-Telefone und Smartphones sowie Stationstelefone
- Mobile Geräte für Pflegedokumentation sowie Thin Clients wurden ebenfalls mehrfach angegeben.
- Weitere spezifische Systeme wie Telemedizin-Lösungen (z. B. Livycare) oder ILVI-Plattformen wurden je einmal genannt.
- Zudem wurde vereinzelt auf den Einsatz von Apps auf dem Handy (z. B. für Dienstplanung oder Kommunikation) hingewiesen.

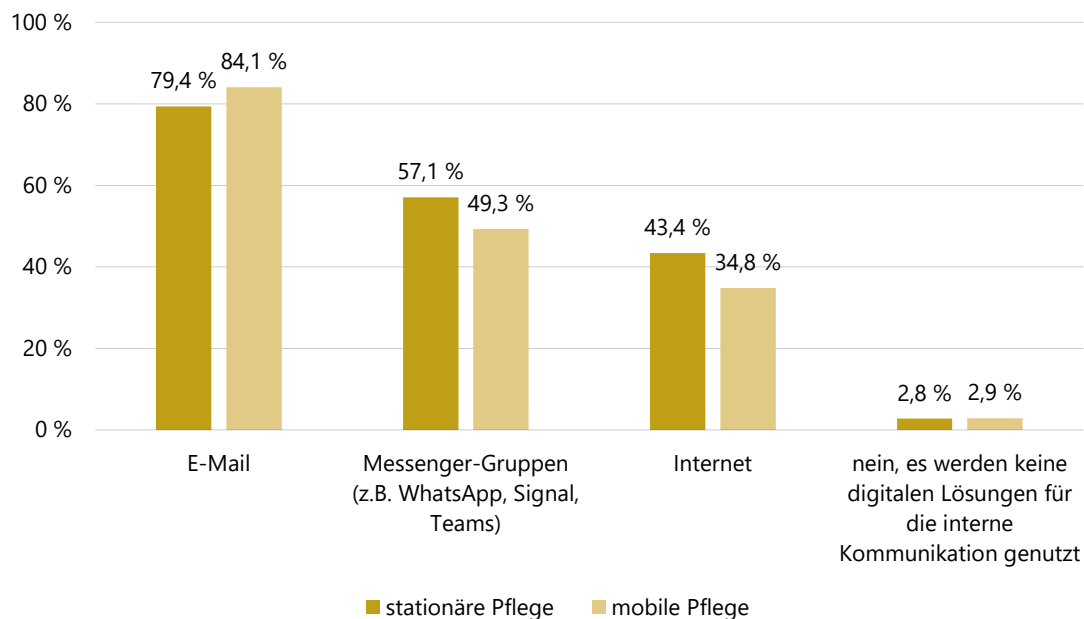
Von Teilnehmenden aus der mobilen Pflege gab es eine einzelne offene Nennung von „Handy“, vermutlich gemeint ein gewöhnliches Mobiltelefon ohne „smarte“ Funktionen.

Nutzung digitaler Anwendungen für die interne Kommunikation

Zur Erfassung der internen digitalen Kommunikation wurde erhoben, ob und welche digitalen Lösungen für die Kommunikation im Team genutzt werden. Die Ergebnisse (Abbildung 3) zeigen, dass sowohl in der stationären als auch in der mobilen Pflege E-Mail die am häufigsten genutzte Form digitaler Kommunikation darstellt (stationär: 79,4 %; mobil: 84,1 %).

Messengergruppen (z. B. WhatsApp, Signal, Teams) werden ebenfalls in beiden Settings häufig verwendet (stationär: 57,1 %; mobil: 49,3 %). Die generelle Internetzugang für die interne Kommunikation wird tendenziell seltener genutzt (stationär: 43,4 %; mobil: 34,8 %).

Abbildung 3: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Nutzen Sie/Ihre Mitarbeiter:innen digitale Lösungen für die interne Kommunikation?“ (Mehrfachantworten möglich)



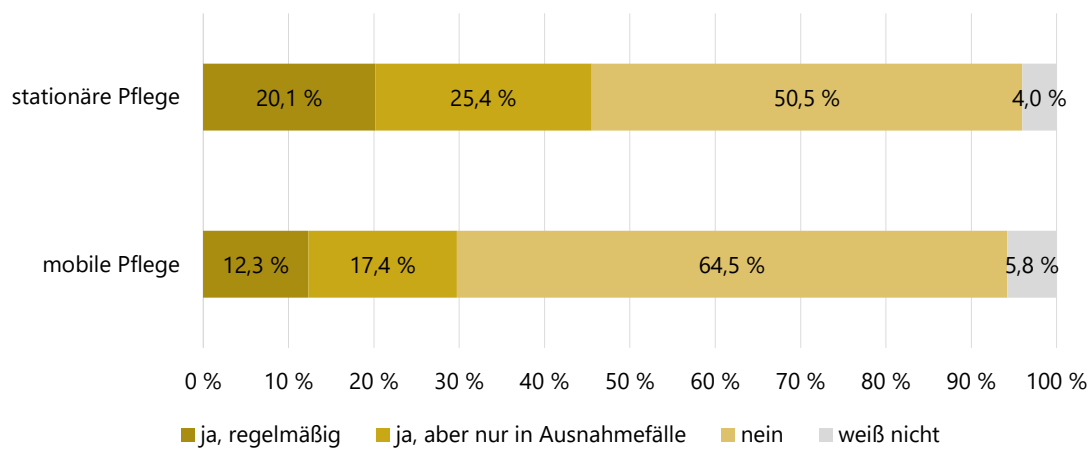
Quelle: GÖG

Nur ein sehr kleiner Teil der Befragten (2,8 % stationär; 2,9 % mobil) gab an, dass in ihrer Einrichtung keinerlei digitale Lösungen zur internen Kommunikation verwendet werden. Die überwiegende Mehrheit nutzt also mindestens eine digitale Kommunikationsform.

Nutzung privater Endgeräte für betriebliche Zwecke

Abbildung 4 zeigt das Antwortverhalten hinsichtlich des Einsatzes privater mobiler Endgeräte im beruflichen Kontext. Diese Frage ist insbesondere vor dem Hintergrund von Datenschutzerfordernungen, datensicherheitsrelevanten Aspekten sowie der institutionellen Ausstattung von hoher Relevanz. Die Nutzung privater Geräte kann mit Risiken in Bezug auf den Schutz sensibler personenbezogener Daten einhergehen und verweist zugleich auf potenzielle Lücken in der Bereitstellung von Dienstgeräten.

Abbildung 4: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Nutzen Sie/Ihre Mitarbeiter:innen private Endgeräte für betriebliche Zwecke?“



Quelle: GÖG

Die Angaben zeigen, dass der Einsatz privater Geräte in der stationären Pflege häufiger erfolgt als in der mobilen Pflege: In stationären Einrichtungen berichtete jede:r fünfte Befragte (20,1 %) von einer regelmäßigen Nutzung, ein Viertel greift zumindest in Ausnahmefällen auf private Geräte zurück. Rund die Hälfte (50,5 %) verneint einen solchen Einsatz.

Um den Zweck der beruflichen Nutzung privater Endgeräte zu erhalten, wurde diese Frage mit einem Freitextfeld zur Verfügung gestellt. Die Antworten zeigen, dass in Pflegeheimen private Geräte für eine Vielzahl betrieblicher Zwecke eingesetzt werden. Besonders häufig wurden als Zweck die Kommunikation mit Vorgesetzten oder mit dem Team genannt. Dies in vielen Fällen in Verbindung mit der Verwendung von Messengerdiensten (z. B. WhatsApp), SMS und E-Mail. Laut Teilnehmenden werden diese Dienste insbesondere zur Dienstplanabstimmung, zur Kontaktaufnahme bei kurzfristigen Ausfällen oder zum Informationsaustausch bei organisatorischen Fragen sowie in Notfällen (z. B. Netzausfälle, Notfälle bei Ausflügen) genutzt. Für Dienstplan und etwaige Dienstplanänderungen werden neben den genannten Diensten auch branchenspezifische Apps (z. B. Vivendi) sowie firmeninterne Kalender-Apps genannt. Mehrfach genannt wurde auch Wundmanagement bzw. Fotodokumentation zur internen Weitergabe dokumentierter Ereignisse, wie Veranstaltungen oder Schäden. Einzelne Nennungen umfassen unter anderem Zugriff auf Musik, digitale Inhalte für Bewohner:innen, Medikamentenrecherche und Rufbereitschaft.

In der mobilen Pflege liegt der Anteil regelmäßiger Nutzung mit 12,3 Prozent niedriger. Weitere 17,4 Prozent nutzen private Endgeräte gelegentlich. Knapp zwei Drittel (64,5 %) geben an, keine privaten Geräte für berufliche Zwecke zu verwenden.

Auch in der mobilen Pflege werden private Geräte für unterschiedliche Zwecke genutzt. Ein zentrales Thema betraf die Navigation zur Routenfindung (z. B. Google Maps, privates Navigationsgerät) und die Tourenplanung. Diese wurden insbesondere dann genutzt, wenn Dienstgeräte nicht vorhanden oder nur funktional eingeschränkt waren. Darüber hinaus wurde die Nutzung privater Endgeräte zur Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen genannt, z. B. in Notfällen

oder wenn das Diensthandy nicht verfügbar war. Auch die Informationssuche im Internet, etwa zur Adressrecherche oder bei pflegerischen Fragestellungen, wurde mehrfach erwähnt.

Einzelne Nennungen bezogen sich zudem auf die Verwendung privater Geräte für administrative Zwecke, etwa das Schreiben oder Vorbereiten von Protokollen, die Teilnahme an Videokonferenzen (z. B. Zoom) oder die Bearbeitung von E-Mails. Zudem wurden digitale Anwendungen zur Zeiterfassung, für den Zugriff auf Einsatz- oder Dienstpläne sowie für den Abruf von Lohnunterlagen genannt.

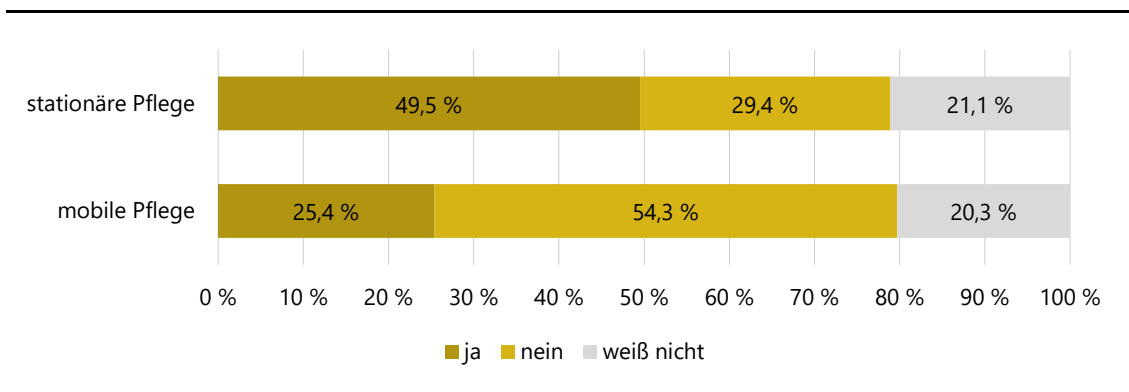
4.6.3 Techniknutzung in der Kommunikation mit externen Personen

Es folgt die Beschreibung der Techniknutzung mit externen GDA, mit Klientinnen und Klienten sowie mit deren Angehörigen.

Kommunikation mit externen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern

Rund die Hälfte der befragten Personen aus stationären Pflegeeinrichtungen (49,5 %) berichtet, dass in ihrer Organisation regelmäßig – also mindestens einmal monatlich – digitale Daten mit externen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern wie Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten oder Apotheken ausgetauscht werden (siehe Abbildung 5). 29,4 Prozent der Befragten verneinen dies und 21,1 Prozent konnten dazu keine Angabe machen oder haben keine Kenntnis darüber („weiß nicht“).

Abbildung 5: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Findet bei Ihnen ein regelmäßiger digitaler Datenaustausch mit Ärztinnen und Ärzten und/oder anderen Gesundheitsdienstleistern statt?“



Quelle: GÖG

In der mobilen Pflege geben 25,4 Prozent der Befragten an, dass ein solcher regelmäßiger digitaler Austausch stattfindet. Mehr als die Hälfte (54,3 %) verneint die Frage und knapp jede fünfte Person (20,3 %) gibt an, es nicht zu wissen.

In einem Freitextfeld konnten die Teilnehmenden angeben, welche Daten konkret digital ausgetauscht werden. Die Rückmeldungen aus Pflegeheimen zeigen ein breites Spektrum digitaler Kommunikation – von Medikamentenbestellungen über Befundübermittlung bis hin zu Visitenanmeldungen oder Rezeptanforderungen. Besonders häufig genannt wurden:

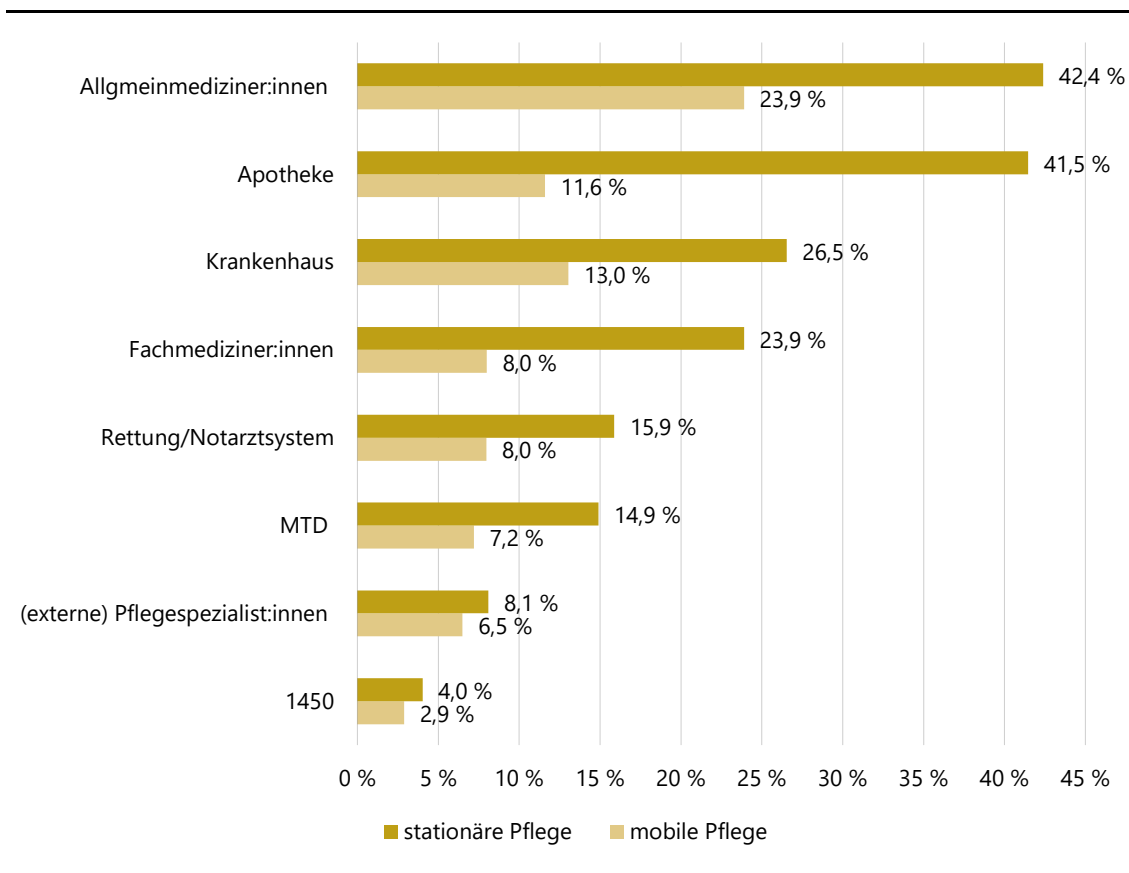
- medikamentenbezogene Informationen, etwa Bestellungen bei Apotheken, Anforderung von Verordnungen oder Blisterdaten;
- ärztliche Kommunikation, z. B. Arztbriefe, Visitenabsprachen, Anfragen und Rückmeldungen;
- Befund- und Diagnosedaten, etwa Labor- oder Entlassungsberichte, die über ELGA, DaMe, Vivendi oder verschlüsselte E-Mails übermittelt werden

In vielen Fällen werden interne Plattformen oder Softwaresysteme wie Vivendi, SAP, Impuls.kis, MedSpeak oder hausinterne Cloud-Lösungen genannt. Neben der technischen Infrastruktur wird jedoch auch auf Barrieren hingewiesen – etwa Datenschutzbedenken, Unsicherheiten bei Hausärztinnen und -ärzten, unzureichende IT-Ausstattung oder organisatorische Hürden (z. B. keine Bereitschaft zur Nutzung verschlüsselter Kommunikation aufseiten der Ärztinnen und Ärzte).

In der mobilen Pflege betreffen die Angaben vor allem Medikamenten- und Rezeptanforderungen, Kommunikation mit Sanitätshäusern, Hausärztinnen und -ärzten oder Krankenkassen sowie das Teilen von Wundfotos, Vitaldaten oder Stammdaten per E-Mail oder verschlüsseltem Datenaustausch. Auch hier werden Herausforderungen genannt, beispielsweise technische Schwierigkeiten beim Verschlüsseln von E-Mails, mangelndes Interesse bei Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern oder datenschutzbedingte Einschränkungen. Einige Befragte betonen zudem, dass digitale Kommunikation häufig auf Engagement einzelner Personen zurückgeht und nicht flächendeckend etabliert ist.

Wurde ein regelmäßiger digitaler Datenaustausch bejaht, so wurden in einem weiteren Schritt jene Gesundheitsdienstleister:innen erhoben, mit denen dieser Austausch konkret stattfindet (siehe Abbildung 6). Die Antworten zeigen, dass sich der digitale Austausch am häufigsten auf Allgemeinmediziner:innen bezieht – insbesondere in der stationären Pflege (42,4 %), aber auch in der mobilen Pflege (23,9 %).

Abbildung 6: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Mit welchen Dienstleistenden findet ein regelmäßiger Datenaustausch statt?“ (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

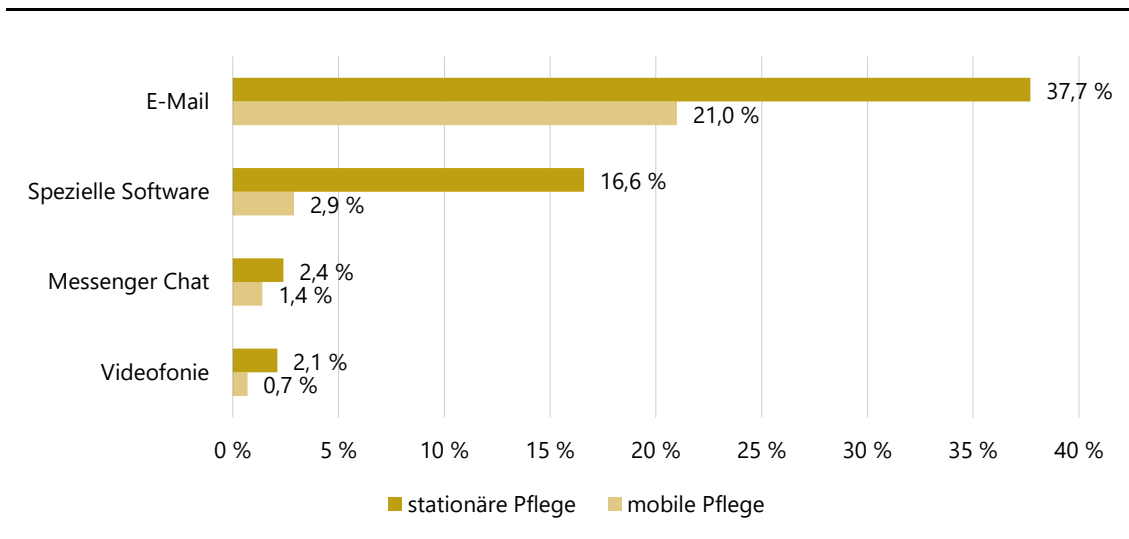
Auch Apotheken sind häufige Partnerinnen für den Datenaustausch, insbesondere in Pflegeheimen. Von dort berichten 41,5 Prozent der Teilnehmenden von digitaler Kommunikation mit Apotheken. In der mobilen Pflege wurde dies von etwa jeder zehnten Person (11,6 %) angegeben. Fachärztinnen und -ärzte sowie Krankenhäuser werden vor allem in der stationären Pflege genannt (23,9 % bzw. 26,5 %), in der mobilen Pflege sind es jeweils acht bzw. 13 Prozent.

Der Austausch mit MTD-Berufen wie Physiotherapie oder Ergotherapie wird von 14,9 Prozent der stationären Einrichtungen angegeben, in der mobilen Pflege liegt der Anteil bei 7,2 Prozent. Seltener werden Kontakte zu Rettungs- und Notarztsystemen (15,9 % stationär, 8 % mobil), zu Pflegespezialistinnen und -spezialisten wie Wundmanagerinnen und -managern (8,1 % stationär, 6,5 % mobil) oder zu 1450 (jeweils unter 5 %) genannt.

In den offenen Nennungen aus stationären Pflegeeinrichtungen zeigt sich eine Bandbreite an beteiligten Stellen und Kommunikationswegen. Genannt werden neben medizinischen Akteurinnen und Akteuren wie Apotheken, Bandagistinnen und Bandagisten, Labore oder Rettungsdienste auch Institutionen wie die Österreichische Gesundheitskasse, Bewohnervertretungen oder interne Systeme (z. B. Kundenportale). In einigen Antworten werden positive Erfahrungen mit regelmäßigen ärztlichen Besuchen hervorgehoben. Einige der Befragten verweisen auf fehlende technische Lösungen und den Wunsch nach besseren digitalen Schnittstellen und geben Hinweis auf datenschutzrechtliche Hürden und die Notwendigkeit persönlicher Kontakte.

In der mobilen Pflege beziehen sich die Einträge vor allem auf die Zusammenarbeit mit sozialen Trägern und organisatorischen Stellen. Genannt wurden hier etwa Hospize, Helfersysteme, Sanitätshäuser, Pflegehilfsmittelanbieter, Seniorenwohnheime sowie interne Koordinationsstellen wie Leitstellen oder Kolleginnen und Kollegen im Büro.

Abbildung 7: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Über welche Kanäle findet der Austausch statt?“ (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

Wird kommuniziert (Abbildung 7), so geschieht dies überwiegend per E-Mail – sowohl in der stationären (37,7 %) als auch in der mobilen Pflege (21,0 %). Weitere gewählte Kanäle sind branchenspezifische Softwarelösungen, die vor allem in Pflegeheimen (16,6 %) verbreitet sind, sowie in geringerem Ausmaß Messengerdienste oder Videofonie. Diese Kanäle scheinen mit Anteilen unter drei Prozent jedoch insgesamt eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Neben den standardmäßig abgefragten Kommunikationswegen wurden von den Befragten in einem offenen Feld zahlreiche weitere Kanäle genannt, über die ein Datenaustausch erfolgt. In der stationären Pflege reicht das Spektrum von gängigen Formaten wie Telefon, Fax oder E-Mail (auch verschlüsselt) über Softwaresysteme wie Vivendi, MedSpeak, Impuls.kis oder DaMe bis hin zu Plattformen wie ELGA, FTAPI oder internen Kundenportalen. Auch hybride oder Übergangslösungen wie „momentan noch über Fax“ sowie allgemeine Hinweise auf „gesicherte Leitungen“ oder „verschlüsselte Mails“ wurden genannt. Einzelne Teilnehmende berichten von etablierten Tools wie Teledoc oder Element – teilweise kombiniert mit Mobilgeräten oder hausinternen Lösungen. Zudem wird vereinzelt auf organisatorische oder rechtliche Barrieren hingewiesen (z. B. kein Austausch, Wunsch nach mehr Möglichkeiten).

In der mobilen Pflege wurden in den offenen Nennungen am häufigsten klassische Kommunikationsmittel wie Telefon oder persönliche Kontakte genannt. Ergänzend wurden auch verschlüsselte Mailsysteme wie Sea file, SMS, Handykommunikation sowie einzelne Plattformen benannt.

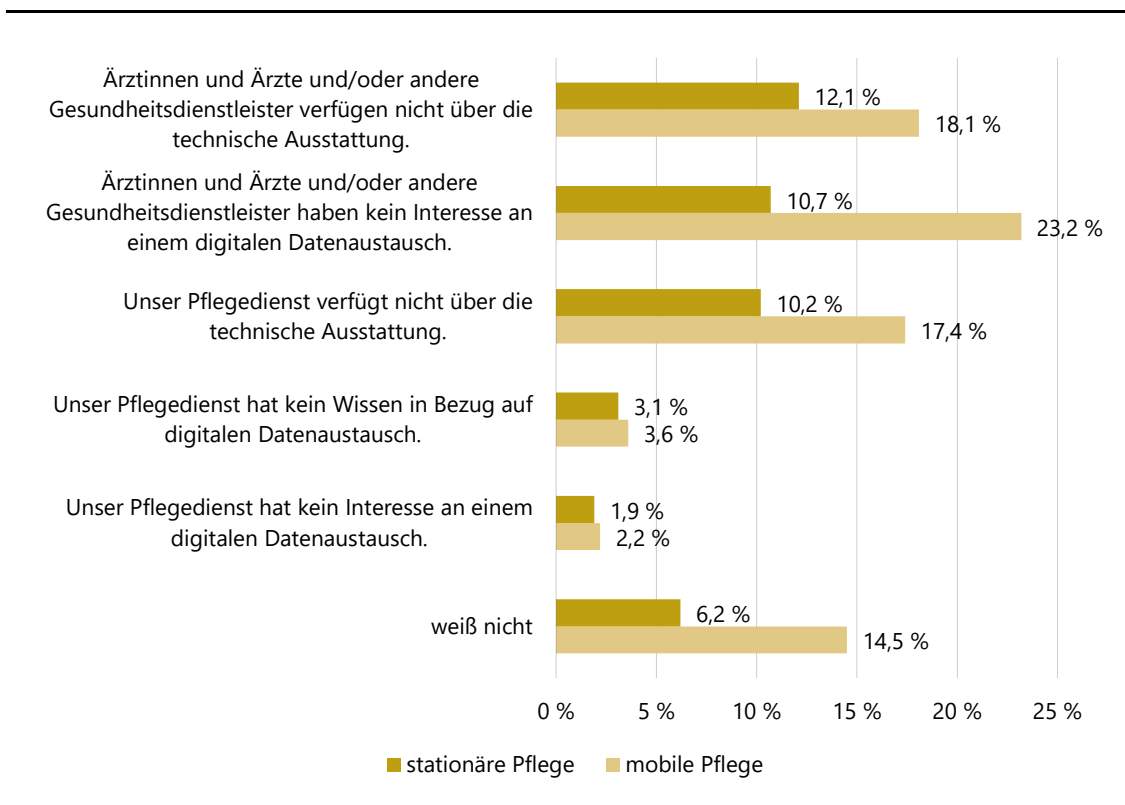
Auf die Frage, welche Gründe dafür verantwortlich sind, dass bisher kein regelmäßiger digitaler Austausch mit Ärztinnen und Ärzten oder anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und -

dienstleistern stattgefunden hat, wurden unterschiedliche Barrieren angegeben (Abbildung 8). Am häufigsten wurde dabei ein mangelndes Interesse seitens externer Gesundheitsdienstleister:innen genannt.

Von den Befragten aus der stationären Pflege gab etwa jede zehnte Person (10,7 %) fehlendes Interesse und 12,1 Prozent eine unzureichende technische Ausstattung bei externen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern als Gründe an. Innerhalb der Pflegeeinrichtungen selbst wird vor allem das Fehlen technischer Infrastruktur (10,2 %) sowie in geringerem Ausmaß mangelndes Wissen (3,1 %) und fehlendes Interesse (1,9 %) angeführt.

In der mobilen Pflege gaben 23,2 Prozent der befragten Personen an, dass Ärztinnen und Ärzte oder andere Beteiligte kein Interesse an einem digitalen Austausch zeigen. Auch fehlende technische Ausstattung bei diesen Akteurinnen und Akteuren wurden in diesem Setting häufig genannt (18,1 %). Aber auch innerhalb der eigenen Organisation werden Hürden wahrgenommen: So berichten 17,4 Prozent der Befragten in der mobilen Pflege, dass es an technischer Infrastruktur fehlt. Weitere 3,6 Prozent sehen mangelndes Wissen über digitale Austauschmöglichkeiten und 2,2 Prozent gaben einen generellen Mangel an Interesse in ihrer Organisation an.

Abbildung 8: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Welche Gründe gibt es, dass bisher kein regelmäßiger digitaler Datenaustausch mit Ärztinnen und Ärzten und/oder anderen Gesundheitsdienstleistern stattgefunden hat?“ (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

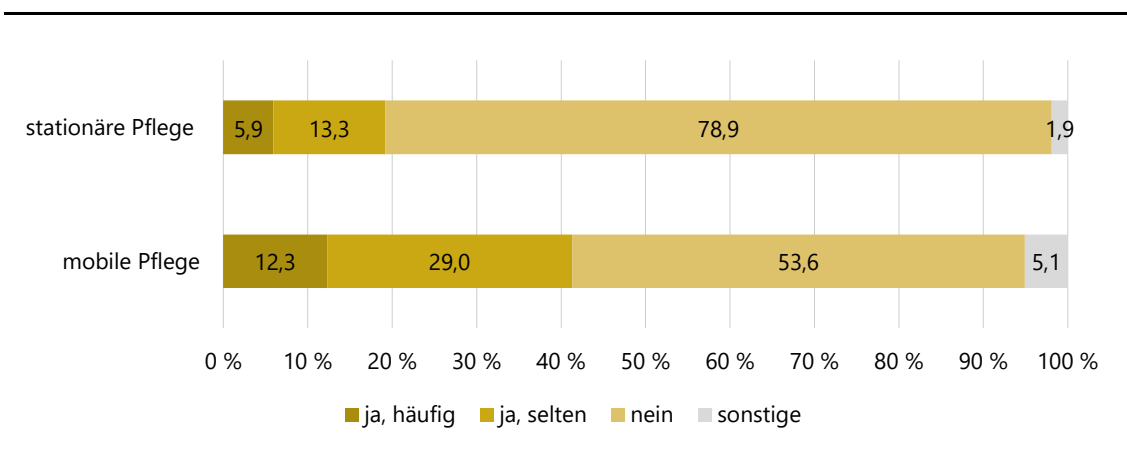
Kommunikation mit Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen

In stationären Pflegeeinrichtungen berichtete ein Fünftel (19,9 %) der befragten Personen von Angeboten wie telefonischen Beratungsgesprächen, Auskünften zu Einzug und Formalitäten oder regelmäßigen Kontakten mit Angehörigen. Neben klassischen Telefonaten wurden dabei auch digitale Kanäle im Freitextfeld genannt – etwa E-Mails, Videotelefonie (z. B. Skype oder Facetime), eine eigene App oder digitale Portale für Angehörige. Auch Telemedizin und digitale Sprechstunden wurden punktuell erwähnt. Mehrere Angaben im Freitextfeld heben jedoch hervor, dass die Kommunikation in vielen Fällen individuell, informell oder organisatorisch eingebettet sei – etwa über Verwaltung oder Leitungspersonal. Einzelne Stimmen verweisen auf den pandemiebedingten Rückgang digitaler Formate oder technische Barrieren (z. B. eingeschränkte Telefonanlagen, Datenschutzbedenken).

In der mobilen Pflege gab rund ein Drittel der Befragten – 26,1 Prozent antworteten mit ja, acht Prozent mit „sonstiges“ – an, dass digitale oder telefonische Angebote für Klientinnen und Klienten oder deren Angehörige bestehen. In den Freitextfeldern wurden telefonische Beratung und Auskunft, Nutzung von Kundenportalen (z. B. EMMA, Alles Clara), Telemedizin oder Onlineberatung erwähnt. Einige Träger bieten zusätzlich digitale Plattformen zur Einsicht in Abrechnungen, Betreuungszeiten oder Dokumentation an. Darüber hinaus finden laut Angaben auch Schulungen oder psychologische Beratung statt – telefonisch oder über Onlineprojekte. Zugleich wurde auch betont, dass derartige Angebote häufig projektgebunden, nicht standardisiert oder nur teilweise umgesetzt sind. Manche Befragte gaben an, von digitalen Dienstleistungen in diesem Zusammenhang zum ersten Mal zu hören, oder berichteten von fehlender Finanzierung und abgebrochenen Pilotversuchen.

Die Frage, ob digitale oder telefonische Leistungen, wie Onlineberatung oder Telecare, aktiv von Klientinnen und Klienten oder deren Angehörigen nachgefragt werden, wurde je nach Setting unterschiedlich beantwortet.

Abbildung 9: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Werden solche digitalen/telefonischen Leistungen von Ihren Klientinnen und Klienten bzw. deren Angehörigen aktiv nachgefragt?“ (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

In Pflegeheimen gaben 5,9 Prozent der Befragten an, dass diese Leistungen häufig nachgefragt werden – rund 13,3 Prozent berichteten von seltener Nachfrage. Der überwiegende Teil (78,9 %) gibt hingegen an, dass solche Leistungen bislang nicht aktiv eingefordert werden. Einzelne Personen (1,9 %) machten alternative Angaben oder Kommentare.

In der mobilen Pflege wird insgesamt häufiger von einer aktiven Nachfrage berichtet: Ein knappes Drittel (29 %) nennt eine seltene, 12,3 Prozent eine häufige Nachfrage. Etwa die Hälfte (53,6 %) der Befragten gibt an, dass keine Nachfrage besteht. Sonstige Angaben wurden in 5,1 Prozent der Fälle gemacht.

In beiden Settings wurde das Freitextfeld hauptsächlich dafür genutzt, um anzugeben, es nicht zu wissen. Eine Person schilderte konkret, dass teilweise die Aufgabe einer Überleitungspflege telefonisch bei Anfragen für einen Heimplatz übernommen werde. Ebenso wurde formuliert, dass Nachfrage immer wieder vorkommt oder wenn notwendig stattfindet.

4.6.4 Digitalisierungsgrad

Die Befragung zeigt deutliche Unterschiede im Digitalisierungsgrad verschiedener Aufgabenbereiche – sowohl innerhalb der einzelnen Pflegesettings als auch im Vergleich zwischen stationärer und mobiler Pflege. Zur Ergänzung der standardisierten Kategorien hatten Teilnehmende die Möglichkeit, über ein Freitextfeld weitere Bereiche zu benennen, in denen in ihrem Pflegedienst digitale oder analoge Verfahren genutzt werden.

Einige Tätigkeitsfelder werden nahezu vollständig digital bearbeitet, andere sind weiterhin stark papierbasiert oder durch Mischformen gekennzeichnet.

In der stationären Pflege wird insbesondere die Pflegeplanung und -dokumentation beinahe durchgehend digital durchgeführt: 86 Prozent der Befragten geben an, dass dieser Bereich komplett digital organisiert ist. Ähnlich hoch ist auch der Digitalisierungsgrad bei der Wunderrfassung und -dokumentation (77 % komplett digital) sowie die Dienstplanung (61,4 %). Bereiche wie die Verwaltung von Klientinnen und Klienten, die medizinische Dokumentation oder die Betreuungsplanung sind häufiger digitalisiert, jedoch mit einem höheren Anteil an Mischformen. So nutzt etwa ein Viertel der Befragten bei der medizinischen Dokumentation sowohl Papier- als auch Digitalformate. Deutlich papierlastiger bleibt beispielsweise die Zeiterfassung. Informations- und Dokumentenmanagement sowie Schulungsangebote sind deutlich weniger durchgängig digitalisiert. Nur etwa ein Viertel der Befragten nutzt hier vollständig digitale Lösungen; große Anteile greifen auf Mischformen oder mehrheitlich papierbasierte Ansätze zurück. Eine detaillierte Übersicht der Angaben zur stationären Pflege ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: In welchen Bereichen werden in Ihrem Pflegedienst digitale Anwendungen oder eher die Papierform genutzt? Setting: stationäre Pflege

	Kom- plett di- gital	Mehr- heitlich digital	Sowohl digital als auch auf Pa- pier	Mehr- heitlich in Pa- pierform	Kom- plett in Papier- form	Weiß nicht / nicht re- levant
Pflegeplanung und -dokumentation	86,0 %	10,2 %	2,8 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %
Wunderfassung und -dokumenta- tion	77,0 %	12,1 %	10,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Dienstplanung	61,4 %	11,8 %	22,5 %	1,4 %	2,6 %	0,2 %
Betreuungsplanung und -dokumenta- tion	55,7 %	21,3 %	14,5 %	3,8 %	1,7 %	3,1 %
Medizinische Dokumentation	55,2 %	15,2 %	25,1 %	2,4 %	2,1 %	0,0 %
Klientenverwaltung	54,0 %	20,1 %	24,2 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %
Zeiterfassung	45,3 %	13,0 %	20,6 %	2,6 %	3,6 %	14,9 %
Touren-/ Einsatzplanung	28,7 %	8,1 %	9,2 %	1,4 %	1,7 %	50,9 %
Informations- und Dokumentenma- nagement	27,3 %	23,0 %	41,5 %	4,5 %	2,4 %	1,4 %
Schulungsangebote	14,0 %	12,8 %	40,3 %	23,0 %	8,3 %	1,7 %

Quelle: GÖG

In der stationären Pflege wurde in den Freitextfeldern häufig auf Mischformen hingewiesen – etwa bei Dienstübergaben, Teambesprechungen oder der Befundsammlung, die sowohl digital als auch in Papierform erfolgen. Mehrfach genannt wurden außerdem Bestellwesen (Apotheken-, Wäsche- oder Essensbestellungen), Lohn- und Stundenabrechnungen sowie Protokolle und Pflegegeldanträge, die teilweise digital erstellt und dann ausgedruckt werden. Auch Kommunikationssysteme wie Pflegeruf- und Zutrittskontrollsysteme, interne Messenger oder digital unterstützte Qualitätsmanagementprozesse finden sich unter den Nennungen.

Zugleich wird deutlich, dass manche Prozesse – insbesondere solche, die andere Berufsgruppen oder behördliche Kommunikationswege betreffen (z. B. Visitenblätter, Überweisungsscheine, Anträge) – weiterhin papiergebunden sind. Einzelne Rückmeldungen weisen zudem auf organisationsbedingte Medienbrüche hin, etwa wenn Dienstpläne digital erstellt, aber handschriftlich vor Ort ergänzt oder ausgehängt werden.

Eine Übersicht zum Digitalisierungsgrad der mobilen Pflege ist in Tabelle 3 dargestellt. Besonders auffällig ist der sehr hohe Digitalisierungsgrad in der Touren- und Einsatzplanung sowie in der Zeiterfassung – jeweils über 87 Prozent der Befragten geben an, diese Aufgaben komplett digital abzuwickeln. Auch die Dienstplanung erfolgt überwiegend digital (80,4 % komplett digital). Demgegenüber ist die medizinische Dokumentation weiterhin stark papierbasiert: Über ein Drittel der Befragten (36,2 %) arbeitet hier ausschließlich mit Papier, weitere 15 Prozent mehrheitlich in Papierform. Ähnliches gilt für die Wunderfassung, bei der ebenfalls rund 38 Prozent den papierorientierten Bereich zuordnen. Im Informationsmanagement und bei Schulungsangeboten zeigt sich in der mobilen Pflege ein hoher Anteil hybrider Nutzung: Die Mehrheit der

Einrichtungen kombiniert digitale und analoge Formen, und nur ein kleiner Teil arbeitet vollständig digital.

Tabelle 3: In welchen Bereichen werden in Ihrem Pflegedienst digitale Anwendungen oder eher die Papierform genutzt? Setting: mobile Pflege

	Kom- plett digital	Mehr- heitlich digital	Sowohl digital als auch auf Papier	Mehr- heitlich in Pa- pierform	Kom- plett in Papier- form	Weiß nicht / nicht re- levant
Touren-/ Einsatzplanung	90,6 %	5,8 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
Zeiterfassung	87,0 %	3,6 %	8,7 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
Dienstplanung	80,4 %	8,7 %	7,2 %	0,7 %	1,4 %	1,4 %
Klientenverwaltung	38,4 %	14,5 %	32,6 %	8,7 %	4,3 %	1,4 %
Betreuungsplanung und -dokumenta- tion	37,7 %	10,9 %	11,6 %	11,6 %	25,4 %	2,9 %
Pflegeplanung und -dokumentation	34,1 %	13,0 %	14,5 %	11,6 %	26,1 %	0,7 %
Informations- und Dokumentenma- nagement	18,8 %	21,0 %	36,2 %	6,5 %	8,7 %	8,7 %
Schulungsangebote	14,5 %	8,7 %	52,2 %	13,0 %	4,3 %	7,2 %
Wunderfassung und -dokumenta- tion	13,0 %	7,2 %	34,1 %	21,7 %	16,7 %	7,2 %
medizinische Doku- mentation	10,1 %	7,2 %	29,0 %	15,2 %	36,2 %	2,2 %

Quelle: GÖG

In der mobilen Pflege betrafen die Freitextnennungen überwiegend organisatorische Aufgaben wie Fahrtenbuchführung, Spesenabrechnung, Weiterbildungsdatenbanken oder den Kontakt zu Trägern (z. B. Sozialhilfverband). Auch hier zeigten sich Mischformen: So erfolgt etwa die Wunddokumentation digital, ärztliche Anordnungen gehen jedoch weiterhin in Papierform ein. Ein wiederkehrendes Thema ist die Forderung nach weiterer Digitalisierung, insbesondere im Bereich Verlaufs- und Durchführungsdokumentation, wo handschriftliche Einträge als fehleranfällig erlebt werden.

Einzelne Angaben zeigen zudem, dass Beratungs- oder Zusatzfunktionen (z. B. Alles Clara-Berater:in) ausschließlich digital organisiert sind, während andere Prozesse wie Anträge, Mahnwesen oder Urlaubsplanung sowohl digital als auch in Papierform abgewickelt werden.

An die allgemeinen Nutzungseinschätzungen schließt die Managementperspektive mit den geplanten Investitionsschwerpunkten an. Abgefragt wurde, in welchen Bereichen kurzfristig Anschaffungen oder Ausbauten digitaler und technischer Ausrüstung vorgesehen sind. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich auf alle Befragten. In der stationären Pflege (n = 424) liegen geplante Investitionen vorrangig bei Sicherheitssystemen wie Alarmierung, Ortung oder Aktivitätserkennung mit 16,4 Prozent, bei der Vernetzung mit anderen Leistungserbringerinnen und -erbringern mit 13,3 Prozent und bei Pflegeplanung sowie Pflegedokumentation mit 12,6 Prozent. Ebenfalls häufig genannt werden die Vitaldatenerfassung mit 10,2 Prozent, die

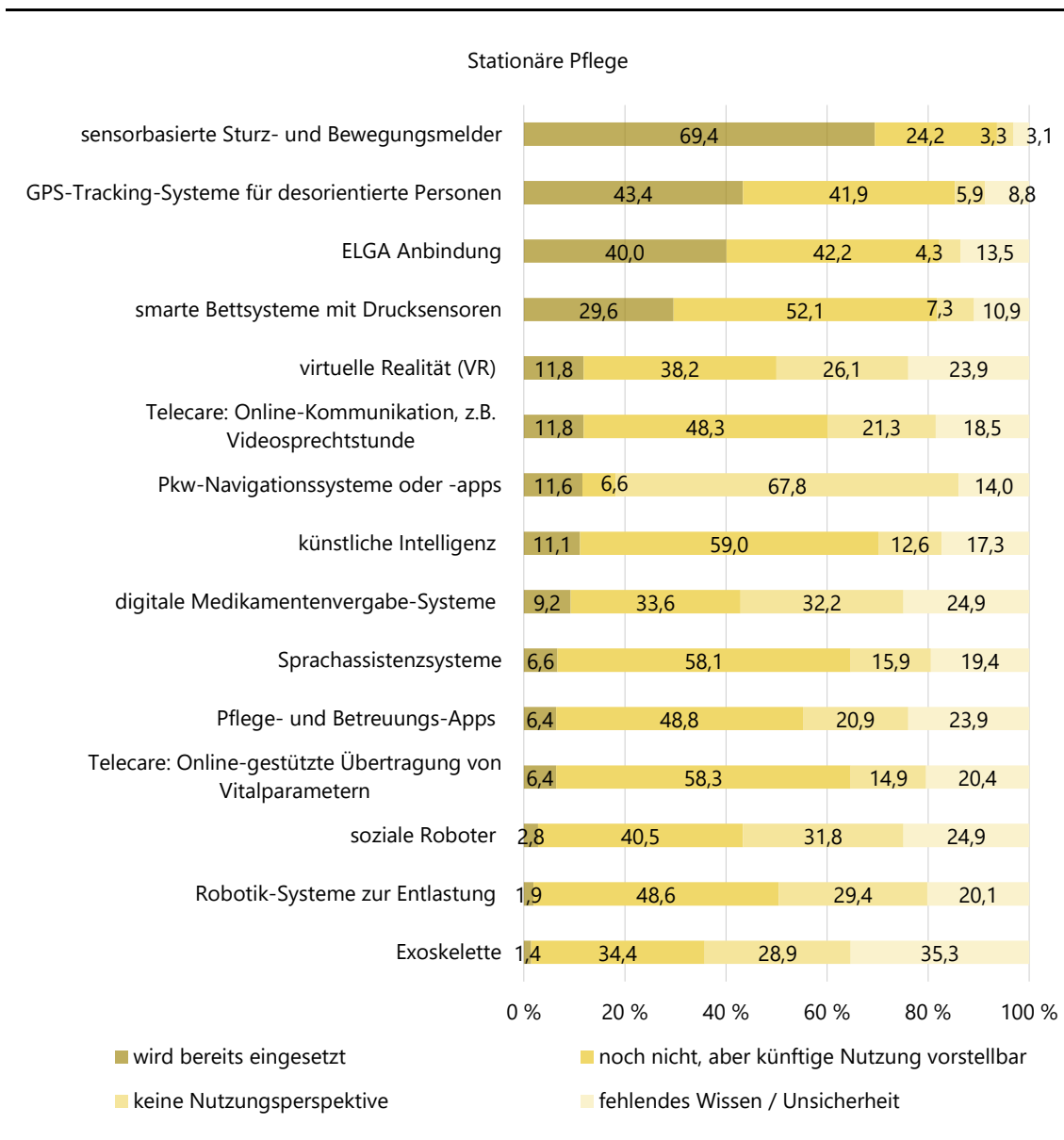
Wunddokumentation mit 9,5 Prozent, Verwaltungsprozesse wie Abrechnung mit 9,2 Prozent und die medizinische Dokumentation mit 8,1 Prozent. Seltener vorgesehen sind Investitionen in körperliche Unterstützung der Pflegearbeit und Hilfen in Hauswirtschaft und Service mit jeweils 5,2 Prozent sowie Angebote der Sozialbetreuung wie Robotik in der Beschäftigung mit 3,1 Prozent. Tourenplanung und Logistik werden mit 2,4 Prozent angegeben. In 4,7 Prozent der Fälle gibt es derzeit keine konkreten Investitionsplanungen.

In der mobilen Pflege (n = 138) konzentrierten sich die genannten Vorhaben nach Angaben der Teilnehmenden auf die Vernetzung mit anderen Leistungserbringerinnen und -erbringern und auf Pflegeplanung beziehungsweise Pflegedokumentation mit jeweils 6,5 Prozent. Danach folgen Wunddokumentation mit 4,3 Prozent, Verwaltung mit 3,6 Prozent sowie Vitaldatenerfassung und Tourenplanung oder Logistik mit jeweils 2,9 Prozent; die medizinische Dokumentation und der Status keine konkreten Investitionsplanungen liegen bei jeweils 2,2 Prozent. Für körperliche Unterstützung der Pflegearbeit, Sicherheitssysteme, Unterstützungen in Hauswirtschaft und Service sowie Sozialbetreuung gab es keine Antworten aus der mobilen Pflege.

Einsatz und Zukunftsperspektiven von Technologien in der Pflege

Digitale Technologien kommen in der Pflege in unterschiedlich ausgeprägtem Maß zum Einsatz; ihre Verbreitung, Bekanntheit und Zukunftseinschätzung variieren je nach Setting, technischer Lösung und organisatorischem Kontext. Darum wurde erhoben, ob und in welchem Ausmaß bestimmte digitale Technologien im Pflegealltag bereits eingesetzt werden, deren Nutzung zukünftig vorstellbar ist oder ob sie als nicht relevant oder nicht bekannt eingeschätzt werden (siehe Abbildung 10). Die Einschätzungen der befragten Personen diesbezüglich unterscheiden sich teils deutlich zwischen stationärer und mobiler Pflege.

Abbildung 10: Einschätzung zur Nutzung technischer Lösungen zur Unterstützung des Personals in Pflege und Betreuung nach Einsatzstatus und Zukunftsperspektive (stationäre Pflege; Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

In der stationären Pflege sind insbesondere sensorbasierte Sturz- und Bewegungsmelder mit knapp 70 Prozent bereits weit verbreitet. Auch GPS-Tracking-Systeme für desorientierte Personen (43,4 %) sowie smarte Bettsysteme mit Drucksensoren (29,6 %) werden bereits in vielen Einrichtungen genutzt. Zukünftig besonders relevant erscheinen Telecare-Anwendungen wie die Übertragung von Vitalparametern (58,3 % „noch nicht, aber vorstellbar“) oder die Onlinekommunikation (48,3 %). Auch künstliche Intelligenz (59 %) und digitale Medikamentenvergabe-Systeme (33,6 %) werden mehrheitlich als vorstellbar eingeschätzt, obwohl sie bislang selten eingesetzt werden.

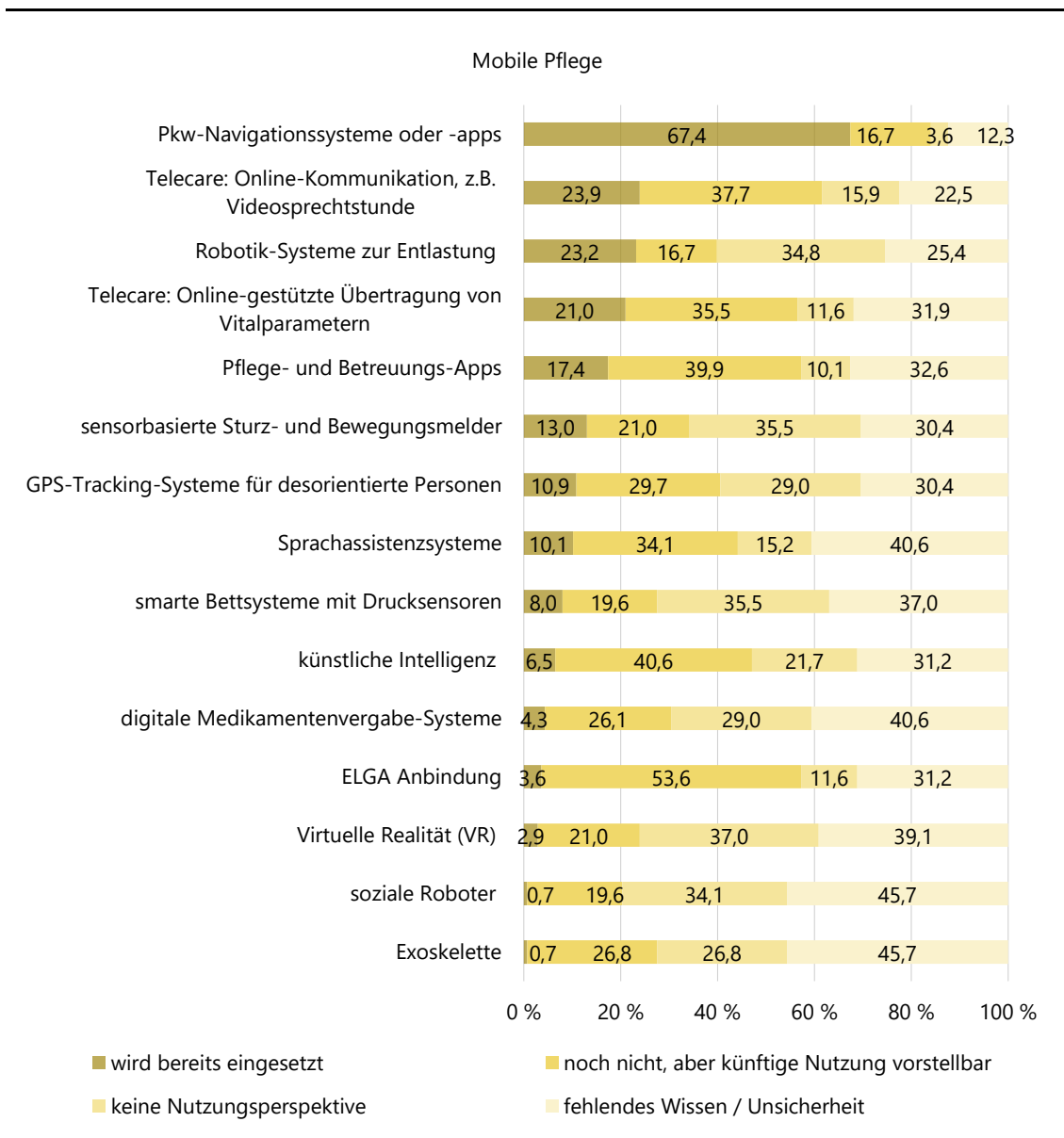
Deutlich reservierter ist die Haltung gegenüber Robotik, Exoskeletten oder virtueller Realität (VR). In diesem Kontext wurden überwiegend die Antworten „nicht vorstellbar“, „nicht relevant“ oder „System nicht bekannt“ gewählt. Auch Pflege- und Betreuungs-Apps sowie Sprachassistenzsysteme werden bislang kaum praktisch genutzt, wenngleich sie in vielen Fällen als zukünftige Option gesehen werden.

Ergänzend zu den geschlossenen Antwortkategorien wurden die Teilnehmenden eingeladen, über ein Freitextfeld zusätzliche Anmerkungen zur Nutzung technischer Lösungen in ihrem Arbeitsalltag zu machen. Die folgenden Rückmeldungen aus der stationären Pflege geben vertiefende Einblicke in praktische Erfahrungen, wahrgenommene Barrieren und konkrete Anwendungsbeispiele im Umgang mit digitalen Technologien. Laut den Befragten nutzen mehrere Einrichtungen bereits digitale Dokumentations- und Kommunikationsplattformen (z. B. Vivendi).

Zugleich wurden deutliche Einschränkungen sichtbar gemacht. Datenschutz und fehlende technische Freigaben verhindern vielfach die Nutzung von beispielsweise Spracherkennung oder KI-Tools. Die Anbindung an ELGA wird als technisch schwierig und schlecht unterstützt in Schulung und Support bezeichnet. Häufig scheiterte die Einführung digitaler Lösungen an fehlender Finanzierung oder mangelhafter Schulung. Einige Beiträge weisen auf Medienbrüche in den Arbeitsprozessen hin (z. B. digital erstellte Dienstpläne, die händisch ergänzt werden müssen) und kritisieren eine mangelnde Einbindung relevanter Akteurinnen und Akteure (z. B. Fachärztinnen und -ärzte).

In der mobilen Pflege zeigt sich aufgrund des Unterschieds im Setting teils ein anderer Fokus auf Technologien. Pkw-Navigationssysteme oder -Apps gehören nach Angaben der Befragten mit 67,4 Prozent zu den am häufigsten eingesetzten Technologien. Auch Videosprechstunden (23,9 %) und Telecare-Anwendungen (21 %) finden bereits Anwendung. Zukünftige Potenziale sehen die Befragten vor allem bei der ELGA-Anbindung (53,6 %), Pflege- und Betreuungs-Apps (39,9 %) sowie künstlicher Intelligenz (40,6 %). Wie in der stationären Pflege zeigt sich auch hier eine deutlich geringere Bekanntheit oder Relevanz bei robotischen Systemen, Exoskeletten und sozialen Robotern.

Abbildung 11: Einschätzung zur Nutzung technischer Lösungen zur Unterstützung des Personals in Pflege und Betreuung nach Einsatzstatus und Zukunftsperspektive (mobile Pflege; Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

In den Freitextfeldern des mobilen Settings steht weniger die technologische Vielfalt, sondern vor allem die infrastrukturelle Machbarkeit im Fokus. Die Einsatzmöglichkeiten vieler Technologien sind nach Angaben der Befragten durch instabile Systeme, unzureichende Ausstattung oder den häuslichen Kontext der Klientinnen und Klienten eingeschränkt. So werden etwa Sensormatten in den Freitextfeldern als untauglich für mobile Nutzung beschrieben, Videosprechstunden scheitern an technischer Ausstattung oder mangelnder Akzeptanz auf ärztlicher Seite.

Mehrfach genannt wurde der Wunsch nach flüssiger digitaler Dokumentation – auch zur Reduktion von Missverständnissen bei handschriftlichen Notizen. Kritisch werden fehlende

Digitalkompetenzen bei Klientinnen und Klienten und Angehörigen erwähnt ebenso wie die Problematik nicht konsensueller Videoüberwachung durch Letztere. Potenzial wird insbesondere in der ELGA-Anbindung, digitalen Bestellsystemen und intelligenten Medikamentenverordnungen gesehen – allerdings verbunden mit dem Ruf nach standardisierter Schulung, besserer Infrastruktur und klaren Zuständigkeiten.

Auffällig ist, dass in beiden Settings relativ viele Technologien von einem Teil der Befragten nicht gekannt oder nicht als relevant eingeschätzt werden. Dies deutet darauf hin, dass der Diskurs über Digitalisierung zwar fortgeschritten ist, jedoch eine konkrete Auseinandersetzung mit einzelnen technischen Systemen auf Ebene der Fachkräfte scheinbar wenig stattfindet.

Priorisierung weiterer Digitalisierung von pflegenahen Prozessen

Bei Teilnehmenden, die angaben, im Management zu arbeiten (n = 178), wurde erhoben, ob die weitere Digitalisierung pflegenaher Prozesse im Unternehmen eine hohe Priorität hat. Zur Auswahl standen abgestufte Antwortkategorien mit Freitextfeldern.

In Pflegeheimen wurde die weitere Digitalisierung überwiegend als notwendiger Schritt verstanden, der den Umgang mit knappen Personalressourcen erleichtern und Zeit näher an Bewohnerinnen und Bewohnern bringen soll. Genannt wurden Entlastung bei Routineaufgaben und Dokumentation, weniger Medienbrüche und Übertragungsfehler, schnellere Informationsflüsse und mehr Transparenz in Abläufen. Viele verorteten Digitalisierung als strategische Zukunftsaufgabe, die Wettbewerbsfähigkeit und Attraktivität als Arbeitgeber stärkt. Konkret erschienen Televisite und telemedizinische Kooperationen als sinnvolle Ergänzungen, ebenso der Ausbau mobiler Endgeräte und ausgereifter Pflegesoftware. Dieses Ja wurde von den Teilnehmenden jedoch oft an Bedingungen geknüpft. Lösungen sollten praxistauglich sein und stabil laufen. Fehlt diese Reife, kippe der Nutzen schnell in Mehrarbeit. Bremsend wirkten vor allem Investitionskosten, Lizenzgebühren und der Schulungsaufwand, verschärft durch knappe Zeitfenster. Ein Teil der Antworten betonte, dass Langzeitpflege Beziehungspflege bleibt, und fürchtet eine Entfremdung durch Technik oder einen zu starken Fokus auf Robotik. Die stationäre Perspektive zeigte einen starken Nutzenfokus mit dem klaren Wunsch nach standardisierten Prozessen, nachweislicher Qualitätssteigerung und sinnvollen digitalen Ergänzungen der Versorgung, zugleich aber eine deutliche Sensibilität für Kosten, Schulung und Akzeptanz.

In der mobilen Pflege scheinen die Treiber stärker regulatorisch und interoperabel geprägt. Die erwartete oder bereits geplante ELGA-Anbindung wurde als Priorität gesetzt. Papierverfahren wurden von den Teilnehmenden der mobilen Pflege als datenschutzsensibel und unpraktisch beschrieben. Digital unterstützte Abläufe sollten vor allem die Außendienstarbeit beschleunigen, Dokumentationszeiten reduzieren, Bestellungen und Medikationsprozesse vereinfachen und die Kommunikation in Echtzeit ermöglichen. Besonders häufig wurde der Wunsch nach vereinheitlichten Systemen mit Partnerorganisationen geäußert. Wo Zustimmung nur verhalten ausfiel, liegt es an folgenden Engpässen: erstens Kosten und Unterfinanzierung, insbesondere bei Zusatzmodulen wie Dienstplan oder Tourenplanung sowie bei Implementierung und Schulung; zweitens fehlendes Know-how und unklare Verantwortlichkeiten, was Interoperabilität und Schnittstellen angeht. Teilweise wurde damit argumentiert, dass bereits vieles digital ist und zusätzliche Schritte nur geringen Mehrwert erzeugen würden.

Über beide Settings hinweg kristallisiert sich ein gemeinsamer Kern heraus. Digitalisierung wird akzeptiert, wenn sie spürbar entlastet, verlässlich funktioniert und nahtlos integriert ist. Sie stößt auf Widerstand, wenn Kosten und Schulungsaufwand nicht mit konkretem Nutzen hinterlegt sind oder wenn der Eindruck entsteht, dass Beziehung und Präsenz leiden könnten.

4.6.5 Barrieren für Digitalisierung

An dieser Stelle werden vorab allgemeine Hürden in Zusammenhang mit Digitalisierung beschrieben. Zusätzlich wird ein Schwerpunkt auf das Thema Netzverfügbarkeit gelegt, da diese die Basis für gelingende Digitalisierung darstellt.

Hürden bei der Digitalisierung

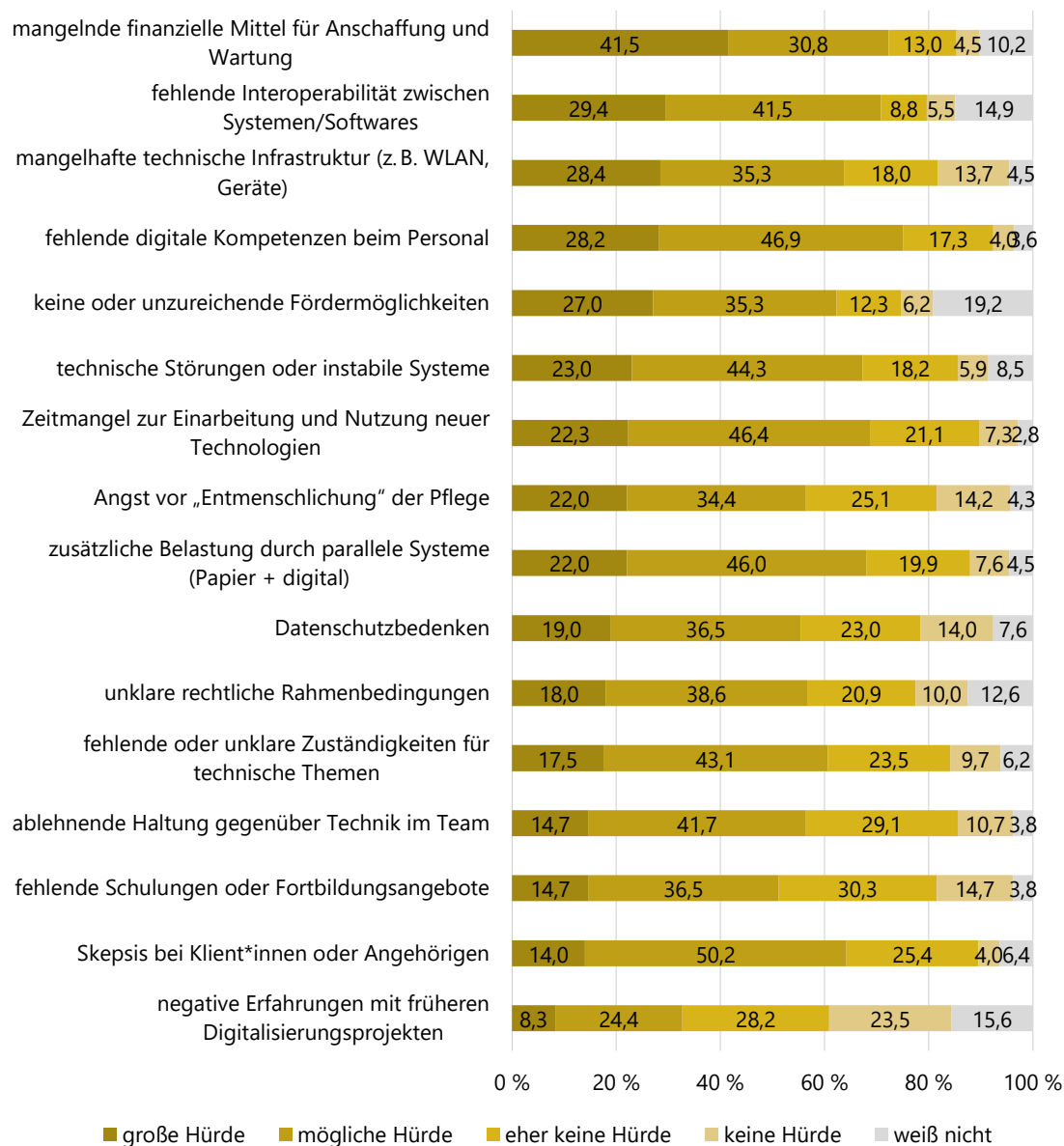
Bei der Einschätzung, welche Faktoren in der eigenen Einrichtung als Hürden für die Digitalisierung bzw. Technisierung der Pflege gelten, wurden zahlreiche Aspekte von einem beträchtlichen Teil der Befragten als (potenzielle) Herausforderung wahrgenommen: Besonders häufig wurden mangelnde finanzielle Mittel als „große Hürde“ genannt – über 41,5 Prozent der Befragten sahen hier eine „große Hürde“. Auch fehlende digitale Kompetenzen beim Personal sowie eine mangelhafte technische Infrastruktur (jeweils knapp 30 %) wurden auffallend oft als große Hindernisse identifiziert.

Darüber hinaus stuften viele Befragte Aspekte wie fehlende Interoperabilität zwischen Systemen, technische Störungen, Zeitmangel zur Einarbeitung, Mehrbelastung durch parallele Dokumentationssysteme oder unklare Zuständigkeiten für Technikfragen als relevante Hürden ein.

Soziale und kulturelle Aspekte wie die Skepsis im Team, Datenschutzbedenken oder die Angst vor Entmenschlichung wurden etwas seltener als große, aber oft als „mögliche Hürden“ benannt. Auch der Einfluss früherer negativer Digitalisierungserfahrungen wurde eher zurückhaltend bewertet.

Nur ein geringer Teil der Befragten gab an, dass die genannten Punkte keine oder nur geringe Relevanz hätten – je nach Thema zwischen vier Prozent und 30 Prozent. Der Anteil an „weiß nicht“-Antworten war bei rechtlichen und finanziellen Themen besonders hoch, dies könnte durch fehlende Informationen begründet werden.

Abbildung 12: Stationäre Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie stark die folgenden Aspekte aus Ihrer Sicht eine Hürde bei der Digitalisierung/Technisierung der Pflege in Ihrem Haus/Stützpunkt darstellen?“ (Mehrfachantworten / Angaben in Prozent)



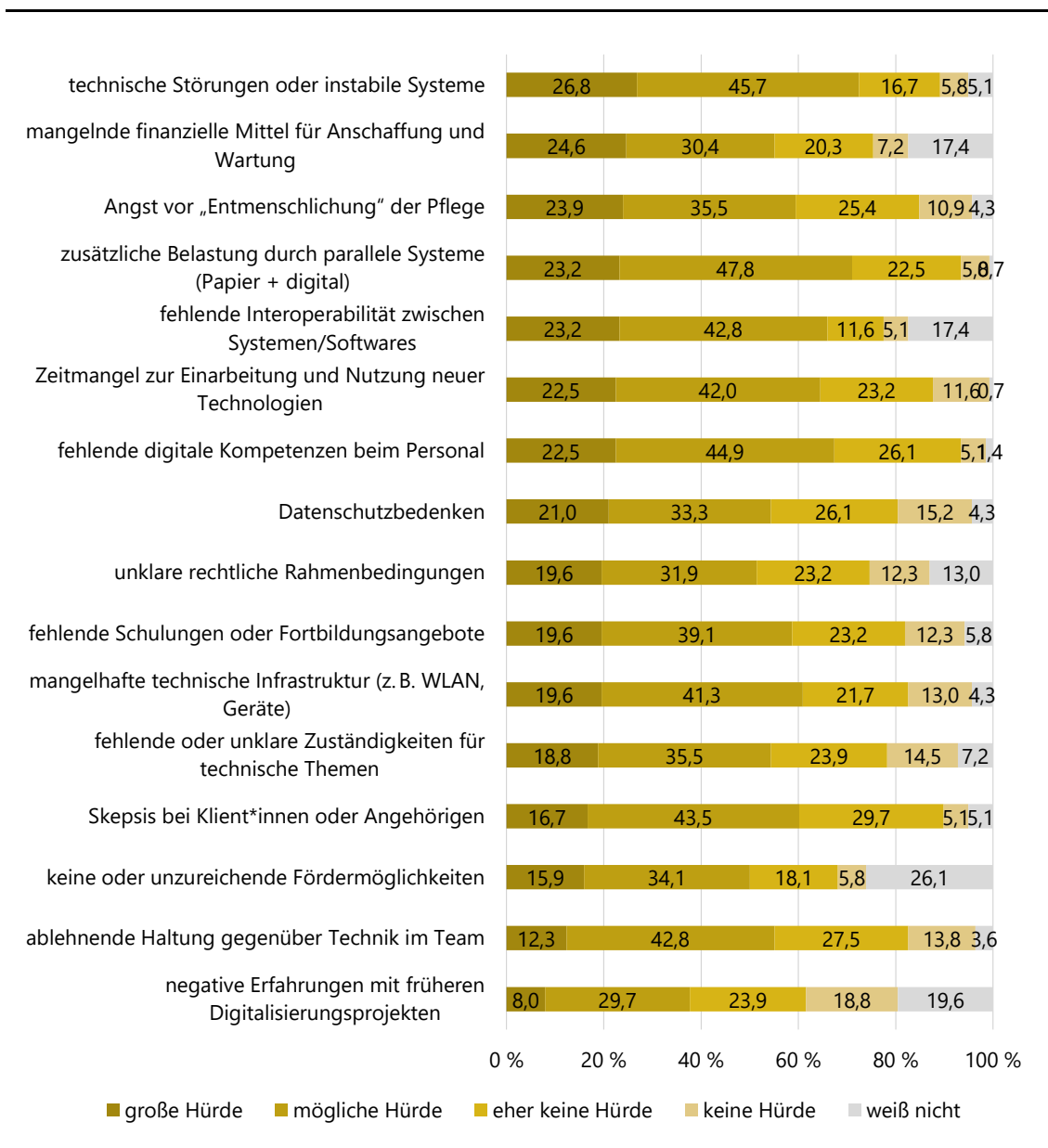
Quelle: GÖG

Bei den Einschätzungen der Befragten aus der mobilen Pflege wurden technische Störungen oder instabile Systeme besonders häufig als große Hürde genannt. Etwas mehr als ein Viertel (26,8 %) stufte diesen Aspekt als große Herausforderung ein, knapp die Hälfte (45,7 %) sieht hier zumindest eine potenzielle Hürde. Auch der Umgang mit parallelen Systemen (Papier und digital) sowie mangelnde Interoperabilität zwischen Softwares wurde von rund jedem Vierten

+ (23,2 %) als große Hürde beschrieben. Zeitressourcen waren ebenfalls ein Thema: Für mehr als zwei Fünftel (42,0 %) stellte der Zeitmangel zur Einarbeitung in neue Technologien eine mögliche Hürde dar, weitere 22,5 Prozent benannten ihn als große Hürde.

Digitale Kompetenzen im Team, Schulungsangebote, Datenschutzbedenken sowie unklare Zuständigkeiten wurden in der mobilen Pflege ebenfalls als bedeutsame Hindernisse genannt. Auch mangelhafte technische Ausstattung sowie Skepsis im Team oder bei Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen wurden vielfach als Barrieren eingestuft.

Abbildung 13: Mobile Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie stark die folgenden Aspekte aus Ihrer Sicht eine Hürde bei der Digitalisierung/Technisierung der Pflege in Ihrem Haus/Stützpunkt darstellen?“ (Mehrfachantworten / Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

Neben den vorgegebenen Antwortoptionen wurden von den Teilnehmenden im Freitextfeld zahlreiche zusätzliche Herausforderungen benannt, die sich insbesondere aus praktischen, strukturellen und technischen Rahmenbedingungen ergeben.

In der stationären Pflege wurde unter anderem auf eine generelle Technikablehnung bei älteren Bewohnerinnen und Bewohnern hingewiesen, aber auch auf Unsicherheiten und Vorbehalte älterer Mitarbeiter:innen, die mit digitalen Anwendungen weniger vertraut seien. Mehrfach wurde

betont, dass Digitalisierung bislang häufig mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden sei, ohne dass dieser durch eine spürbare Entlastung kompensiert werde.

Weitere Aspekte waren die mangelnde Zuverlässigkeit bestehender Systeme sowie die unzureichende Interoperabilität zwischen unterschiedlichen Softwarelösungen. Diese würden nicht nur zu technischen Problemen wie Systemabstürzen oder doppelter Dokumentation führen, sondern auch zu Frustration bei den Anwenderinnen und Anwendern. Auch ethische Fragestellungen wurden angesprochen. Einige Befragte äußerten die Sorge, dass durch den zunehmenden Technikeinsatz zwischenmenschliche Kommunikation und persönliche Nähe verloren gehen könnten. Kritik wurde außerdem an der fragmentierten Systemgestaltung laut. Vielfach wurde bemängelt, dass digitale Anwendungen wenig praxisnah seien und häufig aus Top-down-Prozessen hervorgingen. Dies führe unter anderem dazu, dass analoge und digitale Dokumentationsformen parallel genutzt würden. Organisatorische Schwierigkeiten – etwa ein hoher Verwaltungsaufwand, mangelnde IT-Unterstützung oder unzureichende Systembegleitung – wurden ebenfalls genannt. Hinzu kommen gesundheitspolitische und infrastrukturelle Problemlagen wie die fehlende Kompatibilität zwischen Medikamentendatenbanken und Blistersystemen, mangelnde Anbindung an ELGA oder unzuverlässige WLAN-Versorgung innerhalb der Einrichtungen.

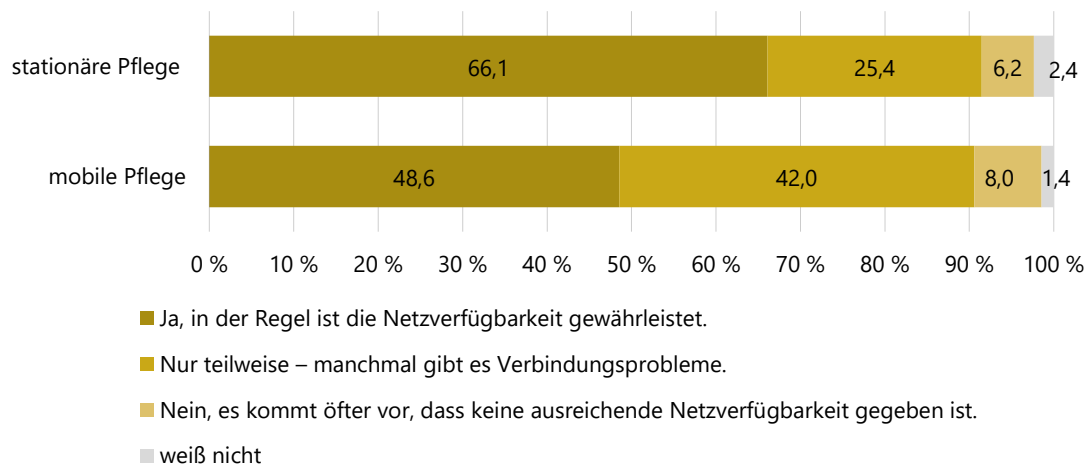
In der mobilen Pflege zeigten sich in den Freitextrückmeldungen vergleichbare Herausforderungen und Barrieren bei der Digitalisierung – häufig jedoch mit einem noch stärkeren Bezug zu alltäglichen Anwendungshürden. So wurde die technische Fragmentierung zwischen verschiedenen Trägern und Dienststellen hervorgehoben, insbesondere durch uneinheitliche Softwaresysteme, fehlende Schnittstellen oder unzureichende E-Mail-Verschlüsselung. Der digitale Austausch mit externen Akteurinnen und Akteuren – etwa Arztpraxen, Apotheken oder Förderstellen – gestalte sich dadurch vielfach schwierig oder sei nicht umsetzbar. Mehrere Befragte berichteten, dass Diensthandys nicht ausreichend in die digitalen Arbeitsprozesse integriert seien oder sogar auf private Geräte zurückgegriffen werden müsse. Auch digitale Unterschriftenprozesse stellten eine Hürde dar – Klientinnen und Klienten lehnten diese mitunter ab, wodurch zusätzliche Ausdrücke notwendig würden. Der hohe Dokumentationsaufwand werde durch instabile Systeme weiter erschwert. Schließlich wurden finanzielle Herausforderungen genannt: Fehlende Rücklagen, unzureichender Zugang zu Fördermitteln oder eingeschränkte Investitionsspielräume behinderten technologische Entwicklungen in der mobilen Pflege zusätzlich.

Netzverfügbarkeit

Ein zentraler Aspekt für die Funktionalität digitaler Anwendungen in der Pflege ist die mobile Netzverfügbarkeit (z. B. für Onlinezugriff auf Klientendaten, Synchronisation von Dokumentationen oder Kommunikation über Apps). Im Rahmen der Befragung wurde auch erhoben, ob in der jeweiligen Region der Teilnehmenden eine ausreichende mobile Internetverbindung gewährleistet ist.

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen Pflegeheimen und der mobilen Pflege (Abbildung 14). In stationären Pflegeeinrichtungen gaben zwei Drittel (66,1 %) der Befragten an, dass die Netzverfügbarkeit in der Regel gewährleistet ist. Ein Viertel berichtete von gelegentlichen Verbindungsproblemen und 6,2 Prozent gaben an, dass es regelmäßig zu unzureichender Netzverfügbarkeit kommt.

Abbildung 14: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Ist die Netzverfügbarkeit (Empfang) für den mobilen Internetzugang in Ihrer Region jederzeit ausreichend?“ (Angaben in Prozent)



Quelle GÖG

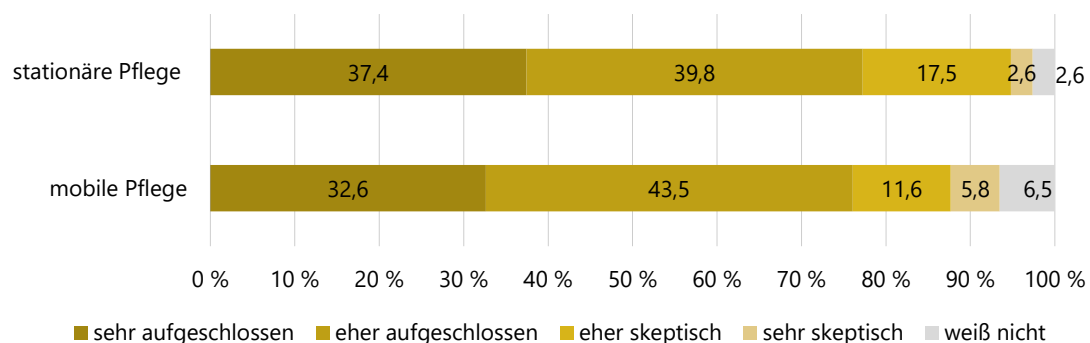
In der mobilen Pflege zeigt sich hingegen ein deutlich ungünstigeres Bild. Nur knapp die Hälfte (48,6 %) bejahte eine durchgehend ausreichende Netzverfügbarkeit. Ein hoher Anteil von 42 Prozent berichtete von gelegentlichen Problemen und acht Prozent gaben an, häufiger mit fehlender Netzverbindung konfrontiert zu sein.

4.6.6 Einstellung gegenüber Technologien

Zur Einschätzung der allgemeinen Haltung gegenüber technischen Innovationen wurde erhoben, wie aufgeschlossen die Befragten dem Einsatz neuer Technologien in Pflege und Betreuung gegenüberstehen. Die Ergebnisse zeigen eine mehrheitlich positive Einstellung in beiden Pflegesettings (Abbildung 15).

In der stationären Pflege geben 37,4 Prozent an, dem Thema „sehr aufgeschlossen“ gegenüberzustehen, 39,8 Prozent bezeichnen sich als „eher aufgeschlossen“. Zusammen ergibt dies einen Anteil von über drei Viertel der Befragten mit einer grundsätzlich positiven Einstellung (77,2 %). Demgegenüber stehen 17,5 Prozent, die sich „eher skeptisch“ äußern, sowie 2,6 Prozent, die eine „sehr skeptische“ Haltung einnehmen.

Abbildung 15: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie aufgeschlossen sind Sie/Ihre Mitarbeiter:innen Ihrer Meinung nach gegenüber dem Einsatz neuer Technologien in Pflege und Betreuung im Allgemeinen?“ (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

Auch in der mobilen Pflege zeigt sich mehrheitlich eine positive Haltung gegenüber dem Einsatz neuer Technologien. Rund ein Drittel der Befragten (32,6 %) stuft sich selbst als „sehr aufgeschlossen“ ein, 43,5 Prozent bewerten ihre Einstellung als „eher aufgeschlossen“. Damit befürworten insgesamt mehr als drei Viertel der Teilnehmenden den Einsatz technischer Innovationen im Pflegealltag – ähnlich wie in der stationären Pflege.

In etwa jeder zehnte Befragte (11,6 %) gibt an, eine „eher skeptische“ Haltung, weitere 5,8 Prozent eine „sehr skeptische“ zu haben.

Während die vorangegangenen Ergebnisse die persönliche Haltung der Befragten gegenüber technischen Innovationen in der Pflege beleuchten, wurde ergänzend auch erhoben, wie sie ihr berufliches Umfeld in Bezug auf deren Aufgeschlossenheit gegenüber digitalen Lösungen einschätzen.

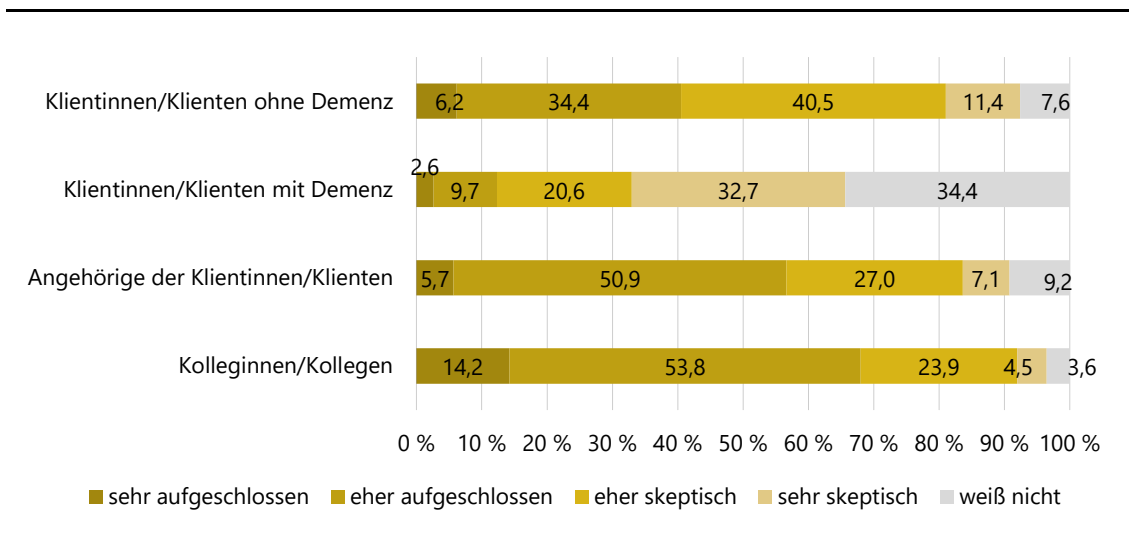
In der stationären Pflege schätzte etwa ein Drittel der Befragten (34,4 %) Klientinnen und Klienten ohne Demenz als eher aufgeschlossen gegenüber digitalen Lösungen ein, allerdings betrachteten rund 40,5 Prozent diese Gruppe als eher skeptisch. Weitere 11,4 Prozent sahen sie als sehr skeptisch und 6,2 Prozent bewerteten sie als sehr aufgeschlossen. 7,6 Prozent konnten keine Einschätzung abgeben.

Deutlich skeptischer wird die Zielgruppe der Klientinnen und Klienten mit Demenz eingeschätzt: Rund ein Drittel (32,7 %) schätze diese als sehr skeptisch, weitere 20,6 Prozent als eher skeptisch ein. Nur 9,7 Prozent sahen in dieser Gruppe eher aufgeschlossene Haltungen und lediglich 2,6 Prozent sehr aufgeschlossene. Ein hoher Anteil (34,4 %) konnte dazu keine Einschätzung abgeben.

Über die Hälfte (50,9 %) schätzen Angehörige als eher aufgeschlossen ein, 5,7 Prozent als sehr aufgeschlossen. Ein Drittel schrieb Angehörigen skeptische Haltungen (27,0 % eher, 7,1 % sehr) zu. 9,2 Prozent machten keine Angabe diesbezüglich.

Bei den Kolleginnen und Kollegen in der stationären Pflege ist das Bild noch positiver: 53,8 Prozent bewerteten diese als eher aufgeschlossen, 14,2 Prozent sogar als sehr aufgeschlossen. Skeptische Bewertungen machen hier nur knapp 29 Prozent aus (23,9 % eher skeptisch, 4,5 % sehr skeptisch), mit einem geringen Anteil an fehlenden Einschätzungen (3,6 %).

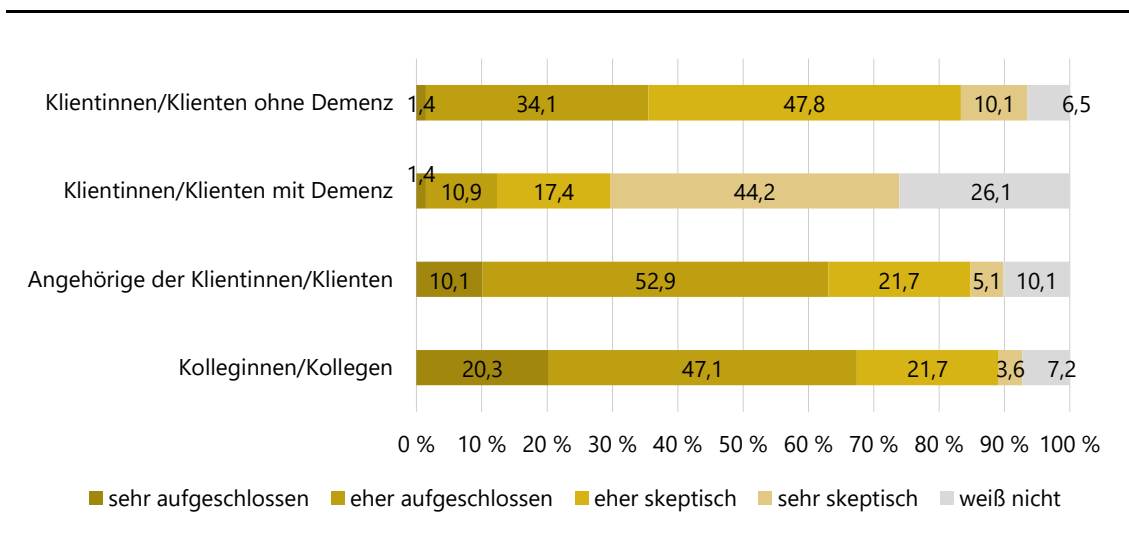
Abbildung 16: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie aufgeschlossen die folgenden Zielgruppen Ihrer Meinung nach gegenüber einem zunehmenden Technikeinsatz zur Unterstützung der Pflege und Betreuung sind“ – stationäre Pflege (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

In der mobilen Pflege bewertete etwa ein Drittel der Befragten (34,1 %) Klientinnen und Klienten ohne Demenz als eher aufgeschlossen gegenüber digitalen Lösungen. Knapp die Hälfte (47,8 %) gab an, dass diese Zielgruppe eher skeptisch sei, weitere 10,1 Prozent bewertete die Gruppe als sehr skeptisch. Nur 1,4 Prozent der Befragten sahen Klientinnen und Klienten ohne Demenz als sehr aufgeschlossen. 6,5 Prozent konnten oder wollten keine Einschätzung dazu abgeben.

Abbildung 17: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie aufgeschlossen die folgenden Zielgruppen Ihrer Meinung nach gegenüber einem zunehmenden Technikeinsatz zur Unterstützung der Pflege und Betreuung sind“ – mobile Pflege (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

44,2 Prozent der Befragten beschrieben Klientinnen und Klienten als sehr skeptisch, 17,4 Prozent als eher skeptisch. Nur 10,9 Prozent beschrieben diese Gruppe als eher aufgeschlossen und 1,4 Prozent als sehr aufgeschlossen. Mehr als ein Viertel (26,1 %) der Befragten gab an, dazu keine Einschätzung treffen zu können.

Angehörige der Klientinnen bzw. Klienten wurden von den Befragten hingegen überwiegend als offen gegenüber digitalen Angeboten wahrgenommen. Über die Hälfte (52,9 %) schätzte sie als eher aufgeschlossen ein, weitere 10,1 Prozent als sehr aufgeschlossen. Knapp ein Drittel beschrieb sie als eher (21,7 %) oder sehr skeptisch (5,1 %). Zehn Prozent der Befragten (10,1 %) machten keine Angabe zur Haltung dieser Gruppe.

Auch Kolleginnen und Kollegen in der mobilen Pflege wurden mehrheitlich als digital offen eingeschätzt: 47,1 Prozent der Befragten beschrieben sie als eher aufgeschlossen, ein Fünftel (20,3 %) sogar als sehr aufgeschlossen. Skeptische Haltungen wurden deutlich seltener geschätzt (21,7 % eher skeptisch, 3,6 % sehr skeptisch). Der Anteil fehlender Einschätzungen lag hier bei 7,2 Prozent.

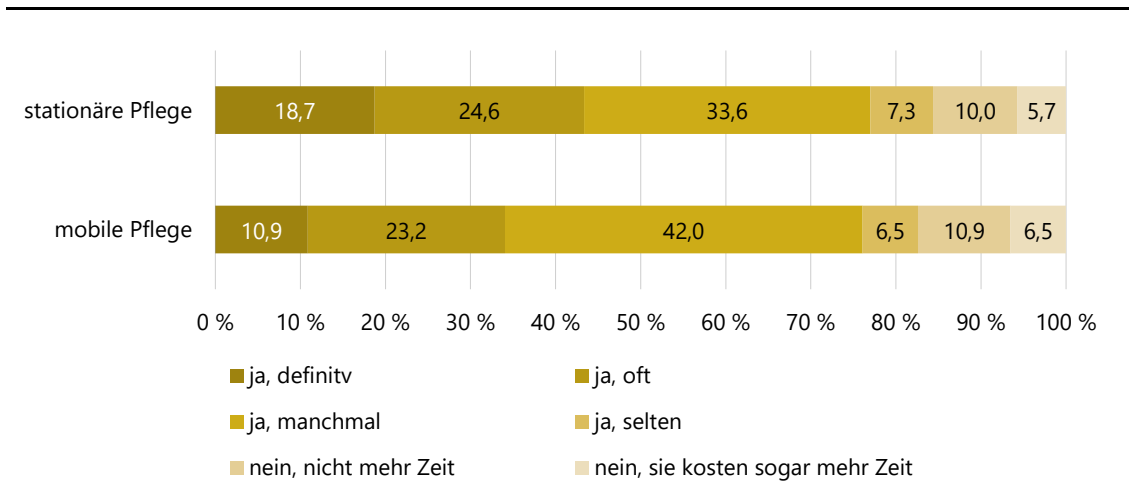
Einschätzung über zeitliche Ressourcen durch digitale Lösungen

Zur Einschätzung des Nutzens digitaler Technologien in Bezug auf die Zeitressourcen für die direkte Arbeit mit Personen mit Pflegebedarf wurde erhoben, ob digitale Lösungen den Mitarbeitenden mehr Zeit für diese Arbeit ermöglichen (Abbildung 18). Das Antwortverhalten zeigt ein differenziertes Bild mit überwiegend positiven, aber auch kritischen Einschätzungen.

In der stationären Pflege geben 18,7 Prozent an, dass digitale Lösungen definitiv zu mehr Zeit für direkte Pflege führen, ein Viertel der Befragten (24,6 %) sieht dies oft gegeben. Ein Drittel

(33,6 %) antwortete mit manchmal und 7,3 Prozent geben an, dies nur selten so zu erleben. Jede:r zehnte Befragte sieht keinen Zeitgewinn, 5,7 % geben sogar an, dass digitale Lösungen mehr Zeit kosten.

Abbildung 18: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Verschaffen digitale Lösungen mehr Zeit für die direkte Arbeit mit pflegebedürftigen Personen?“ (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

In der mobilen Pflege liegt der Anteil derjenigen, die manchmal einen Zeitgewinn wahrnehmen, mit 42 Prozent am höchsten. Weitere 23,2 Prozent geben an, dass digitale Lösungen oft mehr Zeit für die direkte Arbeit bieten, während nur 10,9 Prozent einen definitiven Zeitgewinn angeben. Gleichzeitig geben 10,9 Prozent an, dass digitale Anwendungen keinen Zeitgewinn bringen, und 6,5 Prozent, dass sie sogar mehr Zeit erfordern.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass digitale Technologien zwar von einem Großteil der Befragten zumindest teilweise als unterstützend wahrgenommen werden, der direkte zeitliche Nutzen für die Pflegepraxis jedoch nicht uneingeschränkt bestätigt wird.

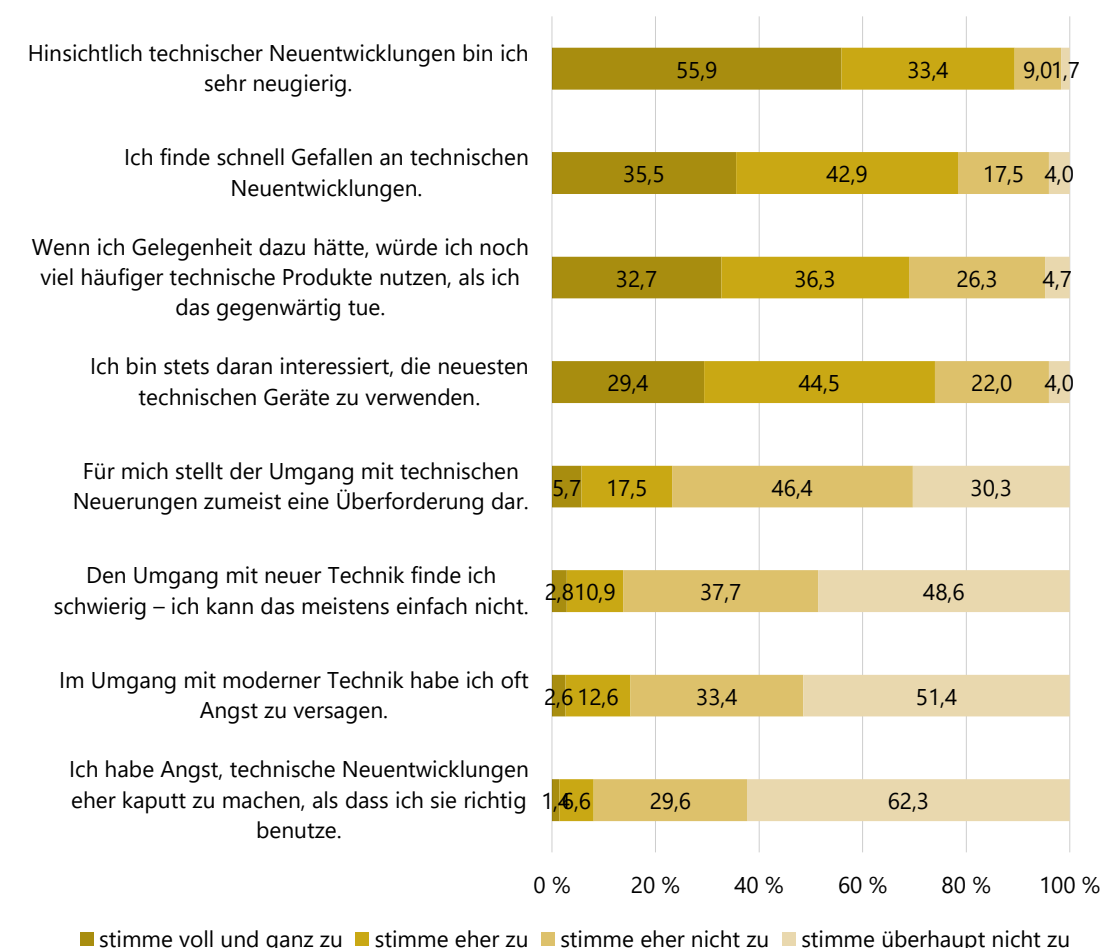
Persönliche Einstellung zu technischen Neuerungen

Die Ergebnisse zur persönlichen Einstellung der Befragten aus der stationären Pflege gegenüber technischen Neuerungen zeichnen ein eher positives Bild. Ein Großteil der Teilnehmenden zeigte sich technikinteressiert, offen und neugierig: Über die Hälfte (55,9 %) gab an, bei neuen technischen Entwicklungen sehr neugierig zu sein, weitere 33,4 Prozent stimmten dem eher zu. Ebenso finden viele Befragte schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen – insgesamt nahezu 80 Prozent (35,5 % voll und ganz, 42,9 % eher). Auch das Interesse an der Nutzung neuer Geräte war bei den Befragten der stationären Pflege weit verbreitet. Nicht ganz ein Drittel (29,4 %) stimmte der Aussage voll und ganz zu, stets die neuesten Geräte verwenden zu wollen, 44,5 Prozent stimmten eher zu.

Zugleich zeigen sich nur vereinzelt technikbezogene Unsicherheiten. So gaben lediglich 1,4 Prozent der Befragten an, Angst zu haben, technische Geräte kaputt zu machen, 6,6 Prozent stimmten dieser Aussage zumindest eher zu. Die Mehrheit (über 91,9 %) lehnte diese Aussage ab. Auch

Ängste im Umgang mit moderner Technik oder das Gefühl, damit überfordert zu sein, sind selten vertreten: 5,7 Prozent sehen technische Neuerungen zumeist als Überforderung, weitere 17,5 Prozent stimmen dem eher zu. Die Mehrheit (76,8 %) stimmte dieser Aussage nicht zu.

Abbildung 19: Stationäre Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Zum Schluss interessiert uns Ihre persönliche Einstellung zu technischen Neuerungen im Allgemeinen und unabhängig von Ihrer beruflichen Funktion.“ (Angaben in Prozent)



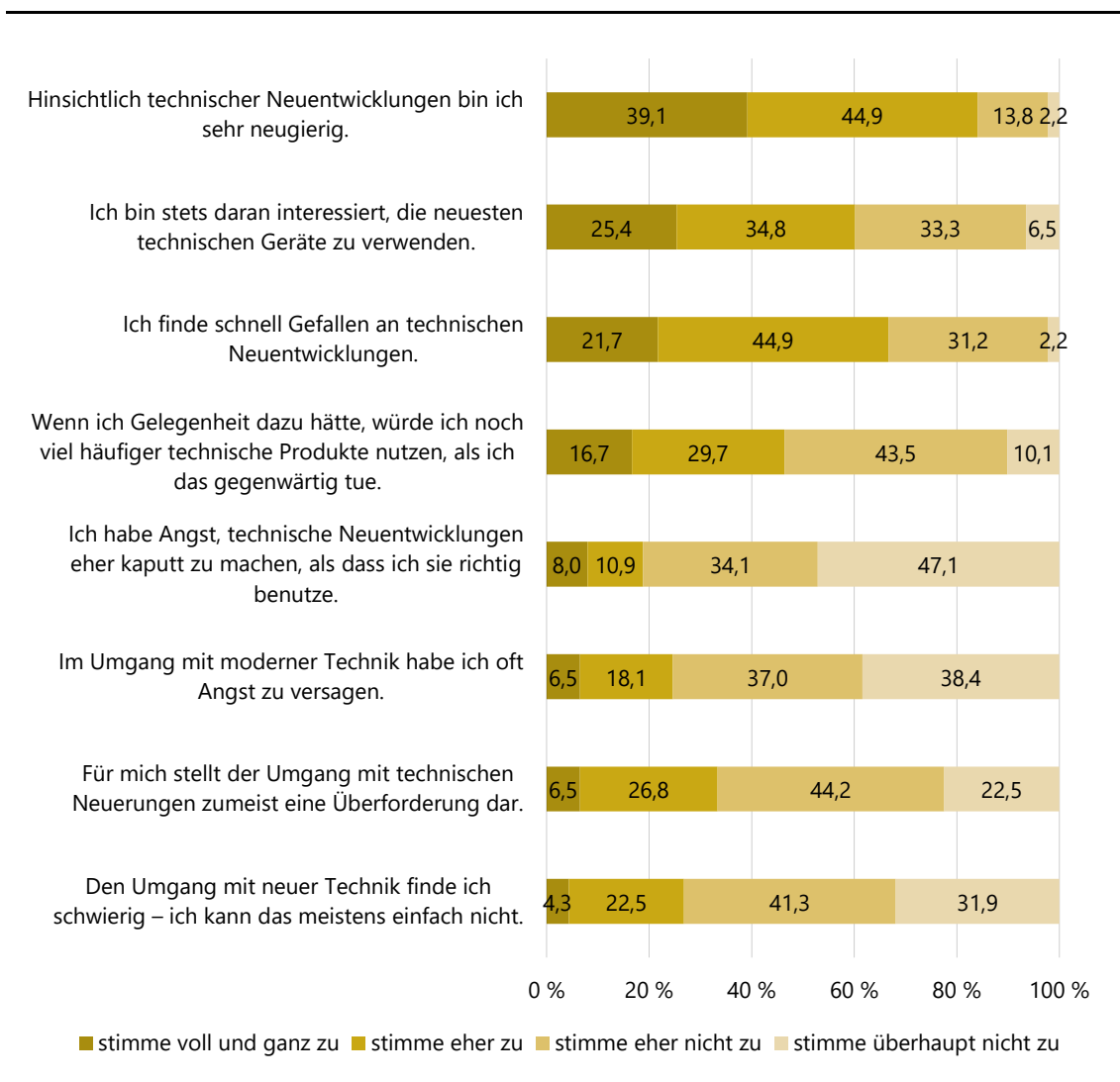
Quelle: GÖG

Auch unter den Befragten der mobilen Pflege zeigt sich ein hohes Maß an Interesse und Offenheit gegenüber technischen Neuerungen, wenngleich stärker begleitet von Unsicherheit als in der stationären Pflege. So gaben insgesamt 84 Prozent an, gegenüber technischen Neuentwicklungen sehr neugierig zu sein (39,1 % stimmten voll und ganz zu, 44,9 % stimmten eher zu). Auch Aussagen wie „Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen“ (21,7 % voll und ganz, 44,9 % eher; zusammen 66,6 %) oder „Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden“ (25,4 % voll und ganz, 34,8 % eher; insgesamt 60,2 %) fanden bei einer Mehrheit Zustimmung. Rund 46,4 Prozent äußerten, dass sie technische Produkte noch

häufiger nutzen würden, wenn sie die Gelegenheit dazu hätten (16,7 % voll und ganz, 29,7 % eher).

Dennoch zeigt sich eine gewisse technikbezogene Unsicherheit: 26,8 Prozent stimmten der Aussage zu, dass sie den Umgang mit neuer Technik schwierig finden (4,3 % voll und ganz, 22,5 % eher). Weitere 33,3 Prozent geben an, dass technische Neuerungen für sie zumeist eine Überforderung darstellen (6,5 % voll und ganz, 26,8 % eher). Auch Ängste spielen eine Rolle: 24,6 Prozent berichten, im Umgang mit moderner Technik oft Angst zu haben zu versagen (6,5 % voll und ganz, 18,1 % eher), und 18,9 Prozent befürchten, technische Geräte kaputt zu machen, wenn sie diese nutzen (8,0 % voll und ganz, 10,9 % eher).

Abbildung 20: Mobile Pflege: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Zum Schluss interessiert uns Ihre persönliche Einstellung zu technischen Neuerungen im Allgemeinen und unabhängig von Ihrer beruflichen Funktion.“ (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG

Einordnungen, Vorbehalte und Entwicklungsbedarfe aus Sicht der Praxis

Im letzten Abschnitt der Befragung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, für zusätzliche Anmerkungen zur Digitalisierung und zum Technikeinsatz in der Pflege in einem offenen Freitextfeld zu nutzen. Die eingegangenen Rückmeldungen bilden ein diverses Stimmungsbild ab, in dem sowohl Technikoptimismus und Potenziale als auch konkrete Herausforderungen und Barrieren sichtbar sind.

Unabhängig vom Arbeitsbereich betonten viele Befragte die Notwendigkeit, digitale Technologien sinnvoll und unterstützend in den Pflegealltag zu integrieren. Der potenzielle Nutzen, z. B. durch strukturierte Dokumentation, schnellere Informationsverfügbarkeit oder körperliche Entlastung, wurde vielfach anerkannt. Die Befragten hoben jedoch auch hervor, dass Digitalisierung nicht zu einem Selbstzweck werden dürfe, sondern konsequent auf die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf und die Arbeitsrealitäten der Pflegefachkräfte abgestimmt sein müsse.

Ein häufig geäußelter Wunsch betraf eine verbesserte technische Ausstattung, verlässliche Systeme sowie ausreichende Schulungsangebote. Kritisch wurde wiederholt angemerkt, dass es an politischer Unterstützung, finanziellen Ressourcen und einer Einbindung der Pflegepraxis in Entscheidungsprozesse mangle. Besonders hervorgehoben wurde der Wunsch nach praxisnah entwickelten Lösungen, die nicht zusätzlich belasteten, sondern tatsächlich entlasteten.

In der stationären Pflege betonten die Befragten insbesondere strukturelle und systemische Hürden. Mehrfach wurde kritisiert, dass veraltete Infrastruktur, mangelnde Interoperabilität (z. B. zwischen Pflegedokumentation und ELGA oder Medikamentendatenbanken) sowie häufige Systemausfälle und technische Doppelbelastungen durch parallele Papier- und Digitaldokumentation den Alltag erschwerten. Auch fehlende Fördermittel und uneinheitliche rechtliche Rahmenbedingungen wurden als zentrale Hindernisse benannt.

Zahlreiche Beiträge thematisierten pflegeethische Dilemmata, etwa die Sorge, dass durch zunehmenden Technikeinsatz zwischenmenschliche Nähe und persönliche Zuwendung in den Hintergrund treten könnten. Nach Angaben der Befragten zeigten sich gerade erfahrene Mitarbeitende teilweise frustriert über den wachsenden administrativen Aufwand und beklagten eine unzureichende Schulungskultur, die sie mit neuen Systemen alleinließ. Auch die Verbindung von Digitalisierung mit Qualitätssteigerung wurde kritisch betrachtet, insbesondere dann, wenn dadurch mehr statt weniger dokumentiert werden musste.

In der mobilen Pflege bezogen sich viele Rückmeldungen auf den praktischen Umgang mit Technik im Arbeitsalltag. Schwierigkeiten ergaben sich etwa durch unausgereifte Geräte, technisch instabile Systeme, mangelnde Kompatibilität mit mobilen Arbeitsbedingungen oder fehlende Ausstattung. Die fehlende Einbindung externer Akteurinnen und Akteure, wie Ärztinnen und Ärzte, Apotheken oder Förderstellen, in digitale Prozesse wurde als besonders hinderlich erlebt.

Wiederholt wurde auf die große Heterogenität technischer Kompetenzen im Team hingewiesen. Laut befragten Personen fühlten sich einige Mitarbeitende gut vorbereitet, andere dagegen überfordert, beispielsweise aufgrund fehlender Schulung, Sprachbarrieren oder sensorischer Einschränkungen. Einige der Befragten berichteten von Technikdistanz aufseiten der Klientinnen und Klienten, insbesondere bei älteren oder Personen mit kognitiven Erkrankungen. Dies habe etwa die Nutzung elektronischer Signaturen oder digital gestützter Aufklärungsgespräche erschwert.

Auch in der mobilen Pflege wurde der Verlust zwischenmenschlicher Zeit thematisiert, jedoch weniger aus ethischer Perspektive, sondern als praktisches Alltagsproblem. Wenn technische Systeme nicht funktionierten oder aufwendig zu bedienen waren, ging wertvolle Zeit für Gespräche und Betreuung verloren. Der Wunsch nach realitätsnahen, wartungsarmen und einfach bedienbaren Lösungen wurde mehrfach betont.

5 Conclusio

An dieser Stelle werden zentrale Ergebnisse der Recherche, der Erhebungen und der Vor-Ort-Besuche zusammengefasst.

In Österreich wurde Telecare bislang nur in kleinem Rahmen pilotiert, zeigt sich aber insbesondere für bestimmte Zielgruppen als potenziell nützliches Zusatzangebot – etwa für digital affine Menschen, pflegende Angehörige, sozial isolierte oder im ländlichen Raum lebende Personen sowie für Menschen mit postviralen Erkrankungen. In der mobilen Pflege schätzten 41,3 Prozent der Befragten die Nachfrage nach digitalen bzw. telefonischen Leistungen als hoch ein; Über 20 Prozent nutzen bereits Videosprechstunden oder digitale Vitalparameterübertragung.

International weisen Studien auf **positive Effekte** von Telecare hin, etwa bezogen auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, effektiveres Krankheitsmanagement (z. B. bei Diabetes oder Herzinsuffizienz) sowie auf eine Reduktion von Krankenhaustransporten und -aufenthalten. Die Befunde zu Wohlbefinden und Lebensqualität sind hingegen inkongruent: Während das groß angelegte KATI-Projekt positive Wirkungen dokumentierte, konnten andere Studien keine Effekte nachweisen. Ökonomisch relevante Vorteile ergeben sich u. a. durch Einsparung von Wegzeiten und die damit verbundene Flexibilisierung von Zeitressourcen.

Die Analyse verdeutlicht vielfältige **Potenziale** von Telecare: Neben einer Erweiterung des Pflegeangebotes können Warte- und Wegzeiten reduziert, Versorgungskontinuität und -qualität gesteigert sowie soziale Teilhabe und das Sicherheitsgefühl gefördert werden. Auch für Angehörige zeigen sich Effekte, etwa in Hinblick auf Gesundheitskompetenz, Überforderung und Selbstwirksamkeit. Für Pflegekräfte eröffnet sich durch Telecare ein attraktives Tätigkeitsfeld, da sie ihre Expertise auch bei körperlichen oder familiären Einschränkungen weiterhin einbringen und dabei autonom und flexibel tätig sein können. Quantitativ zeigte sich eine hohe Bereitschaft für den Einsatz von Digitalisierung allgemein, aber auch konkret für Telecare. Für beides ist jedoch eine strukturierte, zielgruppengerechte Einschulung zentral. Nicht vergessen werden darf in diesem Kontext auf junge Mitarbeitende; von ihnen wird erwartet, aufgrund ihrer digitalen Kompetenzen firm in der Anwendung aller Innovationen zu sein, was aber nicht immer der Realität entspricht.

Als zentrale **Erfolgsfaktoren** erweisen sich für die Umsetzung von Telecare niedrigschwellige, einfach bedienbare und wartungsarme Lösungen, flankiert durch strukturierte Einschulungen und organisatorische Unterstützung.

Dennoch bestehen erhebliche **Herausforderungen**. Kritisch ist vor allem die unzureichende Netzverfügbarkeit im mobilen Setting, aber auch mangelnde Interoperabilität und eingeschränkte Funktionalität der Systeme. Auch ist der Digitalisierungsgrad, insbesondere in der mobilen Pflege, insgesamt noch niedrig; Dokumentationsprozesse erfolgen hier vielfach analog. Zudem bestehen große Unterschiede in den digitalen Kompetenzen von Pflegekräften und Klientinnen und Klienten, was eine differenzierte, bedarfsorientierte Implementierung notwendig macht. Darüber hinaus mangelt es bislang an transparenter Qualitätssicherung der angebotenen Produkte.

Zu berücksichtigen ist, dass sich die Ergebnisse überwiegend aus Pilotprojekten ableiten und damit noch nicht auf die breite Versorgung übertragbar sind. Zudem fehlen belastbare ökonomische Evaluationen zur langfristigen Kostenwirksamkeit. Für eine fundierte strategische

Verankerung sind daher weiterführende Studien notwendig. Bei der quantitativen Erhebung ist zu beachten, dass keine Repräsentativität gegeben ist; sie bildet ein Stimmungsbild ab.

Insgesamt zeigt die Studie, dass Telecare einen relevanten Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen der Langzeitpflege leisten kann – vorausgesetzt, es gelingt, technische, organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen zu verbessern und die Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf wie Fachkräften konsequent einzubeziehen.

6 Empfehlungen

Die aus der explorativen Recherche abgeleiteten Empfehlungen verstehen sich als nennenswerte Bereiche, die bei der Implementierung von Telecare-Angeboten berücksichtigt werden sollen. Zu beachten ist dabei, dass die Evidenzlage rund um Telecare schwach ist und sich die Empfehlungen insbesondere aus Erfahrungen von Praxisprojekten und Expertenmeinungen ableiten. Da sich im Zuge der Studie angrenzende relevante Themenbereiche im Zusammenhang mit Digitalisierung und Innovation herauskristallisiert haben, werden auch dazu Empfehlungen formuliert.

Telecare setzt ein koordiniertes **Zusammenwirken politischer Rahmenbedingungen, technischer Entwicklung und praktischer Anwendung** voraus. Dieses Zusammenspiel erfordert unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Die Gliederung der Empfehlungen folgt daher nicht thematischen Clustern, sondern der Logik, dass politische Rahmenbedingungen die Grundlage für technische Entwicklung bilden und diese wiederum die Voraussetzung für eine verlässliche Anwendung in der Praxis sind. Dass einzelne Themen mehrere Ebenen berühren, spiegelt die systemische Natur digitaler Innovation wider.

Begonnen wird auf der **Makroebene**, auf der Empfehlungen für politische Entscheidungsträger:innen formuliert werden. Hier finden sich strukturelle Grundlagen und Vorgaben, die als basale Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Telecare bzw. Digitalisierung in der Langzeitpflege gesehen werden. Darauf aufbauend finden sich auf der **Mesoebene** Empfehlungen für Personen und Institutionen, die digitale Innovation entwickeln und den Trägern in der Langzeitpflege anbieten. Empfehlungen auf **Mikroebene** betreffen (Träger-)Organisationen, die die angebotenen Innovationen in der Praxis anwenden.

6.1 Empfehlungen für die politische Ebene

Einheitliche Definition von Telecare

- Als gemeinsame Referenz für Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung sollte eine eindeutige Definition von Telecare entwickelt werden; der Begriff bzw. die darunter verstandenen Leistungen werden derzeit unterschiedlich interpretiert. Eine klare Definition unterstützt Planung, Finanzierung, Evaluation und Entscheidungsfindung auf politischer Ebene.

Zuverlässiges flächendeckendes Netz in ganz Österreich

- Digitale Gesundheitsleistungen sollen für alle Menschen zugänglich sein; Pflege- und Betreuungsdienste sollen technisch dazu in der Lage sein, Telecare anzubieten. Damit Synchronisation, App-Kommunikation und Videokontakte verlässlich funktionieren, wird ein flächendeckendes und zuverlässiges Netz benötigt; die Netzabdeckung soll einen grundlegenden Bestandteil der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung darstellen.

(Folge-)Finanzierung sichern

- Pilotprojekte sollen verlässlich weitergeführt werden können, wenn sie sich in der Praxis bewähren. Viele digitale Angebote enden derzeit nach Ablauf der Förderung, obwohl sie erfolgreich sind. Es wird empfohlen, eine Überführung in eine Dauerfinanzierung zu ermöglichen, wenn das Erreichen definierter Erfolgskriterien nachgewiesen werden kann.
- Bei Förderungen sollten finanzielle Mittel für technische Infrastruktur, Schnittstellenentwicklung und Schulungen bereitgestellt und so ausgestaltet werden, dass sie tatsächlich für diese Zwecke verwendet werden. Eine Zweckbindung unterstützt, dass die Mittel dem Ausbau der technischen Grundlagen und der Kompetenzentwicklung zugutekommen.
- Die Finanzierung digitaler Anwendungen soll an verbindliche Betriebs- und Supportauflagen geknüpft werden. Anbieter:innen von Soft- und Hardware sollen eine mehrjährige Wartungs- und Updategarantie mit definierten Reaktionszeiten, Ausfallsicherheit und Datensicherung gewährleisten. Bei Nichterfüllung sollen klar geregelte Sanktionen und Exitregeln mit gesicherter Datenportabilität greifen.

Einheitliche Standards

- In Bezug auf Interoperabilitätsanforderungen können verbindliche Standards, ähnlich wie sie bei der Hardware bereits vorhanden sind (siehe z. B. EU-weite Vorgaben in Bezug auf USB-C), unterstützen. Das nahtlose Zusammenspiel bestehender mit neuen Systemen steigert die Effizienz, fördert die Akzeptanz der Anwender:innen und reduziert schnittstellenbezogene Probleme.
- Elektronische Signaturen sollen so ausgestaltet werden, dass sie im Pflege- und Betreuungsalltag ohne Umwege nutzbar sind. Dafür braucht es klare Vorgaben und einfache Anwendungen. Wenn elektronische Signaturen alltagstauglich funktionieren, können Ausdrucke und damit Medienbrüche reduziert werden.
- Sichere und standardisierte digitale Kommunikationskanäle zwischen Organisationen und Einrichtungen in der Pflege und externen Akteurinnen und Akteuren sollen vorangetrieben werden. Sie unterstützen, dass unverschlüsselte E-Mails schrittweise ersetzt werden und sensible Informationen geschützt sind.

Verzeichnis von qualitätsgesicherten Anwendungen

- Angebote wie Smartphone- oder Web-Apps, aber auch im Bereich Sensorik oder Robotik sind für Nutzer:innen in Hinblick auf Qualität oft schwer einschätzbar. In Deutschland erfolgt nach einer Qualitäts- und Marktreifepfung eine Aufnahme in ein Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen (DiPA-Verzeichnis), das öffentlich abrufbar ist und Kundinnen und Kunden Orientierung gibt. Die Führung des Verzeichnisses inklusive Qualitätssicherung der Produkte erfolgt durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Die Anwendung dort gelisteter Produkte wird von den Pflegekassen gefördert. Eine Übertragbarkeit eines solchen DiPa-Verzeichnisses auf Österreich kann geprüft werden.

Ausbau und Weiterentwicklung von ELGA

- ELGA wird seitens der Pflegekräfte großes Potenzial zugeschrieben; um dieses auszuschöpfen, soll sie mit Anwenderinnen und Anwendern aus der Langzeitpflege partizipativ weiterentwickelt werden. Gefragt sind etwa verlässliche, zeitnah eingespielte Informationen sowie Kommunikationsmöglichkeiten direkt über das System.

Adäquate Personalschlüssel

- Pilotprojekte und die Einführung von Innovationen binden auch unter den Pflegekräften Ressourcen. Derzeitige Personalschlüssel lassen dafür wenig Spielraum – Innovation wird insbesondere zu Beginn häufig als Mehraufwand ohne unmittelbar erkennbaren Nutzen gesehen, was beim Personal auf Unverständnis treffen und Innovationsbestrebungen hemmen kann. Mindestpersonalschlüssel sollen daher an die realen Gegebenheiten angepasst werden.

6.2 Empfehlungen für die Anbieter- bzw. Forschungs- und Entwicklungsebene

Bedürfnissen von Anwenderinnen und Anwendern durch Partizipation gerecht werden

- Der Einbezug aller Betroffenengruppen in die Entwicklung von Soft- und Hardware ist zentral, um den realen Bedarfen gerecht zu werden. Betroffen sind insbesondere Pflegekräfte und andere Mitarbeitende im jeweiligen Setting, Menschen mit Pflegebedarf und pflegende An- und Zugehörige.
- Die Einführung von Innovationen soll formativ wie auch summativ und in enger Zusammenarbeit mit Umsetzerinnen und Umsetzern evaluiert und die Anwendungen sollen auf ihre Wirkungen geprüft werden.

Bestehende Rahmenbedingungen berücksichtigen

- Die Interoperabilität neuer Anwendungen mit bestehenden Systemen (auch ELGA) soll sichergestellt werden.
- Die spezifischen Rahmenbedingungen in der mobilen Pflege sollen in der Entwicklung von Angeboten berücksichtigt werden, da der häusliche Kontext, instabile Systeme und Ausstattungslücken die Einsatzmöglichkeiten begrenzen.

Support gewährleisten

- Niederschwelliger, schneller Support für Nutzer:innen und Pflegepersonal, idealerweise lokal und über bekannte Kontaktpersonen, soll gewährleistet werden.
- Schulungen für Personal und Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Angehörige in Zusammenarbeit sollen mit Umsetzerinnen und Umsetzern auf Trägerseite konzipiert werden.

Dabei ist zu beachten, dass unterschiedliche Zielgruppen gegebenenfalls unterschiedliche Schulungsmethoden benötigen.

Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten

- Datenschutzkonforme Verarbeitung soll eine Grundvoraussetzung sein. Wichtig sind die klare Zustimmung zur Datenverarbeitung, transparente Datenwege und eine minimierte Datenerhebung.

6.3 Empfehlungen auf Umsetzungsebene

Förderliche strukturelle Rahmenbedingungen in der Organisation schaffen

- Technische Innovation passiert nicht von allein, sondern muss geplant und begleitet werden. Eine prozesshafte, strukturierte Implementierung mit klaren Zuständigkeiten soll daher gefördert werden. Es gibt z. B. unterschiedliche Modelle, anhand deren Innovationsprojekte geplant und eingeführt werden können.⁸
- Telecare und andere Innovationen sollen in bestehende Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsprozesse integriert werden, anstatt sie als isolierte Projekte laufen zu lassen. Mögliche zeitliche Mehraufwände am Beginn sollen auch in der Personaleinsatzplanung berücksichtigt werden.
- Telecare kann als Karrierepfad für Pflegekräfte mit körperlichen Einschränkungen oder Betreuungspflichten angedacht werden, um sie im System halten und ihre Expertise nutzen zu können.
- Digitale Dokumentation soll in allen Settings vorangetrieben werden. Das Zielbild ist eine flüssige digitale Dokumentation ohne Parallelstrukturen (z. B. doppelte Dokumentation).
- Im Arbeitsalltag sollen dienstliche Endgeräte zur Verfügung gestellt und sichere Kommunikationskanäle verbindlich vorgegeben werden. Die Nutzung privater Geräte sowie fehlende E-Mail-Verschlüsselung sollen aus Datensicherheitsgründen systematisch zurückgedrängt werden.

Pflegekräfte in der Umsetzung unterstützen

- Vermittelnde Rollen zwischen Technik und Pflege auf Trägerebene zu implementieren, kann die Entwicklung und Einführung von Innovation unterstützen. In den Niederlanden gibt es sogenannte Chief Nursing Information Officers; es handelt sich um Pflegepersonen mit zusätzlichen Qualifikationen in technischen/digitalen Feldern, die Innovationen systematisch implementieren und dabei die Bedarfe aus Pflege und Technik kennen und berücksichtigen.
- In Bezug auf das Personal sollen klare Zuständigkeiten und ein kontinuierlicher Kompetenzaufbau gesichert werden. Letzteres kann durch systematisierte und auf unterschiedliche

⁸ zum Beispiel DIGITAL TRANSFORMATION FRAMEWORK https://www.interreg-central.eu/wp-content/uploads/2024/12/O.1.1.-Digi-Care4CE_Transnational-DigiCare4CE-model_final.pdf [Zugriff: 26. September 2025]

digitale Kompetenzen ausgelegte Schulungen und verfügbare IT-Unterstützung forciert werden.

Bedürfnisse von Nutzerinnen und Nutzern berücksichtigen

- Telecare soll als ergänzendes und auf Freiwilligkeit beruhendes Angebot verstanden werden. Analoge Angebote müssen weiterhin vorhanden sein.
- Zielgruppen sollen gezielt aufgeklärt werden, um Ängste und Hemmungen zu reduzieren (z. B. in Bezug auf Datenschutz, Anwendungsmöglichkeiten, jederzeitige Ausstiegsmöglichkeit, wiederholte technische Schulungsmöglichkeit).
- Zielgruppenspezifische Unterstützung für Klientinnen und Klienten sowie Angehörige soll aufgebaut werden. Dazu sollen niederschwellige Lern- und Supportangebote implementiert werden, die unterschiedliche bzw. fehlende digitale Kompetenzen berücksichtigen.

Literatur

- Adeyemo, Aminat; Coffey, Alice; Kingston, Liz (2025): Utilisation of robots in nursing practice: an umbrella review. In: BMC Nursing 2025/24:247 1-17
- Anttila, Heidi; Anttila, Minna; Koivisto, Sari; Niemelä, Marketta; Kaartinen, Jouni; Forsius, Pirita; Kauppinen, Sari; Luoma, Minna-Liisa (2023): Kotihoidon uudet ratkaisut. Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille – KATI-ohjelman 2020–2023 loppuraportti. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- Anttila, Minna; Koivisto, Juha; Luoma, Minna-Liisa; Anttila, Heidi (2023): How to adopt technologies in home care: a mixed methods study on user experiences and change of home care in Finland. In: BMC Health Services Research 23/1342:1-15
- Ariyanto, Heri; Rosa, Elsy M. (2024): Effectiveness of telenursing in improving quality of life in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. In: Journal of Taibah University Medical Sciences 19/3:664-676
- ÄrzteG (2025): Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Landesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), in der Fassung vom 12.09.2025
- Banbury, A.; Parkinson, L.; Nancarrow, S.; Dart, J.; Gray, L.; Buckley, J. (2014): Multi-site videoconferencing for home-based education of older people with chronic conditions: the Telehealth Literacy Project. In: J Telemed Telecare 20/7:353-359
- Banbury, Annie; Nancarrow, Susan; Dart, Jared; Gray, Leonard; Parkinson, Lynne (2018): Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. In: J Med Internet Res 20/2/e25:1-17
- BMSGPK (2024a): Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS). Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2024b): eHealth-Strategie Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2024c): Pflegereformpakete I-III [online]. sozialministerium.at. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegereform.html> [Zugriff am 27.01.2025]
- BMSGPK (2024d): Telemedizin [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html> [Zugriff am 14.02.2025]
- Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Tisch, Thorsten; Wentz, Lukas; Pörschmann-Schreiber, Ulrike; Kulas, Heidi (2020): Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP). Sachbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Hg. v. IGES Institut GmbH, Berlin

- Brauneis, Carina; Vorel, Nicole (2023): Telepflege. Ergebnisbericht zum Innovationsprojekt (Phase 3) in der Caritas Pflege NÖ-Ost. Hg. v. Caritas der Erzdiözese Wien, Wien
- Buss, Arne; Marijic, Pavo; Strupeit, Steve (2018): E-Health in der Pflege - Wirksamkeit von pflegegeleiteten Interventionen bei älteren Menschen. In: Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV: Impulse für die Pflegeorganisation. Hg. v. Pfannstiel, Mario A.; Krammer, Sandra; Swoboda, Walter. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. S. 197-S. 211
- Caritas der Erzdiözese Wien (2021): Telepflege und Teletherapie. Projektbericht und Erkenntnisse aus dem Innovationsprojekt Phase 2. Hg. v. Caritas der Erzdiözese Wien, Wien
- Chou, T. J.; Wu, Y. R.; Tsai, J. S.; Cheng, S. Y.; Yao, C. A.; Peng, J. K.; Chiu, T. Y.; Huang, H. L. (2021): Telehealth-Based Family Conferences with Implementation of Shared Decision Making Concepts and Humanistic Communication Approach: A Mixed-Methods Prospective Cohort Study. In: Int J Environ Res Public Health 18/20:1-12
- Department of Health & Social Care; Department for Science, Innovation & Technology (2025): Telecare National Action Plan: protecting telecare users through the digital phone switchover, Kew, Richmond
- El Arab, R. A.; Al Moosa, O. A.; Abuadas, F. H.; Somerville, J. (2025): The Role of AI in Nursing Education and Practice: Umbrella Review. In: J Med Internet Res 2025/27:e69881
- Ernst & Young Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH (2021): Wie menschlich kann die Pflege bleiben, wenn Roboter übernehmen? Ergebnisse einer EY -Umfrage unter 1.000 Österreicher:innen zur digitalen Pflege Hg. v. Ernst & Young, Wien
- Ford, James H.; Jolles, Sally A.; Heller, Dee; Crnich, Christopher (2023): Characteristics of telemedicine workflows in nursing homes during the COVID-19 pandemic. In: BMC Health Services Research 23/1:301
- Gabl, Katharina; Clement, Theresa; Traxler, Nicole; Mayer, Hanna (2024): Alles Clara - digitale Begleitung pflegender Angehöriger und wie sie wirkt. In: Digitale Services für die Pflege und Betreuung zu Hause – TeleCareHub Beiträge zum Usability Day XXII – 26 Juni 2024. Hg. v. Katrin Paldán, Johanna Eppler, Guido Kempter, Krems
- GuKG (2025): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), in der Fassung vom 12.09.2025
- Hahnel, Elisabeth; Braeseke, Grit; Rieckhoff, Sandra; Pörschmann-Schreiber, Ulrike; Engelmann, Freja; Kulas, Heidi; Musfeldt, Marc (2020): Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Hg. v. IGES, Berlin
- Hainzl, Astrid; Rohrhofer, Johanna; Schweighardt, Johannes; Hermisson, Joachim; Hoffmann, Kathryn; Komenda-Lett, Martin; Schlaff, Golda; Schulz, Christian; Stingl, Michael; Thonhofer, Kevin; Untersmayr, Eva (2024): Care for ME/CFS. Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen (Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronisches Fatigue-Syndrom). Medizinische Universität Wien, Wien

- Hanka, Alexander (2023): Vorausschätzung der Privathaushalte nach Größe und Bundesländern 2022 bis 2080. In: Statistische Nachrichten. Hg. v. Statistik Austria. S. 176-S. 185
- Hasseler, Martina; Mink, Johanna (2022): Personen mit Langzeitpflegebedarf insbesondere im Alter. In: Assistive Technologien im Sozial- und Gesundheitssektor. Hg. v. Luthe, Ernst-Wilhelm; Müller, Sandra Verena; Schiering, Ina. Springer Fachmedien, Wiesbaden S. 203-S. 221
- Hubinger, Michaela; Mayr, Margit (2025): Endbericht der Caritas OÖ zum Projekt Sprachgesteuerte Mobile Dokumentation im stationären Setting Einführung eines SMP-gestützten, sprachgesteuerten Dokumentationssystems im stationären Kontext. Hg. v. Caritas Oberösterreich, Linz
- Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2023): Pflegepersonalbedarfsprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- Kim, Yujin; Kim, Dong-Hee (2024): Interventions for family involvement enhance end-of-life care for hospitalized patients: an integrative review. In: BMC Nursing 23/917:1-11
- Kletečka-Pulker, Maria; Völkl-Kernstock, Sabine; Fassl, Anna; Klager, Elisabeth; Willschke, Harald; Klomfar, Sophie; Wochele-Thoma, Thomas; Schaden, Eva; Atanasov, Atanas G. (2021): Telehealth in Times of COVID-19: Spotlight on Austria. In: Healthcare 9/3:280
- Kricheldorf, Cornelia; Franke, Annette; Bischofberger, Iren; Otto, Ulrich (2019): „Distance caregiving“ – Pflege bei räumlicher Distanz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 52/6:519-520
- Laschkolnig, Anja (2021): Telemedizin in Österreich. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Mayer, Hanna; Clement, Theresa; Gabl, Katharina (2024): ALLES CLARA – Qualitäts- und Praxisentwicklung in der personenzentrierten, digitalen Beratung. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Fachbereich Pflegewissenschaft – Schwerpunkt Person-Centred Care Research, Krems
- McFarland, Sophie; Coufopolous, Anne; Lycett, Deborah (2019): The effect of telehealth versus usual care for home-care patients with long-term conditions: A systematic review, meta-analysis and qualitative synthesis. In: Journal of Telemedicine and Telecare 27/2:69-87
- MTDG (2025): Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG), 12.09.2025
- Mun, Minji; Park, Youngsun; Hwang, Jinkyung; Woo, Kyungmi (2023): Types and Effects of Telenursing in Home Health Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: Telemedicine and e-Health 30/9:2431-2444
- Paldán, Katrin; Eppler, Johanna; Kempter (Hg.), Guido (2024): TeleCareHub: Digitale Services für die Pflege und Betreuung zu Hause. Beiträge zum Usability Day XXII 26 Juni, 2024. FHV - Vorarlberg University of Applied Sciences, Dornbirn

- Park, Seong-Hi; Lee, Heashoon (2023): Comparing the effects of home visits and telenursing on blood glucose control: A systematic review of randomized controlled trials. In: *International Journal of Nursing Studies* 148/:104607
- Ramovs, Ana; Cvelbar, Ajda; Renz, Michelle; Dohr, Sandra (2024): DIGICARE4CE. TRANSNATIONAL DIGICARE4CE MODEL. Hg. v. Interreg Central Europe, Wien
- Rettinger, Lena; Kuhn, Sebastian (2023): Barriers to Video Call-Based Telehealth in Allied Health Professions and Nursing: Scoping Review and Mapping Process. In: *J Med Internet Res* 25/:e46715
- Rush, Kathy L.; Singh, Sarah; Seaton, Cherisse L.; Burton, Lindsay; Li, Eric; Jones, Charlotte; Davis, Jennifer C.; Hasan, Khalad; Kern, Brodie; Janke, Robert (2022): Telehealth Use for Enhancing the Health of Rural Older Adults: A Systematic Mixed Studies Review. In: *The Gerontologist* 62/10:e564-e577
- Saigí-Rubió, Francesc; Borges do Nascimento, Israel Júnior; Robles, Noemí; Ivanovska, Ketj; Katz, Che; Azzopardi-Muscat, Natasha; Novillo Ortiz, David (2022): The Current Status of Telemedicine Technology Use Across the World Health Organization European Region: An Overview of Systematic Reviews. In: *J Med Internet Res* 24/10:e40877
- Schlicht, L.; Wendsche, J.; Melzer, M.; Tschetsche, L.; Rösler, U. (2025): Digital technologies in nursing: An umbrella review. In: *Int J Nurs Stud* 2025/161:104950
- Schneider, Cornelia; Rameder, Philipp; Kolmann, Philipp; Trukeschitz, Birgit (2025): Mixed-reality-supported communication for professional home care: system, use, barriers and use cases. In: *Front Comput Sci* 2025/7:1-13
- Statistik Austria (2024): Demographisches Jahrbuch 2023. Verlag Österreich GmbH, Wien
- telecarehub.at (o. J.): Telecare [online]. <https://www.telecarehub.at> [Zugriff am 16.07.2025]
- Tian, Y. J. A.; Felber, N. A.; Pageau, F.; Schwab, D. R.; Wangmo, T. (2024): Benefits and barriers associated with the use of smart home health technologies in the care of older persons: a systematic review. In: *BMC Geriatr* 24/1:152
- Trukeschitz, Birgit (2025): Pflegeapp, Pflege-Fernunterstützung & Co: Rahmenbedingungen für die Digitalisierung der Langzeitpflege. In: *Pflege 40 Digitalisierung in der Langzeitpflege in Niederösterreich*. Hg. v. More-Hollerweger, Eva; Schaffhauser-Linzatti, Michaela. Wirtschaftsuniversität Wien, Wien
- Vaske, Christian; Gödde, Eva; Philip, Melanie (2020): Telepflege. Ergebnisse der Projektevaluation. Hg. v. Telepflege Zentrale, Oldenburg
- von Reibnitz, Christine (2024): Telematik, E-Health, Tele-Health und Telecare. In: *Digitalisierung im Pflege- und Gesundheitswesen Grundlagen, Erfahrungen und Praxisbeispiele*. Hg. v. Klösch, Michael. Hogrefe, Bern. S. 43-S. 48
- WHO and International Telecommunication Union (2022): WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services. Hg. v. World Health Organization, Geneva

- Williams, Gemma A.; Falkenbach, Michelle; Schaaijk, Art van; Batenburg, Ronald; Wismar, Matthias (2025): Closing the digital skills gap in healthcare. Identifying core digital skills and competencies and education and training opportunities for health professionals in the European Union Hg. v. World Health Organization. Copenhagen
- Yang, Sa; Jiang, Qiuhuan; Li, Hongfang (2019): The role of telenursing in the management of diabetes : A systematic review and meta-analysis. In: Public Health Nursing 36/4:575-586
- Yun, Ji Eun; Park, Jeong-Eun; Park, Hyun-Young; Lee, Hae-Young; Park, Dong-Ah (2018): Comparative Effectiveness of Telemonitoring Versus Usual Care for Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. In: Journal of Cardiac Failure 24/1:19-28
- Zhang, Yichi; Leuk, Jessie Siew-Pin; Teo, Wei-Peng (2023): Domains, Feasibility, Effectiveness, Cost, and Acceptability of Telehealth in Aging Care: Scoping Review of Systematic Reviews. In: JMIR Aging 6/e40460
- Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2024): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene Fassung gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 7. Juni 2024 Hg. v. Bund, Länder und Dachverband der österreichischen Sozialversicherung, Wien

Anhang

Anhang 1: Leitfaden für Experteninterviews

Interview zu Telecare in der Langzeitpflege

Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview Zeit nehmen. Unser Ziel ist es, ein besseres Verständnis für die Potenziale und Herausforderungen von Telecare-/Telepflegetechnologien in Österreich zu gewinnen. Ihre Erfahrungen und Einschätzungen sind für uns von großem Wert.

Einverständnis zu Aufnahmen einholen

Das Interview wird etwa 20–45 Minuten dauern. Ihre Antworten werden anonymisiert und vertraulich behandelt.

Hintergrund und Erfahrungen der befragten Person

- 1) Können Sie mir ein bisschen über Ihren beruflichen/erfahrungsbezogenen Hintergrund rund um das Thema Telecare erzählen?
 - a. Insbes. bei Betroffenenperspektive im Anlassfall erklären, was wir unter Telecare verstehen

Aktuelle Nutzung und Umsetzung von Telecare-Anwendungen

- 1) Welche Berührungspunkte haben Sie mit Telecare-Technologien?
 - a. Welche Telecare-Angebote kennen Sie, die in Österreich bereits genutzt/erprobt werden?
 - b. Welchen Eindruck haben Sie von der Umsetzung dieser Angebote in der Praxis?
 - c. Wo sehen Sie Stärken und Schwächen?
 - d. Gibt es aus Ihrer Sicht Best-Practice-Beispiele für die erfolgreiche Anwendung von Telecare?

Chancen und Potenziale

- 2) Welche positiven Effekte von Telecare haben Sie in der Praxis beobachtet oder erwarten Sie? (z. B. Verbesserung der Versorgung, Entlastung von Pflegenden, Kostenersparnis etc.)
 - a. Welche Chancen sehen Sie durch den verstärkten Einsatz von Telecare-Technologien in der Pflege?
- 3) Welche Personengruppen profitieren aus Ihrer Sicht besonders von Telecare?

Herausforderungen und Einflussfaktoren

- 4) Welche Faktoren erschweren aktuell die Umsetzung von Telecare?
 - a. Haben Sie selbst Herausforderungen erlebt? Wie sind Sie damit umgegangen?

(z. B. Datenschutz, Akzeptanz, Finanzierung, technische Infrastruktur)

- 5) Wie können Telecare-Angebote benutzerfreundlich gestaltet werden?
- 6) Welche Risiken oder potenziellen negativen Auswirkungen gibt es? Wie könnten diese minimiert werden?

Zukünftige Entwicklungen

- 7) Welche Entwicklungen erwarten Sie im Bereich Telecare in den nächsten Jahren und welche Rahmenbedingungen bräuchte es, um den Einsatz flächendeckend voranzutreiben?

Abschluss

Haben Sie noch Anmerkungen oder Aspekte, die aus Ihrer Sicht in Zusammenhang mit Telecare wichtig sind und die wir noch nicht angesprochen haben?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre wertvollen Einblicke!

Anhang 2: Definitionen von Telecare

Definition	Quelle
„Telenursing bezeichnet das Verwalten, Erbringen und Koordinieren von Pflegeleistungen unter Einsatz von Informations- und Telekommunikationstechnologien.“	Australian Nursing Federation (2013), zit. nach Hahnel et al. 2020
„Telemedizinische Pflege ist ein integraler Bestandteil des vernetzten Gesundheitswesens, bei dem Geräte, Dienste oder Interventionen auf spezifische Bedürfnisse ausgerichtet sind, gesundheitsbezogene Daten aus der Ferne ausgetauscht werden und die Pflege effizient und proaktiv durchgeführt wird. Weiter heißt es, dass Telepflege kein Spezialgebiet der Krankenpflege sei, sondern vielmehr eine Methode zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.“	American Telemedicine Association (2018), zit. nach Hahnel et al. 2020
„Telenursing beinhaltet das Erbringen von Pflege- oder Beratungsleistungen aus der Ferne mittels Telekommunikationstechnologien, einschließlich, aber nicht begrenzt auf Telefon, Telefax und jegliche Geräte zur Videoübertragung.“	State of Nevada (2019), zit. nach Hahnel et al. 2020
„Telecare und Telemedizin ermöglichen oder erleichtern die Pflege, Diagnostik und Behandlung durch Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) unter Überbrückung räumlicher oder zeitlicher Distanzen zwischen (A) Leistungserbringern und -empfängern oder (B) unterschiedlichen Leistungserbringern.“	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017), zit. nach Hahnel et al. 2020
„Telepflege umfasst Einzelanwendungen, die räumlich überwindende Pflegeleistungen mittels virtueller Präsenz oder Supervision ermöglichen. Die Telepflege ist charakterisiert durch die Langfristigkeit von Pflegeleistungen und Einzelanwendungen mit nicht explizitem telemedizinischem Fokus, wie beispielsweise Alarmierungssysteme im häuslichen Umfeld (z. B. Sturzprävention). Des Weiteren können durch Telepflege-Anwendungen Dienstleister vor Ort durch räumlich entfernte Spezialisten angeleitet werden.“	Bundesministerium für Gesundheit (2016), zit. nach Hahnel et al. 2020
„Unter Telepflege im Sinne dieser Studie wird verstanden, dass beruflich Pflegenden unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses austauschen mit: pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, anderen beruflich Pflegenden und weiteren professionellen Akteuren (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apothekern etc.).“	Hahnel et al. (2020)

Definition	Quelle
<i>Gegenstand der Studie sind solche Angebote/Leistungen der Telepflege, die unter der überwiegenden Verantwortung beruflich Pflegender ggf. in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren erbracht werden.“</i>	
<i>Telenursing can be defined as “the use of telecommunication and information technology to provide nursing practice at a distance.” Hence, it can range from simple tasks, such as faxing medical records, to providing more complicated nursing care in patients’ homes by utilizing cameras and computer technologies. Telenursing is broadly classified into four main types: (1) synchronous, (2) asynchronous (store-and-forward), (3) remote monitoring, and (4) mobile health.</i>	Mun et al. (2023)
<i>Telecare (or ‘telecare services’) are ‘end-to-end’ monitored services made up of 2 main components:</i> • <i>a device, such as a personal alarm, that can be carried or worn</i> • <i>ARCs, which are dedicated call centres staffed by professional call handlers that are alerted if individuals experience a problem, such as a fall</i> <i>Telecare enables individuals to easily access help when needed and offers the reassurance of a prompt response.</i>	Department of Health & Social Care et al. (2025)

Anhang 3: Projektbeschreibungen „Erprobung der Telepflege“ in Deutschland

Hinweis: Die Texte wurden im Original übernommen und sind auf https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/pflege_modellprojekte_125a.jsp bzw. den jeweils verlinkten Sub-Seiten abrufbar.

Name	Beschreibung	Link
CareConnect	Das Projekt „CareConnect“ etabliert in zwei Pflegeeinrichtungen der Stadt Aachen ein Telepflege- und Ferndiagnostiksystem und erprobt dessen Anwendungsbereiche, um den Grundstein für ein digital unterstütztes Pflegeheim zu legen. In enger Zusammenarbeit mit den Pflegekräften werden Anwendungsfelder zur Nutzung erarbeitet und erprobt. Das technische System soll eine schnelle, digitale Kontaktaufnahme für pflegerische und fachärztliche Fragestellungen ermöglichen. Nach Festlegung der Anwendungsszenarien und Installation der Technik übernehmen die professionell Pflegenden die Einführung des Systems in den Pflegeeinrichtungen, um eine sinnvolle Integration in deren Pflegealltag zu ermöglichen. Es werden verschiedene Nutzungsoptionen bereitgestellt, wie zum Beispiel der Kontakt über das System mit der Pflege in der zentralen Notaufnahme, mit medizinischen Fachangestellten oder weiteren Abteilungen wie der Zahnmedizin oder der neuen CampusPraxis der Uniklinik. Die installierte Technik wird eine Audio- und Videoverbindung ermöglichen, aber auch deutlich mehr Funktionen bieten wie z. B. ein elektronisches Stethoskop, ein EKG, ein Spezial-Kameraset für die Untersuchung von Mundraum und Ohren. Gemeinsam soll untersucht werden, wie viele alltägliche Fragen und Probleme rund um die medizinische Behandlungspflege durch ein umfassendes Ferndiagnostiksystem gelöst oder vereinfacht werden können. Auch wird erhoben, ob Transporte der Pflegeheimbewohnenden in Praxen	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/careconnect.jsp

Name	Beschreibung	Link
	oder Kliniken durch das Projekt reduziert werden können. Durch den partizipativen Ansatz möchte CareConnect die Kommunikation der Pflegekräfte mit weiteren medizinischen Berufsgruppen verbessern und die Kompetenzen der Pflegenden im Umgang mit innovativer Technik stärken. Gleichzeitig erhalten die medizinischen Berufsgruppen an der Uniklinik mehr Einblick in den Alltag der Pflegenden in den Einrichtungen, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, welche Herausforderungen die Pflege meistert, wie Innovationen gestaltet werden müssen, damit sie im Arbeitsumfeld „Pflegeeinrichtung“ sinnvoll eingesetzt werden können. Ein runder Tisch der professionell Pflegenden wird während des Projektes kontinuierliches Feedback geben und deren Interessen sicherstellen.	
Digitale Betreuungssysteme 2.0	Pflegebedürftige in ihrer Häuslichkeit sollen durch digitale Beratungs- und Betreuungsangebote die Möglichkeit haben, ihren Alltag selbstständig und selbstbestimmt zu gestalten. In diesem Modellvorhaben geht es konkret darum zu erproben, inwieweit Pflegebedürftige in ländlichen und urbanen Regionen von digitalen Beratungs- und Betreuungsangeboten (Einzel und Gruppe) profitieren können. Stattfinden soll das Vorhaben auf der Insel Borkum, in der Kleinstadt Hörstel und der Stadt Osnabrück. Speziell qualifizierte Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter sollen im Modellprojekt mit Hilfe telepflegerischer Kommunikationssysteme Einzel- und Gruppenberatungs- und Betreuungsangebote mit Pflegebedürftigen durchführen, um ihnen damit weiterhin soziale Kontakte zu ermöglichen und sie bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützen und beraten zu können. Die Nachfrage daran ist hoch, da sich viele ältere Menschen gerne austauschen möchten. Betreuungs- und Entlastungsleistungen stehen den Pflegebedürftigen gesetzlich zu, jedoch können Pflegedienste diese aufgrund von Personal- und Zeitmangel häufig nicht leisten. Das Projekt möchte diese Versorgungslücke schließen.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/digitale_betreuungssysteme_2_0.jsp
DIPAK – Digitalisierte Interprofessionelle Pflege-Arzt Kommunikation in der ambulanten Versorgung	Ziel des Projektes ist es, durch die Nutzung digitaler Technologien eine strukturierte und koordinierte Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Pflege herzustellen und die derzeitige Kommunikation per Fax abzulösen. Im Zentrum des Projekts steht die Nutzung einer digitalen Kommunikationsform zwischen Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten zum Austausch über den aktuellen Pflege- und Gesundheitszustand von pflegebedürftigen Personen anhand der digitalen Pflegedokumentation des ambulanten Pflegedienstes. Das Ziel des Projektes ist, eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen, eine Veränderung von pflegerischen Arbeitsprozessen sowie einen effizienten pflegerischen Personaleinsatz zu erreichen. Mit zwei ambulanten Pflegediensten, einem Primärsystemhersteller und teilnehmenden Arztpraxen sollen Pflege-Arzt-Videokonsultationen pilotiert werden. Diese dienen dem Zweck der Fallbesprechung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, um gemeinsam pflegerische und medizinische Informationen, Pflegesituationsveränderungen und Pflegeverläufe zu diskutieren und Informationen auszutauschen, um die bestmögliche Versorgung für die pflegebedürftigen Personen zu gewährleisten.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/dipak.jsp

Name	Beschreibung	Link
	Angaben zum aktuellen Pflege- und Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Personen, die in der digitalen Pflegedokumentation von der Pflege erfasst sind, wie z. B. pflegerische Assessments, Vitalwerte, Wunddokumentation, Ernährungssituationen, Medikationsplan usw. können im Kontext der Videosprechstunde von allen Beteiligten eingesehen werden, was zu einem aktiven Austausch zu diesen pflegerischen Befunden in strukturierter Form führt. Die durch die Pflege vorgenommene Wundeinschätzung, die zusätzlich bildlich untermauert ist, kann durch die Pflegekraft erläutert werden. Außerdem kann die Pflegekraft die aus pflegerischer Sicht notwendige weitere Wundmanagementmaßnahmen darstellen. Weitere Dokumente wie z. B. Rezepte, Arztbriefe, Überleitungsbögen können aus der digitalen Pflegedokumentation in Dokumenten-Form übergeben und übernommen werden. Die so einsehbare digitale Pflegedokumentation des ambulanten Pflegedienstes wird durch die zeitgleiche Dokumentation im Video-Setting immer aktuell gepflegt und eine Mehrfacherfassung und somit ineffiziente Doppeldokumentation wird vermieden.	
Erprobung der Telepflege in einer ländlichen Region Bayerns stationär (ErnTeBayLa-s)	Die Entscheidung, zu Pflegende vom (gemeinsamen) zuhause zu trennen und in eine fremde, ungewohnte Umgebung zu bringen, fällt allen Beteiligten schwer. Selbst regelmäßige Besuche bilden das Leben der zu Pflegenden und den Umgang mit ihnen nur deutlich reduziert ab. Den An- und Zugehörigen fehlt oftmals der Einblick in die gesundheitliche Betreuung und Medikamentierung, in veränderte Tagesabläufe sowie sich verändernde Gemüts-, Geistes- und Gesundheitszustände. Dennoch müssen die An- und Zugehörigen oftmals schwere Entscheidungen treffen, die ein Wissen über den aktuellen körperlichen, geistigen und seelischen Zustand, die Entwicklung bis zu dem aktuellen Zeitpunkt sowie die persönliche Einstellung zum Leben und zum Tod erfordern. An dieser Stelle setzt der Einsatz der Telepflege im Anwendungsfall „Einbindung Angehöriger in stationäre Einrichtungen“ an mit dem Ziel, mehr Transparenz auch bei nicht vorhandener räumlicher Nähe oder zeitlicher Verfügbarkeit zu schaffen. Der Einsatz der Telepflege soll darüber hinaus zur Verringerung von Druck und Stress bei den professionell Pflegenden führen aufgrund eines offeneren Umgangs miteinander sowie durch entspanntere Bewohnende. Die offene Kommunikation soll Transparenz und Vertrauen schaffen. Die Einbindung der An- und Zugehörigen in Entscheidungen mittels Telepflege soll den Verantwortungsdruck bei den Pflegekräften reduzieren. Letztlich sollen die psychischen und physischen Ressourcen der professionell Pflegenden in ihrer täglichen Pflegeroutine geschont werden. Der Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V. hat sich mit dem Altenheim „St. Elisabeth“ Wallenfels zum Ziel gesetzt, unter Zuhilfenahme einer zertifizierten Videosprechstunde in Kombination mit asynchroner Kommunikation in einem Messenger neue Abläufe im Anwendungsfall „Einbindung Angehöriger in stationäre Einrichtungen“ zu erproben und bis zum Ende des Projektes in entsprechende Prozesse zu fassen. Ausgehend von der Identifikation heute intransparenter Abläufe und der Aufnahme der Ist-Abläufe werden	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/ern-tebayla_s.jsp

Name	Beschreibung	Link
	optimierte und durch die Telepflege unterstützte Soll-Prozesse entwickelt. Im Projekt wird ein mobiles Videokonferenzsystem für die Übertragung getestet. Den Pflegefach- und Hilfskräften, den weiteren am Prozess Beteiligten sowie auch den An- und Zugehörigen sollen in eigens dafür erstellten, ausführlichen und mit dem Projektverlauf überarbeiteten Schulungen die notwendige Kompetenz im Umgang mit dem technischen Equipment vermittelt sowie das Vertrauen in die mit Telepflege unterstützten Prozesse gefördert werden. Die Einweisung der An- und Zugehörigen umfasst aber auch Elemente hinsichtlich ihrer Verantwortung und Aufgaben als Ansprechpersonen, Betreuende, etc. Die Wünsche der Nutzenden hinsichtlich des Einsatzes der Telepflege werden erfasst. Die Ergebnisse fließen nach jeder Projektstufe im Sinne eines geschlossenen Qualitätskreislaufs in die Weiterentwicklung der Prozesse und entsprechende Anpassung der Technologien ein.	
GKV-ViTA XI	Im Projekt GKV-ViTA XI werden der Einsatz der Telepflege in Bezug auf Fallbesprechungen und digitale Teamsitzungen in verschiedenen Settings sowie die Durchführung von Beratungen in der Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI untersucht. Bei den Fallbesprechungen und Teamsitzungen steht die Untersuchung der standortübergreifenden Kommunikation zwischen professionell Pflegenden, An- und Zugehörigen und Klienten und Klientinnen oder auch der teaminterne Austausch im Vordergrund. Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs 3 SGB XI werden seit der Corona-Pandemie teilweise videobasiert zugelassen. Mit dem Projekt sollen die verschiedenen Möglichkeiten, Chancen und Risiken einer Videoberatung ermittelt und evaluiert werden. Untersucht wird der Zugang zu diesen Angeboten, die Akzeptanz und auch die Qualität des telepflegerischen Ansatzes.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/gkv_vita_xi.jsp
TeleKID	Die Diakonie Bethanien gGmbH betreut am Standort Dortmund und Umgebung Kinder und Jugendliche mit Pflegegrad und deren Familien und führt jährlich zahlreiche Beratungseinsätze durch. Diese Einsätze werden von Pflegekräften mit einer Weiterbildung in der Beratung von pflegenden Angehörigen durchgeführt. Die genannten Familien betreuen und pflegen ihre Kinder in der Häuslichkeit, der Beratungsbedarf steigt kontinuierlich. Das vorrangige Ziel von TeleKID ist die Steigerung der Lebensqualität und Autonomie von Familien mit pflegebedürftigen Kindern. Das Projekt „TeleKID“ soll neue Möglichkeiten der Integration von Eltern in die Kinderkrankenpflege schaffen. Kinderkrankenpflege soll so in einem Umfang und an Orten möglich werden, die vorher nicht in Frage kamen. Im Projekt „TeleKID“ werden die Eltern für die Erprobung bedarfsgerecht geschult. Für die Erprobung wird ein zertifizierter Videodienst herangezogen und die videobasierte Kommunikation zwischen den professionell Pflegenden und den Eltern erprobt. Es soll ein Konzept geschaffen werden, durch das Eltern weniger Schwierigkeiten im Umgang mit komplexen Versorgungssituationen haben, um eine nachhaltig höhere Sicherheit in der Versorgung ihrer Kinder gewährleisten zu können.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/telekid.jsp

Name	Beschreibung	Link
Telekooperation in der Pflege	Das Projekt „Telekooperation in der Pflege“ erprobt die Kooperation einer examinierten Pflegefachkraft mit Pflegekräften durch den Einsatz eines zertifizierten Videodienstes. Ähnlich der Konsultation, wie sie beispielsweise in der Telemedizin bereits praktiziert wird, sollen Pflegekräfte die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte bei Bedarf videobasiert hinzuziehen können. Damit soll die fachliche Qualität der pflegerischen Leistung gesichert und zugleich die physische Präsenz Anforderung an Pflegefachkräfte und damit Wege innerhalb einer pflegerischen Einrichtung messbar minimiert und die Ausweitung der Kompetenzen von Pflegekräften angestrebt werden. Der Fokus des Projektes liegt damit auf der Steigerung der Effizienz des Personaleinsatzes, einhergehend mit einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeitenden und der Vereinfachung und Stärkung der Kommunikation im Pflege- und Versorgungsprozess, insbesondere auch für die Dokumentation. Die für das Projekt erworbene technische Ausstattung soll in einer Einrichtung für vollstationäre Langzeitpflege der Stiftung Vereinigte Hospitien in Trier (Altenwohn- und Pflegeheim St. Irminen) mit 135 Bewohnerinnen und Bewohnern erprobt werden. Das Projekt startet mit der Sicherung der berufs- und haftungsrechtlichen Rahmenbedingungen in enger Abstimmung mit den zuständigen Institutionen und in Zusammenarbeit mit Rechtsexperten. Auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und der damit verbundenen rechtlichen Absicherung werden sodann für das Pflegepersonal umfassende Schulungen angeboten, um den Umgang mit der für den Einsatz in der Telepflege vorgesehenen Technik sowie die relevanten pflegerischen Inhalte zu erlernen. Anschließend erfolgt die Erprobungsphase im Pflegealltag.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/telekooperation.jsp
Telepflege in der SAPV-KJ in Niedersachsen	Durch das Projekt „Telepflege in der SAPV-KJ in Niedersachsen“ soll eine sektorenübergreifende Kommunikationsplattform entstehen, die die Verständigung innerhalb des Behandlungsteams fördern und somit die interdisziplinäre und überregionale Kommunikation zwischen medizinischen Expertinnen und Experten und ambulanten Behandlungsteams in Wohnortnähe bündeln soll. In einer ersten Projektphase werden zunächst die technischen Voraussetzungen geschaffen, insbesondere die Anpassung bzw. Programmierung der bestehenden Kommunikationsplattform und der vorhandenen Datenbanken des Betreuungsnetzes. Zudem werden die regionalen Leistungserbringer eingebunden, angeleitet und geschult. In der zweiten Phase wird flächendeckend in Niedersachsen mit der Implementierung einer audiovisuellen, telepflegerischen Anbindung begonnen. Anschließend erfolgen nach jedem stattgefundenen Kontakt die Datenerfassung und Datensammlung in die Datenbank. In der dritten Phase (Abschluss) werden die gesammelten Erfahrungen im Umgang mit dem neuen Medium sowie Fragen zur Akzeptanz in den Familien und bei den Leistungserbringern betrachtet. Die Implementierung von Telepflege in der SAPV-KJ hat das Potential, die gesundheitsbezogene und auch die allgemeine Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien mit komplexen lebensbegrenzenden Erkrankungen zu verbessern.	-

Name	Beschreibung	Link
	Zudem soll durch den Einsatz der digitalen Kommunikationsplattform sowohl die Versorgungsqualität als auch das Schnittstellenmanagement der einzelnen Versorger optimiert werden. Die Ergebnisse dieses Projektes könnten wichtige Einblicke liefern und eine Grundlage für die Weiterentwicklung von Telepflege in der pädiatrischen Palliativversorgung bilden.	
Telepflege zur Sturzprophylaxe und zum Erhalt der Mobilität in der Tagespflege (TESAM)	Im Projekt „TESAM“ ist die regelmäßige Auswertung des Videodienstes (mit Parametern zur Gangstabilität, Balance und Bewertung der Ressourcen zum örtlichen und selbständigen Transfer) in Kombination mit Videokommunikation einschließlich einer digitalen Terminvereinbarung mit einer Zertifizierung nach §365 Abs.1 SGBV geplant. Die beiden Komponenten Videodienst und Videokommunikation sollen den gegenwärtigen Zustand verbessern, indem sie sowohl die Planung und Durchführung von Aktivitäten mit zu Pflegenden und Pflegefachkräften als auch den flexiblen Austausch zwischen allen Beteiligten im multidisziplinären Sturzmanagement optimieren. Der Videodienst soll dazu beitragen, dass Zustandsveränderungen (Verbesserungen oder Verschlechterungen) bei Sturzrisikobetroffenen sowohl für die Personen selbst (Spiegelung) als auch für Dritte im häuslichen Umfeld veranschaulicht werden können. Eine Schlüsselfunktion stellt bei der Betreuung der Sturzrisikobetroffenen auch die Möglichkeit zur flexiblen Kommunikation dar. Mit Hilfe von Videokommunikation soll erprobt werden in welchen Intervallen und mit welcher Intensität die Kommunikation zwischen An- und Zugehörigen aber auch mit Experten der Pflege und Betreuung notwendig ist, damit ein effektives Ergebnis im Sturzmanagement erzielt werden kann.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/tesam.jsp
Televisiten und pflegerische Telekonsile in der stationären Altenhilfe (TvK-Stat)	Das erste Anwendungsfeld adressiert Televisiten, die es Pflegefachkräften und pflegebedürftigen Menschen ermöglichen werden, in vorab zu definierenden Fällen Visiten mit externen Akteuren wie bspw. Fachärztinnen und Fachärzten oder Wundexpertinnen und Wundexperten mit Hilfe eines zertifizierten Videodienstes durchzuführen. Das zweite Anwendungsfeld bezieht sich auf telepflegerische Konsile, durch die Pflegefachkräfte des „Haus Grüner Garten“ bei besonderen Versorgungserfordernissen von pflegebedürftigen Menschen mit Hilfe von telepflegerischen Systemen auf Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in anderen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen der DIOS-Diakonie Osnabrück Stadt und Land gGmbH zurückgreifen können.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/tvk_stat.jsp
Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit gem. § 37 Abs. 3 SGB XI in der ambulanten Pflege im ländlichen Raum	Im Projekt „Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit gem. § 37 Abs. 3 SGB XI“ sollen Potenziale und Voraussetzungen der digitalisierten Beratung im ländlichen Raum ermittelt werden. Im Rahmen des Projekts soll analysiert und erprobt werden, welche Voraussetzungen bei Pflegeempfängern, An- und Zugehörigen und Pflegediensten für eine Nutzung des digitalen Angebots erfüllt sein müssen. Folgende Fragen leiten die Projektumsetzung: Welche Aspekte sind für die Umsetzung des digitalen Angebots einer Videosprechstunde in der Pflege zu berücksichtigen? Wie hoch ist der Anteil der Pflegebedürftigen, welche die Möglichkeiten von digitalen Anwendungen (Apps, Videodienste, etc.) auf dem heutigen Stand der Digitalisierung und KI nutzen möchten	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/video-basierte_beratung.jsp

Name	Beschreibung	Link
	oder können? Wie hoch ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, welche ohne geeignete Highspeed-Internetverbindung das Angebot nicht nutzen können? Wie zeigt sich die reale Schulbarkeit und die Akzeptanz der digitalen Anwendung durch die Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörige?	
Virtuelle Fürsorge: Innovative Ansätze zur Telepflege	Im Gemeinschaftsprojekt der Diakonie Baden-Württemberg werden die Bereiche Anleitung, Beratung und Schulung von Pflegebedürftigen, informell Pflegenden und professionell Pflegenden mit einem zertifizierten Videodienstleister telepflegerisch erprobt. Pflegebedürftige erhalten neben audiovisuellen Schulungen zu spezifischen Krankheitsbildern virtuelle Unterstützung bei (behandlungs-)pflegerischen Maßnahmen durch eine examinierte Pflegefachkraft, bspw. durch das Anleiten und Begleiten bei der Durchführung einer Insulin-Applikation. Informell Pflegende haben wiederum die Möglichkeit, über ein Terminbuchungssystem ortsunabhängige und zeitlich flexible Beratungs- und Schulungsangebote zu buchen. Als weitere Option besteht die Möglichkeit, informell Pflegende, die nicht vor Ort sein können, bspw. im Rahmen von Beratungsbesuchen in der Häuslichkeit der/des Pflegebedürftigen audiovisuell hinzuschalten, um eine stärkere Einbindung in den Pflegeprozess zu ermöglichen. Bei auftretenden Unsicherheiten im Rahmen der (behandlungs-)pflegerischen Versorgung besteht die Möglichkeit, eine examinierte Fachkraft audiovisuell zu der Versorgungssituation zuzuschalten. Die kollegiale Beratung soll auf Augenhöhe stattfinden, damit von den Erfahrungen und dem Fachwissen der Pflegefachkräfte profitiert werden kann. Der videobasierte Austausch zwischen den professionell Pflegenden untereinander soll das Teamgefühl stärken und den Austausch untereinander fördern. Zudem soll er dazu beitragen, die Qualität der Pflege zu verbessern und die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu steigern.	https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/projekte_telepflege/virtuelle_fuersorge.jsp

Anhang 4: Merkmale der Teilnehmenden der quantitativen Befragung

Tabelle 4: Geschlecht

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
weiblich	436	77,6
männlich	121	21,5
keine Angabe	5	0,9
Gesamt	562	100,0

Quelle: GÖG

Tabelle 5: Altersgruppen

Altersgruppe	Häufigkeit	Prozent
bis 29 Jahre	27	4,8
30 bis 39 Jahre	107	19,0
40 bis 49 Jahre	181	32,2
50 bis 59 Jahre	228	40,6
60 Jahre oder älter	19	3,4
Gesamt	562	100,0

Quelle: GÖG

Tabelle 6: Berufsgruppe

Berufsgruppe	Häufigkeit	Prozent
Sonstige	18	3,2
DGKP	203	36,1
PFA	15	2,7
PA	65	11,6
Fach- oder Diplomsozialbetreuung	30	5,3
Heimhilfe	35	6,2
Management	178	31,7
Einsatzkoordination	18	3,2
Gesamt	562	100,0

Quelle: GÖG

Tabelle 7: Bundesland

Bundesland	Häufigkeit	Prozent
Burgenland	28	5,0
Kärnten	2	0,4
Niederösterreich	86	15,3
Oberösterreich	181	32,2
Salzburg	73	13,0
Steiermark	32	5,7
Tirol	29	5,2
Vorarlberg	27	4,8
Wien	104	18,5
Gesamt	562	100

Quelle: GÖG