ECONSTOR
*Make Your Publications Visible.*

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Habel, Simone; Hengst, Magdalene

**Working Paper**

# Digitale Technologien in der Live-In-Pflege: "Ambient Assisted Living" zur Reduktion von Arbeitszeit?

Working Paper Forschungsförderung, No. 233

**Provided in Cooperation with:**
The Hans Böckler Foundation

*Suggested Citation:* Habel, Simone; Hengst, Magdalene (2021) : Digitale Technologien in der Live-In-Pflege: "Ambient Assisted Living" zur Reduktion von Arbeitszeit?, Working Paper Forschungsförderung, No. 233, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/248124

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Hans Böckler Stiftung
Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

# WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 233, November 2021

## Digitale Technologien in der Live-In-Pflege

### „Ambient Assisted Living" zur Reduktion von Arbeitszeit?

Simone Habel und Magdalene Hengst

**Auf einen Blick**
Die Überschreitung der gesetzlich zulässigen Höchstarbeitszeit durch quasi permanente Bereitschaftszeit stellt ein zentrales Problem der sogenannten 24-Stunden-Pflege dar, bei der migrantische Live-Ins in Pflegehaushalten zugleich arbeiten und wohnen. In der stationären und ambulanten Pflege werden bereits unterschiedliche Technologien verwendet, die Potenzial zur Reduktion von Arbeitszeit auch in der Live-In-Pflege haben. Die literaturbasierte und empirische Analyse nimmt eine Bewertung dieser Technologien in der 24-Stunden-Pflege vor. Eine tatsächliche Überwindung der Probleme kann jedoch nur über eine Trennung von Wohn- und Arbeitsort erfolgen.

FORSCHUNGS-
FÖRDERUNG

© 2021 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de

„Digitale Technologien in der Live-In-Pflege“ von Simone Habel und Magdalene Hengst ist lizenziert unter

**Creative Commons Attribution 4.0 (BY).**

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.
(Lizenztext: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

**ISSN 2509-2359**

# Inhalt

Zusammenfassung....4
Einleitung....7
1. Live-In-Pflege als Interaktionsarbeit....11
2. Die „Pioniere“ und ihre Verwendung digitaler Technologien....15
3. Verwendung digitaler Technologien in der Pflege....20
4. Live-In-Pflege und digitale Technologien?....23
5. Kritik an der Verwendung digitaler Technologien in der Pflege....27
6. Fazit....29
Literatur....32
Autorinnen....38

# Zusammenfassung

In der Live-In-Pflege arbeiten migrantische Sorgearbeiterinnen in deutschen Privathaushalten zu prekären Arbeitsbedingungen. Die Live-In-Pflege stellt in Deutschland ein häufiges Phänomen dar. So übernehmen Live-Ins – selbst bei geringer Schätzung – ein Viertel der bezahlten Pflegearbeit. Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen stellen sich insbesondere überlange Arbeitszeiten als zentrales Problem heraus. In diesem Pflege-Arrangement wird im Verschwimmen von Arbeits- und Wohnort häufig der Anspruch einer permanenten Verfügbarkeit an Live-Ins gerichtet.

Die hierbei entstehenden umfassenden Bereitschaftszeiten überschreiten somit die rechtliche Höchstarbeitszeit deutlich. Daher befassen wir uns im Folgenden mit dem Problem der Bereitschaftszeit in der Live-In-Pflege. Im Zentrum steht hierbei die Prüfung der Option, durch Verwendung digitaler Technologie die Arbeitszeit zu reduzieren.

Aufgrund ihres Charakters als Interaktionsarbeit wird die Pflege häufig als „digitalisierungsresistent“ verstanden. Dennoch werden digitale Technologien im Krankenhaus, in der stationären und ambulanten Altenpflege und in der häuslichen Pflege bereits verwendet. Diese Anwendung ist zudem wissenschaftlich umfassend begleitet worden.

Gleichwohl wird die Live-In-Pflege in der Forschung bislang nicht einbezogen. Wir möchten dieser Forschungslücke mit der vorliegenden Analyse begegnen. Um das Potenzial digitaler Technologien für die Live-In-Pflege auszuloten, beziehen wir uns einerseits auf Interviews, andererseits auf die bestehende Literatur zu Digitalisierung und Pflege.

Die Expert:inneninterviews mit sechs Vermittlungsagenturen geben einen Einblick in den bisherigen Einsatz digitaler Technologien in der Live-In-Pflege. Die untersuchten Vermittlungsagenturen – private Agenturen und Wohlfahrtsverbände – können alle als „Pioniere“ klassifiziert werden. Dies bedeutet, dass sie durch politische Lobbyarbeit oder Größe den Markt prägen. Viele sind proaktive Mitglieder von Verbänden und kritisieren die unklare rechtliche Situation des „grauen Marktes“ der Live-In-Pflege. Zudem verpflichten sich die Agenturen zu freiwilligen Qualitätsstandards und Ansätzen der Selbstregulierung.

In den Interviews wird sichtbar, dass die Agenturen bislang digitale Technologien in verschiedener Hinsicht verwenden – für die Kommunikation mit den Live-Ins, Weiterbildung, Loyalitätsprogramme und Sprachförderung. Jedoch werden diese bisher nicht zur Reduktion der Arbeitszeit verwendet. Hiergegen formulieren die Vermittler:innen drei zentrale Einwände: Erstens bezweifeln sie, dass Technik das „Menschliche“ in der Live-In-Pflege ersetzen könne. Zweitens nehmen sie an, dass die Live-In

einen Ersatz für den Hausnotruf darstelle – nicht andersrum – und demonstrieren damit die Erwartung einer quasi durchgängigen Bereitschaftszeit. Drittens formulieren die Vermittler:innen Zweifel an potenziellen Adressat:innen beispielsweise eines Hausnotrufes.

Folglich überwiegen bei den Vermittler:innen die Einwände an der Verwendung digitaler Technologien zur Reduktion der Arbeitszeit. Lediglich eine:r der Vermittler:innen sieht unter bestimmtem Umständen die Möglichkeit, Arbeitszeit durch digitale Hilfsmittel zu reduzieren, indem Bereitschaftszeit (beispielsweise in der Nachtzeit) durch einen Notruf ersetzt wird.

Diese Perspektiven der „Pioniere“ werden ergänzt um eine Betrachtung der empirischen Literatur zur Verwendung digitaler Technologien in der Pflege. Die Anwendungen werden hierbei untergliedert in vier Einsatzbereiche: Elektronische Pflegedokumentation, Telecare, Robotik und Technische Assistenzsysteme.

Elektronische Pflegedokumentation umfasst die elektronische Dokumentation von Patient:innendaten ebenso wie komplexere Systeme für die Aufgabenorganisation einer Pflegeeinrichtung oder die Tourenplanung und Leistungserfassung in der ambulanten Pflege. Telecare meint die Diagnostik und Behandlung von Patient:innen über ein Endgerät und somit über räumliche Distanzen hinweg. Robotik-Systeme können pflegerische Aufgaben teil- oder vollautomatisch unterstützen oder umsetzen. Technische Assistenzsysteme umfassen das weite Feld umgebungsunterstützter Assistenzsysteme (engl. Ambient Assisted Living (abgekürzt AAL)), die selbstständig sowie proaktiv handeln und beispielsweise kritische Situationen (wie Stürze) melden oder an offene Türen erinnern.

Aus unserer Perspektive stellen unter den genannten Technologien AALs ein besonderes Potenzial für die Reduktion von Arbeitszeit in der Live-In-Pflege dar. Indem diese ein selbstständiges Leben zu Hause für ältere Menschen durch Funktionen von Sicherheit, Kommunikation und Komfort verbessern und ermöglichen, können sie potenziell Bereitschaftszeit reduzieren und Freizeit für Live-Ins gewährleisten.

Hierbei erweisen sich insbesondere Sturzmelder und Personenortungssysteme als relevant, da sie Notfälle auf andere Akteure übertragen können. Auch können verschiedene Alltagshilfen, die Sicherheit (wie automatische Herdabschaltung) oder Komfort (wie elektrische Sessel) ermöglichen, eine zeitlich begrenzte Autonomie der Pflegebedürftigen schaffen und so Live-Ins entlasten. Darüber hinaus stellen digitale Technologien aus unserer Sicht die Erwartung in Frage, dass Live-Ins immer verfügbar sein müssen.

Dennoch finden sich verschiedene Einwände gegen die Verwendung digitaler Technologien. So werden in der Literatur – insbesondere hinsichtlich AALs – die Sammlung sensibler Daten, Normalisierungseffekte, Fehleranfälligkeit und mangelnde Finanzierung genannt. Zudem ist festzuhalten, dass digitale Technologien keinen Ersatz für Menschen darstellen. Vielmehr können sie Bereitschaftszeit auf verschiedene Akteure verteilen.

Hierbei bleibt die Frage offen, inwieweit dies funktioniert, solange die Live-In als erste Ansprechperson in der Wohnung anwesend ist. Das Verschwimmen von Wohn- und Arbeitsplatz, welches die Live-In-Pflege grundlegend prägt und die zentrale Herausforderung für die Einhaltung von klaren Arbeitszeiten darstellt, wird folglich auch durch digitale Technologien nicht überwunden; vielmehr kann diese Schwierigkeit auch als Grenze des Potenzials digitaler Technologien verstanden werden.

Die vorliegende Analyse kann damit als eine Annäherung an das Potenzial digitaler Technologien für die Live-In-Pflege verstanden werden. Hieran anschließend bedarf es aus unserer Sicht empirischer Erhebungen in den Pflegehaushalten, die einer möglichen Reduktion von Bereitschaftszeit durch konkrete digitale Technologien in der Praxis nachgehen, um das Potenzial digitaler Technologien weiter auszuloten.

# Einleitung

Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie wurde die Bedeutung von sogenannten systemrelevanten Berufen wie unter einem Brennglas sichtbar und geriet so in den Fokus gesellschaftlicher Debatten.[1] Das immense Missverhältnis zwischen der Relevanz von Berufen, die die gesellschaftlich notwendige Care-Arbeit erbringen, und ihrer finanziellen Anerkennung wurde in den letzten Monaten nur allzu deutlich.

Im Bereich der sozialen Dienstleistungen erhielt gerade die transnationale Pflegemigration plötzlich mediale Aufmerksamkeit. Da migrantische Pflegekräfte, die bei ihren Klient:innen sowohl arbeiten als auch wohnen („Live-Ins"), sich meist in einem Rhythmus von zwei bis drei Monaten mit Kolleginnen[2] abwechseln, wurde wegen pandemiebedingter Grenzschließungen und Quarantänebestimmungen eine „Pflegekrise" in deutschen Haushalten befürchtet. Diese – sonst eher unsichtbare – Erwerbsarbeit in Privathaushalten hat somit in der Covid19-Pandemie deutlich an Sichtbarkeit gewonnen (Habel/Tschenker 2020).

In der Live-In-Pflege[3] arbeiten primär Frauen aus Mittel- und Osteuropa in deutschen Privathaushalten mit Pflegebedarfen und übernehmen hier Tätigkeiten der Hausarbeit, Pflege und Betreuungsarbeit (Isfort/von der Malsburg 2017). Schätzungen zufolge gibt es zwischen 300.000 (Stiftung Warentest 2017, S. 88) und 600.000 Pflegekräfte (Lutz 2018, S. 29) in der Live-In-Pflege in Deutschland. Während ein Großteil der Live-In-Pflege irregulär erfolgt, werden immer mehr dieser migrantischen Sorgearbeiterinnen über Agenturen vermittelt.

Auf diese Weise ist ein „grauer Markt" entstanden, auf dem sich verschiedene Akteure – wie Vermittlungsagenturen und Pflegehaushalte –

1 Die vorliegenden Analysen basieren auf einem von der Hans-Böckler-Stiftung finanzierten Projekt „Modelle der Live-In-Pflege. Rechtswissenschaftliche und sozialethische Vorschläge zur Weiterentwicklung einer personenbezogenen Dienstleistung", das 2020–2021 am Nell-Breuning-Institut (von B. Emunds und S. Habel) und an der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder) (von E. Kocher, T. Tschenker und R. Pflug) durchgeführt wurde.

2 Frauen bilden die große Mehrheit dieser Gruppe, weshalb in diesem Beitrag für Live-Ins das generische Femininum genutzt wird. Repräsentative Studien zum Anteil von Frauen und Männern in der Live-In-Pflege gibt es nicht. Jedoch kann an dieser Stelle stellvertretend auf die Studie von Isfort/von der Mahlsberg (2017, S. 43) hingewiesen werden. Im untersuchten Live-In-Projekt der Caritas lag der Frauenanteil bei 98 Prozent. Dementsprechend waren auch 97 Prozent der im Forschungsprojekt interviewten Live-Ins Frauen (ebd., S. 119).

3 Wir verwenden den Begriff der Live-In-Pflege, da die Sorgearbeiterinnen neben Aufgaben des Haushalts und der Betreuung auch Grundpflege übernehmen. Außerdem wird eine Live-In erst eingestellt, wenn es sich um einen Pflegehaushalt handelt und somit „der Pflegebedarf einer pflegebedürftigen Person ein Ausmaß angenommen hat, das nicht mehr gedeckt werden kann, ohne dass jemand, der (auch) Pflegearbeit leistet, permanent vor Ort ist" (Hagedorn 2020, S. 132).

auf einen rechtlichen Rahmen beziehen, aber diesen nicht vollständig umsetzen (Leiber et al. 2020; Rossow/Leiber 2019). Den Agenturen als Verbindung zwischen Haushalten und Live-Ins kommt hierbei eine „Schlüsselposition auf den sich etablierenden Home-Care-Märkten“ (Steiner et al. 2019, S. 2) zu. Da sich der „graue Markt“ durch einen Mangel an Kontrolle und Regulierung auszeichnet, verbleibt insbesondere den Agenturen ein Spielraum in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

In der empirischen Forschung werden die Arbeitsbedingungen für transnationale Live-Ins als prekär identifiziert (Emunds 2016; Karakayali 2010; Satola 2015). Neben niedrigen Löhnen, mangelnder sozialer Absicherung sowie der physischen und psychischen Belastung von Aufgaben werden als zentrales Problem vor allem die sehr langen Arbeitszeiten genannt.

In der mangelnden Abgrenzung zwischen Arbeitsplatz und Wohnraum wird von der Live-In häufig eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ erwartet, wodurch die gesetzlich zulässige Höchstarbeitszeit deutlich überschritten wird (Bucher 2018). Die Thematik der Arbeitszeit erweist sich daher als zentrales Problem der Live-In-Pflege. Insbesondere durch die umfassende Bereitschaftszeit[4] sind die Arbeitszeiten in der Live-In-Pflege sehr hoch.

Von Live-Ins wird häufig erwartet, dass sie permanent zur Verfügung stehen und als erste Ansprechperson auf die Weisungen der pflegebedürftigen Person innerhalb kürzester Zeit reagieren müssen, so dass sie sich in einem ununterbrochenen Bereitschaftsdienst befinden. Infolge erforscht die vorliegende Untersuchung Möglichkeiten der Reduktion von Arbeitszeit – mit spezifischem Fokus auf der Arbeitszeit, die im Bereitschaftsdienst verbracht wird.

Zudem wird der Anteil älterer und pflegedürftiger Menschen immer größer. So verlängert sich neben der Alterung der Gesellschaft bei vielen Menschen die Lebensphase, in der sie Unterstützung benötigen. Der Verweis auf „Krisen des Sorgens“ (Aulenbacher/Dammayr 2014, S. 65) macht hier sichtbar, dass der Betreuungs- und Pflegebedarf aufgrund von wohlfahrtsstaatlichen Einsparungen im Pflegebereich, aufgrund veränderter Familienmodelle und der gestiegenen Erwerbstätigkeit von Frauen, die zuvor die häusliche Pflege übernommen haben, nicht mehr gedeckt werden kann. In diesem Feld verorten sich auch prekäre Arbeitsverhältnisse, wie die Live-In-Pflege durch migrantische Care-Arbeiterinnen,

4 Unter Bereitschaftszeit sind nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, des Bundesarbeitsgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts die Zeiträume zu verstehen, in denen sich die Beschäftigten in weniger als 20 Minuten am Arbeitsort zur Aufnahme ihrer Tätigkeit einfinden müssen (Habel/Tschenker 2021, im Erscheinen).

durch die eine „Sorglosigkeit des kapitalistischen Wirtschaftens“ (ebd., S. 68) im Globalen Norden ermöglicht wird.

Das hier vorliegende Papier möchte an die aufgezeigte Problematik anschließend untersuchen, wie eine Reduktion der Arbeitszeit in der Live-In-Pflege möglich ist. Im Zentrum stehen hierbei digitale Technologien.

Während die Covid-19-Pandemie in anderen Bereichen zu deutlichen Veränderungen und zur Digitalisierung von Arbeit (wie Online-Konferenzen und „Home-Office“) geführt hat, werden soziale Dienstleistungen gewöhnlich für nicht digitalisierbar gehalten. Dies liegt in erster Linie im Verständnis von Care-Arbeit als Interaktionsarbeit begründet (Knobloch 2013). „Wer will schon von einem Roboter gepflegt werden?“, lautet hier die dystopisch anmutende, rhetorische Frage.

Empirische Untersuchungen zeigen jedoch, dass digitale Technologien im Krankenhaus, in der ambulanten und stationären Altenpflege und zur Unterstützung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld bereits angewandt werden (Bachinger/Fuchs 2013; Bräutigam et al. 2017; Bleses/Busse/Friemer 2020a; Hielscher/Kirchen-Peters/Sowinski 2015; Hielscher/Nock/Kirchen-Peters 2015; Hülsken-Giesler 2015a; Rösler et al. 2018). Hieran anschließend verstehen wir unter digitalen Technologien in diesem Beitrag eine Bandbreite technischer Geräte, die in der Pflege zur Anwendung kommen: von elektronischer Pflegedokumentation, über Telecare oder Robotik hin zu technischen Assistenzsystemen (Rösler et al. 2018, S. 11; Merda/Schmidt/Kähler 2017).

Fokussiert wurde sich in den Untersuchungen zu Digitalisierung und Pflege bislang auf stationäre Einrichtungen, professionelles Pflegepersonal innerhalb ambulanter Dienste und pflegende Angehörige; trotz einer wachsenden Menge an Literatur zu Technologien und Care-Arbeit wurden Live-Ins bisher ausgeklammert. Dies ist eine klare Lücke, da Live-Ins – selbst bei niedrigem Schätzwert – circa. ein Viertel der bezahlten Pflegearbeit in Deutschland übernehmen (Emunds 2019, S. 155). Hieran wird deutlich, dass das deutsche Pflegesystem zentral auf der Arbeit von Live-Ins basiert, bei genauerer Betrachtung der Beschäftigungsverhältnisse jedoch starke Widersprüche zum Arbeitsrecht sichtbar werden.

Die fehlenden Forschungsdaten zur Live-In-Pflege verweisen zudem darauf, dass die Arbeitstätigkeiten einer Live-In schwieriger zu fassen und zu generalisieren sind als beispielsweise die eines/einer stationär tätigen Pflegers/Pflegerin. Einerseits üben Live-Ins klassische Pflegetätigkeiten aus, anderseits stellen neben Hauswirtschaftsarbeit auch die Aufsicht und Betreuung zentrale Aufgaben dar. Gerade im letztgenannten Bereich besteht die Notwendigkeit von Entlastung, für welche im Folgenden der Bereich digitaler Technologien in den Blick genommen wird.

Unser Interesse gilt daher dem Potenzial digitaler Technologien für die Verringerung der Arbeitszeit durch Live-Ins. Der Beitrag gliedert sich hierzu in sechs Teile: Erstens wird dargestellt, inwiefern Care-Arbeit als Interaktionsarbeit besonderen Herausforderungen bezüglich der Einführung digitaler Technologien unterworfen ist (1). Hieran anschließend beleuchten wir den konkreten Einsatz digitaler Technologien in der Live-In-Branche exemplarisch anhand von sechs Vermittlungsagenturen basierend auf Expert:inneninterviews (2).

Im Anschluss erfolgt ein Überblick zum derzeitigen Einsatz digitaler Technologien in der Pflegearbeit anhand der empirischen Literatur (3). Im vierten Teil beleuchten wir hierauf aufbauend die Potenziale digitaler Technologien für die konkreten Arbeitsbedingungen in der Live-In-Pflege (4). Der fünfte Teil dient der Kritik gegenüber digitalen Hilfsmitteln in der Pflege (5). Der Beitrag schließt mit einem Fazit (6).

# 1. Live-In-Pflege als Interaktionsarbeit

Wird die Digitalisierung von Arbeit untersucht, haben Wissenschaftler:innen meist den industriellen Sektor im Blick. Dagegen werden Dienstleistungsbranchen – wie der Pflege – immer wieder eine sogenannte „Digitalisierungsresistenz“ vorgeworfen (Ludwig/Evans 2018, S. 2). Doch aufgrund einer doppelten Alterung – ein wachsender Anteil älterer sowie pflege- und behandlungsbedürftiger Menschen und gleichzeitig erhöhte Lebenserwartung – Deutschlands und vieler weiterer westlicher Staaten wird sie immer nötiger (Bachinger/Fuchs 2013, S. 74).

Pflege gilt gemeinhin als „digitalisierungsresistent“, da sowohl bei Patient:innen als auch bei ihren Angehörigen mehrheitlich die Auffassung vorherrscht, dass menschliche Interaktionen innerhalb sozialer Dienstleitungen nicht zu ersetzen sind (Ludwig/Evans 2018, S. 2). Pflege und Betreuung zählen zur sogenannten Interaktionsarbeit, die sich nach Böhle et al. (2015) aus vier Komponenten zusammensetzt:

Erstens wird *Kooperationsarbeit* genannt, welche auf eine Kooperationsbeziehung zwischen den professionellen Dienstleister:innen und ihren Klient:innen zielt und als notwendig für einen Erfolg personenbezogener Dienstleistungen erachtet wird (siehe auch Hielscher et al. 2016, S. 7). Pflegende sind darauf angewiesen, dass Klient:innen bei ihrer Pflege und Betreuung kooperieren. Dies gilt auch im Falle des Hinzuziehens von digitalen Hilfsmitteln. Dafür ist es nicht nur notwendig, Personal entsprechend zu schulen. Es braucht auch die Akzeptanz und ein gewisses Maß an Kompetenzen bzw. die Bereitschaft seitens der Klient:innen, sich auf eine neue Situation einzulassen (Ludwig/Evans 2018, S. 5).

Bei der Techniknutzung geht es in diesem Fall also nicht um eine Mensch-Technik-Beziehung wie in Bereichen, in denen ein Mensch eine Maschine bedient, sondern um eine Mensch-Mensch-Technik-Beziehung, innerhalb derer eine pflegende Person auf die Kooperation der zu unterstützenden Person – zumindest innerhalb einer Umstellungsphase – angewiesen ist (Evans/Hielscher/Voss 2018).

Zweitens bezieht sich die nächste Komponente der *Emotionsarbeit* auf die Gefühle der professionell Handelnden. Sie werden reguliert und ggf. unterdrückt, um das in der Dienstleistungsbeziehung notwendige oder erwartete emotionale Verhalten an den Tag legen zu können. Es besteht also u. U. eine Diskrepanz zwischen tatsächlichen Gefühlen und solchen, die aufgrund der herrschenden Gefühlsregeln für eine bestimmte Situation erwartet werden (Böhle et al. 2015, S. 40). Hierbei stellt die Pflege und Betreuungsarbeit aufgrund einer doppelten Machtasymmetrie eine besondere Form der Interaktionsarbeit dar.

Die zu pflegende Person ist abhängig von der Live-In und angewiesen auf die „Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen“ (Darmann-Fink/Friesacher 2009, S. 1). Bezogen auf das Gefühlsmanagement und die Interaktion ist der oder die Patient:in jedoch nicht zu einem bestimmten Verhalten der Live-In gegenüber verpflichtet. Die Live-In hingegen kann nicht auf eine symmetrische Weise reagieren, wenn sie beispielsweise physisch angegriffen oder beschimpft wird. Eben weil der oder die Patient:in als Schutzbefohlene:r der Live-In unterstellt ist, wird von ihr ein noch höheres Maß an Emotionsregulierung erwartet als beispielsweise innerhalb Interaktionsberufen im Friseursalon oder Verkauf (Giesenbauer/Glaser 2006, S. 62).

Wie auch Hochschild (1990) am Beispiel von Stewardessen herausarbeitet, ist es in der beruflichen Dienstleistungsarbeit erforderlich, die eigenen Gefühle zu regulieren, zu erzeugen oder zu unterdrücken. Dies geschieht sowohl an der Oberfläche *(surface acting)* als auch im Inneren *(deep acting).*

Diese Analyse kann auch auf das Arbeitsumfeld der Live-In angewandt werden. Sie verdeutlicht, wie Emotionen Teil wirtschaftlicher Verwertung werden und so für die Dienstleister:innen beispielsweise mit emotionaler Entfremdung einhergehen kann. Emotionsarbeit ist also eine Bedingung, um die Dienstleistungsarbeit der Pflege überhaupt ausführen zu können und dient der Bewältigung von Stress sowie dem Schutz von Patient:innen. Für die Pflegenden ist Emotionsarbeit jedoch mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden.

Drittens bezieht sich *Gefühlsarbeit* auf die Arbeit an Gefühlen von Klient:innen. Sie versucht die Gefühle von Klient:innen so zu beeinflussen, dass die eigentliche Dienstleistungsarbeit begünstigt oder überhaupt erst ermöglicht wird (Hielscher et al. 2016, S. 8). Mit *Gefühlsarbeit* kann auch die Aktivierung des oder der Patient:in gemeint sein und eine Interaktion, die auf sein oder ihr Wohlbefinden abzielt (Böhle et al. 2015, S. 40).

*Emotionsarbeit* und *Gefühlsarbeit* funktionieren also in einer gegenseitigen Wechselwirkung: Die Live-In reguliert zunächst ihre eigenen Gefühle, um sie dann als „Werkzeug“ des Wahrnehmens, Erfassens und Verstehens benutzen zu können, damit sie auf die Gefühle der zu betreuenden Person eingehen kann. Eben weil es sich bei der Pflege und Betreuung um eine sensible Interaktionsarbeit handelt, sind oft für pflegende Personen nicht die Pflege- und Betreuungstätigkeiten an sich herausfordernd, sondern die Verhaltensweisen und Reaktionen der zu pflegenden Personen darauf (Giesenbauer/Glaser 2006, S. 60–61).

Viertens wird *subjektivierendes Arbeitshandeln* schließlich die Fähigkeit genannt, „intuitiv mit Unwägbarkeiten um[zu]gehen und sich auf unplanbare Situationen einstellen zu können“. Dies wird darin begründet, dass der „Arbeitsgegenstand Mensch“ (Hacker 2009) sich nicht völlig reibungslos an zuvor festgelegte und geplante Prozesse und Vorgehensweisen anpassen lässt (vgl. Hielscher 2016, S. 8). Aus diesem Grund ist es auch schwieriger, Robotik im Haushalt anzuwenden als in der Industrie, wo ein Roboter eine vordefinierte Umgebung vorfindet, die sich nicht so schnell verändert (Bleses 2017, S. 225).

Die vier dargestellten Grundkomponenten der Interaktionsarbeit *(Kooperations-, Gefühls-, Emotionsarbeit* und *subjektiviertes Arbeitshandeln)* zeigen auf, warum die gesellschaftliche Forderung vorherrscht, dass Pflege von Menschen geleistet werden soll. Zugleich geht mit diesem Wissen um die notwendigen menschlichen Qualitätsanforderungen dieser Form von Arbeit keine gesteigerte Wertschätzung einher – im Gegenteil. Vielmehr besteht selbst innerhalb des Pflegesektors eine Abwertung der interaktiven Pflege- und Betreuungsberufe im Verhältnis zu solchen, die einfacher digitalisiert werden können.

So lässt sich in den USA und westlichen europäischen Staaten Mitte des 20. Jahrhundert eine radikale Technisierung und Bürokratisierung der Pflege und Hospitalisierung ausmachen. Die Pflege generell und Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime wurden einem kapitalistischen Prozess unterzogen, sodass Pflegende neben medizinischen Interessen immer mehr auch Profitinteressen unterlagen und vermehrt dafür verantwortlich waren, die Daten von Patient:innen zu verwalten (Friesacher 2010, S. 302). Mit diesem Prozess nahm eine Spaltung zwischen „Hilfspersonal“, das als weniger qualifiziert erachtet wurde, und denjenigen, die aufgrund einer höheren technischen Qualifizierung als Assistent:innen der Medizin und des Managements fungieren, zu.

Die direkte Körperarbeit, die beispielsweise Waschen, Baden oder Hilfe bei den Ausscheidungen umfasst und als rein repetitiv angesehen wird, wurde als „dirty work“ (Friesacher 2010, S. 302) degradiert, obwohl gerade hier ein spezielles Körperwissen notwendig ist. Technisierte Arbeitsabläufe, wie ärztliche Tätigkeiten und bürokratisch-administrative Aufgaben, erfuhren hingegen eine monetäre und gesellschaftliche Aufwertung (Friesacher 2010, S. 302–303).

Diese Entwicklung zeigt einen schwer zu lösenden und emotional aufgeladenen Widerspruch auf: Die Pflege und Betreuung alter Menschen soll nicht digitalisiert werden, weil menschliche Nähe und Körperkontakt für unabdingbar erachtet werden. Auf der anderen Seite erfahren eben jene Interaktionsberufe, die eine „Body-to-Body-Arbeit“ leisten, eine Herabsetzung als „dirty work“. Dies geht einher mit einer Auslagerung dieser

Tätigkeiten, beispielsweise im Rahmen der Live-In-Pflege an migrantische Care-Arbeiterinnen aus Mittel- und Osteuropa, die bereit sind, unter sehr prekären Bedingungen zu arbeiten.

Dass ein Roboter keinen Ersatz für eine menschliche Pflegekraft darstellt und gerade Gefühlsarbeit nicht einfach durch technische Hilfsmittel ausgetauscht werden kann, muss nicht widerlegt werden. Doch weil gesellschaftliche Vorbehalte auch gegen Teildigitalisierungen innerhalb des Arbeitsbereichs von Pflegekräften bestehen, ist das Risiko einer grenzenlosen Verausgabung und Burnout hoch (Remmers 2019, S. 412). Diese Gefahr lässt sich zu einem noch höheren Maß auf die Arbeitsbedingungen von Live-In Kräfte übertragen, da ihre Arbeitsstelle zugleich der Ort ist, an dem sie (temporär) wohnen. Dass viele technische Hilfsmittel den Arbeitsalltag von Pflegenden erleichtern können und dies auch schon passiert, wird dabei oft übersehen.

In der Live-In-Pflege werden sehr unterschiedliche Tätigkeiten, wie Hausarbeit, Betreuung, Aufsicht und Pflege verrichtet (Isfort/von der Malsburg 2017). In diesem Abschnitt konnte das Dilemma aufgezeigt werden, dass gerade die Bereiche der Live-in-Pflege, die aufgrund ihrer Qualität als Interaktions- und Emotionsarbeit als besonders „digitalisierungsresistent“ gelten, gleichzeitig diejenigen sind, die den größten Zeitaufwand darstellen. Daher wird im Folgenden insbesondere auf die Tätigkeiten der Aufsicht und Betreuung, durch welche lange Bereitschaftszeiten entstehen, der Fokus gelegt. Hierfür wird zunächst genauer auf die bisherige Verwendung digitaler Technologien in der Live-In-Pflege eingegangen.

# 2. Die „Pioniere“ und ihre Verwendung digitaler Technologien

In diesem zweiten Teil wird ein Einblick in die bisherige Verwendung digitaler Technologien in der Live-In-Branche gegeben. Das empirische Material basiert auf sechs Interviews mit Vertreter:innen von privaten Vermittlungsagenturen und Wohlfahrtsverbänden, die Live-Ins vermitteln. Die Interviewten haben verschiedene Funktionen, wie Leitung, Expert:innen eines Modells, Legal Advisor und Projektkoordinator:innen, und arbeiten jeweils für eine der Agenturen. Eine ausführliche Darstellung der Verwendung digitaler Technologien durch diese Agenturen findet sich auch bei Habel/Tschenker (2021, im Erscheinen).

Aufgrund des kleinen Samples und um die Anonymität der Vermittler:innen zu wahren, werden Zitate aus Interviews nicht genauer ausgewiesen. Die Interviewpartner:innen werden im Folgenden gleichermaßen Vermittler:in, interviewte Person oder Vertreter:in einer Agentur genannt.

Die untersuchten Agenturen unterscheiden sich anhand der angebotenen Modelle: zwei vertreten das Arbeitgebermodell, zwei das Entsendemodell und zwei das Selbstständigenmodell.[5]

Zur Untersuchung der verschiedenen Agenturen bietet sich die Typologie nach Leiber, Matuszczyk und Rossow (2019) an. Sie unterscheidet Agenturen in *Pioniere (pioneers), Spieler mit minimalem Aufwand (minimum effort players)* und *Follower (followers)* (ebd., S. 380).

Im Vergleich zu unserer Stichprobe finden sich jedoch drei zentrale Unterschiede in der genutzten Typologie: Erstens beinhaltet die Typologie Vermittlungsagenturen der Größe mikro und klein; unser Sample enthält dagegen auch Agenturen mittlerer Größe und darüber.

Zweitens berücksichtigt die Typologie nur profitorientierte Unternehmen, wohingegen unsere Stichprobe auch Wohlfahrtsorganisationen untersucht. Drittens betrachtet die Typologie nur deutsche Agenturen, während unser Sample auch ausländische Agenturen, die nach Deutschland entsenden, umfasst.

5 Im Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell ist die Live-In als Angestellte im Pflegehaushalt beschäftigt, der als Arbeitgeber fungiert. Im Entsendemodell wird die Live-In von einer Vermittlungsagentur als Arbeitgeberin entsandt. Die Agentur hat zudem einen weiteren Vertrag mit dem Haushalt der Pflegebedürftigen, in dem sie sich zur Erbringung der Dienstleistung verpflichtet. Im Selbstständigenmodell arbeitet die Live-In als Selbstständige und die Vermittlungsagentur ist nur für den Vermittlungsprozess zuständig. Die drei Modelle weisen unterschiedliche rechtliche Schwierigkeiten auf: Während für das Arbeitgeber- und Entsendemodell die Höchstarbeitszeiten gelten, die häufig nicht eingehalten werden, besteht im Selbstständigenmodell die Gefahr der „Scheinselbstständigkeit“ sowie im Entsendemodell die Schwierigkeit der „Scheinentsendung“ (Bucher 2018).

Trotz dieser Unterschiede ist die Typologie hilfreich, um unsere Stichprobe zu beschreiben, da alle interviewten Agenturen als „Pioniere“ bezeichnet werden können. Dies bedeutet, dass die untersuchten Agenturen den Live-In-Markt durch politische Lobbyarbeit oder Größe prägen.

So problematisieren die meisten der Agenturen als proaktive Mitglieder von Verbänden die rechtliche Situation des „grauen Marktes“, positionieren sich gegen den „Schwarzmarkt“ und versuchen, als professionelle und legale Anbieter wahrgenommen zu werden. Zudem sind sie überwiegend Vorreiter darin, Qualitätsstandards und Ansätze der Selbstregulierung (beispielsweise eine Selbstverpflichtung zur Ansprechbarkeit durch eine 24-Stunden-Hotline) einzuführen.

Die sechs qualitativen Expert:inneninterviews (Kaiser 2014) mit Vertreter:innen der „Pioniere“ wurden aufgenommen, wortwörtlich transkribiert und nach der qualitativen Inhaltsanalyse mit der MAXQDA-Software ausgewertet (Kuckartz 2016).

Als zentrales Ergebnis der Untersuchung kann festgehalten werden, dass die Agenturen in verschiedener Hinsicht auf digitale Technologien zurückgreifen, besonders für die Bereiche Kommunikation mit den Live-Ins, Weiterbildung, Loyalitätsprogramme und Sprachförderung (siehe auch Habel/Tschenker 2021, im Erscheinen).

Die untersuchten Akteure setzen digitale Technologien jedoch nicht zur strategischen Reduktion von Arbeitszeit ein. Die Vermittler:innen nennen hierzu drei zentrale Einwände, weshalb digitale Technologien nicht für die Arbeitszeitreduktion in der Live-In-Pflege zum Einsatz kommen:

Erstens betonen die Agenturen, dass digitale Technologien die Live-In nicht ersetzen könnten. So hebt ein:e Vermittler:in hervor: „Ich habe bisher keine [digitalen Technologien] gefunden, die die Tätigkeit für die Betreuerin übernimmt, die sie leistet“. Vielmehr weisen einige Agenturen deutliche Vorbehalte gegenüber der Verwendung digitaler Technologien zur Reduktion der Arbeitszeit auf. So wendet ein:e Vermittler:in ein:

> „Wenn Sie mich jetzt fragen, komplette Digitalisierung in der Pflegebranche, dass man jetzt so einen Roboter hinschickt oder was, da bin ich noch vom alten Schlag und sag: Vielleicht kann er unterstützend ganz spaßig sein, aber irgendwo fehlt dieses Menschliche dann auch.“

Der oder die Vemittler:in betont zudem: „Es soll halt alles im menschlichen Bereich bleiben. Es soll nicht ein Gefängnis mal werden. Das will ich damit sagen. Und es soll von allen Seiten gewollt sein“.

In beiden Zitaten wird „das Menschliche“ der Live-In-Pflege betont und damit die Qualität als Interaktionsarbeit als Gegenargument gegen die Verwendung digitaler Technologien in der Pflege verwendet. Insbeson-

dere im Vergleich mit einem „Gefängnis“ wird deutlich, dass starke Vorbehalte bestehen, die interaktive Care-Arbeit durch Technologien zu ersetzen.

Ein:e andere:r Vermittler:in führt das „Menschliche“ der Interaktionsarbeit näher aus:

„Diese Anwesenheit wird wichtiger, diese Ansprechperson, diese Kommunikation, ich möchte auch nicht die ganze Zeit alleine sein. Ich habe einfach auch jemanden, mit dem ich tatsächlich auch kommunizieren kann vor Ort. Diese menschliche Wärme. Und dann kommt natürlich dann auch diese Betreuerin.“

Wie in diesem Zitat deutlich wird, werden stark menschliche und interaktive Qualitäten der Live-In-Pflege betont, indem auf Kommunikation, Ansprechbarkeit und menschliche Wärme verwiesen wird. Die Vermittlungsagenturen grenzen sich hier deutlich von einem Narrativ ab, das sie von einer Pflege und Betreuung mittels digitaler Technologien haben, wenn sie von „Gefängnissen“ sprechen, in denen das „Menschliche“ nicht gewährleistet werden kann.

Der oder die Vermittler:in unterstreicht damit, dass „das Digitale […] nicht das Problem von der Arbeitszeit lösen [wird]. Ja, das ist totale Banane. Die Betreuung ist die Anwesenheitsbetreuung, da können wir uns das Digitale einfach sparen“. Wie an diesem Zitat deutlich wird, wird die Anwesenheitsbetreuung als zentrales Element der Live-In-Pflege verstanden, die nicht durch Technologien ersetzt werden könne. Dass die Prämisse einer permanenten Betreuung durch eine menschliche Person und damit einhergehende Abgrenzung von einem „kalten Roboternarrativ“ nur möglich ist, weil die Arbeitskraft der Live-Ins für die Agenturen so günstig ist, wird nicht thematisiert.

Zweitens findet sich die Perspektive einer Arbeitszeitreduktion durch digitale Technologien bei den Agenturen nicht, da für sie eine andere Sichtweise dominiert: die Live-In ersetzt den Hausnotruf – nicht andersrum. So äußern verschiedene Vermittler:innen die Annahme, dass die Live-In anstelle des Hausnotrufs eingezogen wäre:

„Weil, der wird ja durch die Betreuungskraft ersetzt eigentlich, der Hausnotruf […]. Weil, es ist ja dann jemand da. Und das ist bei uns eigentlich kein Thema. […] [E]s kann sein, dass da in vielen Haushalten noch so ein Notruf da ist, aber dann eigentlich nicht, wenn die Betreuungssituation da ist.“

Diese Konstruktion der Live-In als Ersatz des Hausnotrufes wird in mehreren Interviews genannt. In dieser Annahme wird deutlich, dass bei den Agenturen vielfach die Erwartungshaltung einer durchgängigen Anwesenheit und Bereitschaft vorherrscht, da „jemand da“ sei und damit der

Hausnotruf nicht notwendig ist. Zudem wird hier sichtbar, dass die Arbeitszeitproblematik nicht in Zusammenhang mit digitalen Technologien gestellt wird.

Drittens nennen die Vermittler:innen Zweifel hinsichtlich der potenziellen Adressat:innen eines Notrufs. Die hierbei zugrundeliegenden Vorstellungen imaginieren digitale Technologien in der Live-In-Pflege zur Arbeitszeitreduktion primär in Form eines Notrufs wie den Hausnotruf. So stellen die Vermittler:innen in Frage, welche Akteur:innen im Falle eines Notrufes aktiviert werden könnten. Sie gehen davon aus, dass durch die Anwesenheit der Live-In diese räumlich näher ist als eine potenzielle weitere Person. In einer akuten Situation würde daher aus Sicht der Vermittler:innen die Live-In selbst aktiv. So wendet ein:e Vermittler:in ein:

„Wenn sie da ist, dann ist sie immer die erste, die auch agiert, weil sie es ja mitbekommt. […] Auch wenn der Hausnotruf gedrückt wird. […] Der Hausnotruf dauert einfach auch manchmal zwei Stunden, bis jemand kommt, wenn es doof läuft leider, dann macht die natürlich was, wenn sie vor Ort ist."

Aus Sicht der Vermittler:innen kommt beispielsweise der Hausnotruf zudem nur in Notfällen und nicht beispielsweise für Toilettengänge: „Es gibt natürlich beim ambulanten Dienst immer den 24-Stunden-Notruf, aber die kommen auch nicht sofort. Und die kommen auch nicht, um jemanden zur Toilette zu begleiten". Folglich ist aus Sicht der Vermittler:innen unklar, welche Akteur:innen – anstelle der Live-In vor Ort – Adressat:innen des Notrufs darstellen könnten.

Eine Unterstützung durch digitale Technologien (wie einen Notruf) wäre daher lediglich im Falle der Abwesenheit der Live-In möglich. Indem die Wohnung jedoch temporär auch den Wohnort der Live-In darstellt, stellt dies ein grundlegendes Problem dar. Zudem imaginiert eine:r der Vermittler:innen die Live-In auch auf Distanz als Adressatin des Notrufs:

„Aber was soll das, was soll das dann bringen? Also, dann ist die Betreuungskraft ja immer noch in Bereitschaft. Also, sie läuft dann mit dem Notrufempfänger durch die Gegend, ja, ob das dann wirklich hilft, weiß ich nicht."

Für die Agenturen ist daher ein grundlegender Einwand, dass eine Unklarheit hinsichtlich möglicher Adressat:innen des Notrufs besteht.

Lediglich von einer oder einem Vermittler:in wird ein Potenzial in der Verwendung digitaler Technologien zur Arbeitszeitreduktion verortet. Dieses steht in seiner oder ihrer Agentur jedoch noch nicht in der Umsetzung, sondern lediglich in der Planung. Der oder dem Vermittler:in zufolge kann in ganz spezifischen Fällen von Pflegebedürftigen die Nachtzeit durch einen Notruf ersetzt und damit die Bereitschaftszeit der Live-In gezielt reduziert werden.

Die Agentur hat sich auf Familien mit nächtlicher Bereitschaftszeit spezialisiert: Hierbei unterteilt sie Pflegehaushalte ohne nächtlichen Pflegebedarf, solche mit determinierbarem Einsatz (wie einem zeitlich planbaren Toilettengang) und solche mit Nachtbereitschaft. Der oder die Vermittler:in nimmt daher an, dass in Familien mit häufigen nächtlichen Einsätzen der Hausnotruf nicht hilfreich ist, da Pflegedienste in diesen Fällen aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht bereit sind, einen Notdienst zu übernehmen:

„Ich habe mit Pflegediensten auch gesprochen, lokalen, die gesagt haben: Ja, sie können sich vorstellen so einen Notdienst zu übernehmen. Sobald es dann hieß: Ja, mehrere Einsätze pro Nacht, haben die alle abgewunken und gesagt: ‚Nee, das machen wir nicht.'"

In den anderen Pflegehaushalten, in denen keine unregelmäßigen, nicht determinierbaren nächtlichen Einsätze notwendig sind, sieht er oder sie hingegen ein Potenzial des Hausnotrufes zur Reduktion von Arbeitszeit:

„In Situationen, wo das aber selten und sporadisch der Fall ist, dass nachts plötzlich agiert werden muss, oder in Fällen, wo eben eine pflegerische Notversorgung abgedeckt werden muss, da kann der Hausnotruf eine wichtige und sinnvolle Komponente sein, meiner Einschätzung nach. Auch zur Reduktion der Bereitschaftszeit oder zum Ausschließen der Bereitschaftszeit in bestimmten Zeitblöcken."

In dieser Agentur ist der Hausnotruf zwar noch nicht umfassend umgesetzt, sie plant dies aber für die Zukunft: „Das macht total Sinn, weil man dadurch natürlich die eklatanten Notfälle ganz massiv und nachweislich auf jemanden übertragen kann, der das dann wirklich auch tut und dafür auch die Kapazitäten ständig bereithält".

Wie in diesem Abschnitt sichtbar geworden ist, verwenden die untersuchten „Pioniere" der Live-In-Pflege digitale Technologien nicht zur Reduktion von Arbeitszeit bzw. Bereitschaftsarbeit. Vielmehr führen sie drei zentrale Einwände gegen die Verwendung digitaler Technologien ein:

Erstens betonen Agenturen das „Menschliche" der Live-In-Tätigkeit, worin das Verständnis von Pflege als Interaktionsarbeit deutlich wird. Zweitens nehmen einige der Vermittler:innen an, dass die Live-In den Hausnotruf ersetzt und verdeutlichen damit die Erwartung einer quasi durchgängigen Bereitschaftszeit. Drittens äußern sie Zweifel an potenziellen Adressat:innen. Lediglich eine:r der Vermittler:innen verortet in digitalen Technologien ein Potenzial zur Reduktion von Bereitschaftszeit; ihm oder ihr zufolge trifft dies auf nächtliche Bereitschaft für sehr spezifische Fälle an Pflegehaushalten (solche ohne nicht determinierbare nächtliche Einsätze) zu.

# 3. Verwendung digitaler Technologien in der Pflege

In diesem Abschnitt soll ein Überblick über die bisherige Verwendung digitaler Technologien gegeben werden. Die Pflege gilt, wie bereits dargestellt, aufgrund ihrer interaktiven Qualität als „digitalisierungsresistent" bzw. „technikfern", weshalb die Pflegebranche im Bereich der Digitalisierung ein „Nachzügler" (Rösler et al. 2018, S. 5) ist. Dennoch haben digitale Technologien in jüngster Zeit in verschiedener Hinsicht Einzug in die Pflege gefunden (Bachinger/Fuchs 2013; Bleses/Busse/Friemer 2020a; Bräutigam et al. 2017; INQA/BauA 2015; Manzeschke 2014; Rösler et al. 2018).

Während die erste Phase der Digitalisierung vor allem die Leitungs- und Verwaltungsebene umfasste und damit wenig die Pflegearbeit selbst, ändert sich dies jedoch derzeit immer schneller. So werden sowohl in der ambulanten Pflege (beispielsweise durch Tourenbegleiter) wie in der stationären Pflege (durch digitale Patient:innendokumentation und -überwachung) als auch im häuslichen Bereich (durch Fernüberwachung von Vitalparametern und wohnumfeldassistierende Technologien) digitale Technologien immer bedeutsamer (Bleses/Busse/Friemer 2020b). Im Folgenden werden die verschiedenen Bereiche digitaler Technologien kurz dargestellt.

Hinsichtlich der Anwendungen digitaler Technologien in der Pflege untergliedern Rösler et al. (2018, S. 11) vier Einsatzbereiche: Elektronische Pflegedokumentation, Telecare, Robotik und Technische Assistenzsysteme (vgl. auch Merda/Schmidt/Kähler 2017):

Die **elektronische Pflegedokumentation** bezeichnet die elektronische Dokumentation von Patient:innendaten ebenso wie komplexere Systeme für die Aufgabenorganisation einer Pflegeeinrichtung oder die Tourenplanung und Leistungserfassung in der ambulanten Pflege. Elektronische Dokumentation ist im pflegerischen Alltag bereits fest etabliert (Rösler et al. 2018).

**Telecare** umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patient:innen über ein Endgerät und somit über räumliche Distanzen hinweg. Während Telemedizin die ärztliche Betreuung bezeichnet, meint das Konzept Telecare die Anleitung durch eine Pflegefachkraft per Videotelefonie, das kontinuierliche Übertragen von Vitalparametern an eine Pflegeperson oder die gemeinsame Online-Kommunikation von Pflegenden und Pflegebedürftigen mit Ärzt:innen. Telecare ist in Deutschland bisher wenig verbreitet und wird lediglich in Pilotprojekten getestet; hierin wird auch ein Unterstützungspotenzial für pflegende Angehörige verortet (Rösler et al. 2018, S. 43–46).

**Robotik-Systeme** können pflegerische Aufgaben teil- oder vollautomatisch unterstützen oder umsetzen. In der Pflege kann Robotik für die Bereiche Service- und Transportrobotik (beispielsweise Medikamente oder Essen transportieren), die Reduktion körperlicher Belastungen Pflegender (beispielsweise digital unterstützte Lifter und Aufstehhilfen), emotionale Robotik (wie haustierähnliche Roboter) und haushaltsnahe Robotik (wie Alltagshelfer zum selbstständigen Staubsaugen) verwendet werden (Rösler et al. 2018, S. 51). Bisher steht die Robotik in der Pflege jedoch ganz am Anfang, beschränkt sich auf wenige Modellprojekte und viele Systeme sind noch nicht zur Marktreife entwickelt (ebd., S. 51–57).

**Technische Assistenzsysteme** bezeichnen das weite Feld umgebungsunterstützter Assistenzsysteme (engl. Ambient Assisted Living, abgekürzt AAL), die selbstständig und proaktiv handeln. AALs erkennen und melden kritische Situationen im Alltag (wie Stürze) und erinnern an offene Fenster und Türen oder vergessene Medikamente (Bachinger/Fuchs 2013).

AALs erfüllen damit sowohl Komfortfunktionen (wie durch Fernsteuerung von Heizung, Herd und Licht oder eine Toilette mit Intimpflege) als auch Sicherheitsfunktionen durch Sturzdetektoren und Sensorsysteme zur Analyse von Bewegungsmustern – wie intelligente Böden, die Stürze erkennen, Transpondersysteme zur selektiven Türöffnung, automatische Herdabschaltung oder Rauch-, Gas- und Wassersensoren mit Warnton, die bei mangelnder Reaktion die Notrufzentrale verständigen (Bachinger/Fuchs 2013; Gaugisch 2015; Hülsken-Giesler 2015a; Rösler et al. 2018).

AALs umfassen zudem GPS-gestützte Ortungs- und Trackingsysteme für Menschen mit beispielsweise demenzbedingten Orientierungsproblemen oder auch die Fernüberwachung von Vitalparametern von Patient:innen per Telemonitoring (Becka/Evans/Gilbert 2017; Rösler et al. 2018). Es gibt folglich sowohl einfachere AAL-Systeme durch Notrufauslöser, die ein aktives Handeln der pflegebedürftigen Person erfordern, als auch komplexere AALs, die auf Basis von Datenanalysen und Mustern „normale“ Verhaltensmuster erkennen und auf Auffälligkeiten hinweisen, die eine pflegerische oder ärztlich notwendige Reaktion benötigen (beispielsweise darüber, wie lange ein:e Pflegebedürftige:r im Bad braucht) (Bachinger/Fuchs 2013).

Diese komplexeren Systeme sind demnach Notrufsysteme, die keine Aktivität durch die betroffene Person erfordern, sondern durch „ein Netz unterschiedlicher Systeme (Bewegungssensoren, Kontaktsensoren, intelligente Gebäudetechnik)“ eine Notsituation erkennen (Gaugisch 2015, S. 20).

AALs unterstützen folglich ältere Menschen, indem ihre Gesundheit und Aktivitäten gemessen und überprüft werden. Dadurch wird die Sicherheit verbessert und die Kommunikation im Notfall ermöglicht (Bachinger/Fuchs 2013, S. 75). Gerade die komplexen Notrufsysteme zeigen, wie viel sensibler AALs im Bereich der Pflege auf ihre Umgebung reagieren müssen als etwa in der Industrie eingesetzte Robotik, die einen statischen Raum erwarten kann und nicht auf Veränderungen reagieren muss, wie bereits im ersten Abschnitt angemerkt wurde (Bleses 2017, S. 225).

AALs haben damit die drei Funktionen „Komfort, Kommunikation und Sicherheit“ (ebd., S. 81). AALs finden bisher keinen flächendeckenden Einsatz, es gibt jedoch ein umfangreiches Angebot insbesondere im häuslichen Bereich, wo die Anwendung auch zunimmt (Rösler et al. 2018, S. 38).

Aus unserer Perspektive wäre in verschiedener Hinsicht der Einsatz digitaler Technologien in der Live-In-Pflege vorstellbar. So wäre denkbar, dass Telenursing für die Live-In – wie auch für pflegende Angehörige (vgl. Gaugisch 2015) – eine professionelle Unterstützung durch Pflegefachpersonal bieten kann; auch könnten haushaltsnahe Tätigkeiten durch Robotik übernommen werden.

In unserer Analyse sollen jedoch digitale Technologien spezifisch in Hinblick auf die Reduktion der Arbeitszeit in Form der Bereitschaftszeit untersucht werden. Hierzu könnte aus unserer Sicht insbesondere der Bereich der AAL wegweisend sein, da diese die autonome Lebensführung älterer Menschen in der eigenen häuslichen Umgebung unterstützen, insbesondere in den Bereichen soziale Kontakte, Nahrungsaufnahme, Sicherheit, Terminverwaltung, Gesundheit, Ausscheidung, Bewegung und Haushalt (vgl. Hülsken-Giesler 2011, S. 332).

Damit können sie potenziell auch zu einer Ermöglichung von Freizeit für Live-Ins beitragen. So weisen bereits Rösler et al. (2018, S. 35) darauf hin, dass intelligente Notruf- und Frühwarnsysteme hilfreich für den Pflegemix aus professionell Pflegenden und informellen Helfer:innen sein können. Auch zeigen Bachinger und Fuchs (2013, S. 88), dass AALs die nächtliche Bereitschaftszeit („Vorhaltezeiten“) im Bereich der stationären Pflege reduzieren können.

Da die Live-In-Pflege jedoch bisher – wie bereits dargestellt – nicht in der Thematik digitaler Technologien in der Pflege berücksichtigt wird, untersuchen wir existierende Studien dahingehend, ob die dort genannten Hilfsmittel auch für die Reduktion der Arbeitszeit von Live-In-Kräften beitragen könnten.

# 4. Live-In-Pflege und digitale Technologien?

Nahezu jeder Artikel, der sich mit der Frage nach den Möglichkeiten digitalisierter Pflege auseinandersetzt, betont den schon derzeit bestehenden Pflegenotstand und die Perspektive, dass sich dieser aufgrund der schon genannten doppelten Alterung westlicher Gesellschaften noch verstärken wird (vgl. etwa Mainz/Zündel 2017, S. 235; Grünendahl/Leonhardt/Teich 2017, S. 55; Nagel 2017, S. 252; Weiß et al. 2013, S. 8).

Das immer wieder genannte erstrebenswerte Ziel vieler pflegebedürftiger Menschen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu leben, ist außerdem ein verankerter Grundsatz innerhalb der deutschen Pflegeversicherung (§ 3 SGB XI; Weiß et al. 2013, S. 8). Jedoch werden Live-Ins, die jene Versorgungslücke ausfüllen, die ambulante Pflegedienste und privat versorgende Angehörige nicht zu schließen vermögen, in keinem der zitierten Artikel erwähnt.

Aufgrund dieses Mangels an empirischen Studien zu digitalen Technologien und der Live-In-Pflege ziehen wir Erkenntnisse aus Studien, welche den Nutzen von digitalen Hilfsmitteln für Angehörige und ambulante Pflegedienste bewerten, hinzu und wenden diese im Folgenden auf den Arbeitsalltag der Live-In an. Auf diese Weise analysieren wir, ob digitale Technologien dabei helfen könnten, die Arbeits- und Bereitschaftszeit von Live-Ins nachhaltig zu reduzieren. Es geht also nicht darum, technische Hilfsmittel zu finden, welche Live-Ins bei ihrer Arbeit psychisch oder physisch entlasten und deswegen angenehmer machen, sondern die es erlauben, dass wirklich Arbeitszeit verkürzt werden kann.

Dies stellt uns vor die grundlegende Schwierigkeit, dass Live-Ins ja gerade in Haushalten eingesetzt werden, in denen pflegebedürftige Personen eine ständige Betreuung benötigen. Wie schon anhand der Interviews mit den Vermittler:innen zu erkennen war, herrscht das Denkmuster vor, dass die Live-In durch ihre ständige Präsenz den Hausnotruf ersetzt und deswegen keine weiteren digitalen Mittel zur Verfügung stehen müssen. Deswegen steht bei der vorliegenden Untersuchung die Überlegung im Zentrum, welche technischen Hilfsmittel genau dieser Vorstellung eine Alternative entgegensetzen können und ermöglichen, dass Senior:innen für einige Stunden alleine bleiben können.

Als erstes Hilfsmittel hierfür seien **Sturzmelder und Personenortungssysteme** genannt (Evans/Hielscher/Voss 2018, S. 4). Ein wichtiger Unterschied zum Hausnotruf stellt bei ihnen dar, dass in einem Notfall nicht direkt ein:e Notarzt oder Notärztin oder ein professioneller Pflegedienst gerufen wird. Der Sturzmelder kann entweder von seiner oder sei-

nem Träger:in ausgelöst werden oder reagiert selbstständig bei der Registrierung eines Sturzes. Er wählt sich so lange durch die eingespeicherten Telefonnummern durch, bis eine Person reagiert und ist dann wie ein normales Handy zu benutzen (vgl. etwa Sturzmelder 2021).

Der Vorteil gegenüber dem Hausnotruf ist daher, dass eine eingespeicherte Nummer beispielsweise zur Nachbarschaftshilfe oder Angehörigen führen kann, die Bereitschaftszeiten übernehmen, wenn die Live-In nicht arbeitet. Der Sturzmelder funktioniert also viel niedrigschwelliger als der Hausnotruf und könnte auch für Anliegen genutzt werden, die keine akute Notsituation darstellen, wie beispielsweise ein Toilettengang. Gleichzeitig reagiert er automatisch bei einem Sturz. Sind Telefonnummern hinterlegt, deren Besitzer:innen Bereitschaftszeiten übernehmen, sind sie ggf. schneller bei der gefallenen Person als Pflegedienste, die über den Hausnotruf alarmiert werden und eine weite Strecke zurücklegen müssen, wie von den Vermittlungsagenturen problematisiert wurde.

Auf eine ähnliche Weise funktionieren Personenortungssysteme, die in stationären Einrichtungen eingesetzt werden, um dort Bereitschaftszeit für Pflegekräfte zu reduzieren. Hierbei werden via GPS-Signal individuell angepasste Notfall- und Serviceketten ausgelöst, sobald die oder der Träger:in jenes Systems einen vorher definierten Bereich verlässt (Gaugisch 2015, S. 21; Hielscher/Nock/Kirchen-Peters 2016, S. 12).

Auf diese Weise können intelligente Notruf- und Frühwarnsysteme als „Hilfemix“ ineinandergreifen (Rösler et al. 2018, S. 35). Auch können so verschiedene Akteure im „Pflegemix“ jenseits der Live-In bei Unterstützungsbedarfen oder in Notfällen einbezogen werden. Sturzmelder und Personenortungssysteme stellen also digitale Hilfsmittel dar, die sicherstellen, dass bei akutem Handlungsbedarf wie einem Sturz oder dem Weglaufen einer Person ihre Sicherheit gewährleistet und der Vorfall bemerkt wird, sollte sie gerade nicht von der Live-In betreut werden.

Zudem gibt es weitere digitale Technologien, die der reibungslosen Überbrückung von Zeitfenstern, in denen die Live-In sich nicht direkt bei der zu pflegenden Person aufhält, dienen. Sie verringern präventiv mögliche Risikofaktoren oder zeigen der Live-In nach ihrer Rückkehr, was die zu betreuende Person braucht. Außerdem sollen sie dazu dienen, dass die unbetreute Zeit für die Klient:innen so angenehm wie möglich gestaltet wird.

Diese Technologien können Alltagshilfen sein, welche automatisch ein offengelassenes Fenster schließen oder den Herd abschalten, sollte dieser betätigt werden. Die Autonomie von Senior:innen wird hier gefördert, indem das automatisierte Abschalten erst passiert, wenn die betroffene Person nicht auf eine auditive oder visuelle Erinnerung reagiert (Hauer

2017, S. 315). Die Live-In könnte vor ihrer Pause oder Ruhezeit jene Alltagshilfen aktivieren.

Etwas komplexer programmiert sind die schon genannten **Assistenzsysteme**. Sie können anhand von Machine-Learning-Algorithmen ein „Normalverhalten“ und seine Abweichungen erkennen. Kontakt- und Drucksensoren auf dem Fußboden, der Matratze oder im Bad erstellen detaillierte Bewegungs- und Nutzerprofile (Marquardt 2018, S. 289–290) sowie Vitalparameter des Bewohners oder der Bewohnerin (Bachinger/Fuchs 2013, S. 76).

Denkbar wären für kürzere Zeitfenster auch die Fernüberwachung von Emotionen zur Früherkennung von Stress und der Einschätzung des kognitiven Zustands (Weiß et al. 2013, S. 52). So können Angehörige ebenso in die Betreuung der zu pflegenden Person miteinbezogen werden, selbst wenn sie weit weg wohnen sollten und die Ferndiagnose an die Live-In weitergeben, wenn sie wieder die Betreuung übernimmt. Technische Hilfsmittel wie ein elektrischer Sessel können dabei helfen, ein gewisses Maß an Autonomie für eingeschränkt mobile Menschen zu gewährleisten. So braucht es keine anwesende Live-In, um von einer Liege- in eine Sitzposition zu kommen oder beim Aufstehen zu unterstützen (ebd., S. 48).

Alle genannten Hilfsmittel dienen somit dazu, ein Sicherheitsrisiko für die zu pflegenden Personen so weit wie möglich zu minimieren, wenn sie allein sind. Personenortungssysteme und Sturzmelder stellen sicher, dass Menschen ohne Orientierung nicht das Haus verlassen und dass bei einem Sturz Hilfe geleistet werden kann. Assistenzsysteme verhindern präventiv, dass die zu pflegende Person nicht versehentlich einen Brand auslöst.

Die Überprüfung von **Vitalparametern** und **Drucksensoren** weisen die Live-In nach ihrer Pause darauf hin, ob die zu betreuende Person genug getrunken hat oder dringend Flüssigkeit benötigt. So können Zeiten überbrückt werden, in denen niemand zur ständigen Betreuung vor Ort ist. Die Live-In kann danach die in der Zeit eventuell vergessenen Tätigkeiten, wie die Nahrungszufuhr oder Medikamenteneinnahme, mithilfe der verschiedenen vorgestellten digitalen Hilfsmittel erkennen und dementsprechend gegensteuern.

Die Überlegungen zur Anwendung digitaler Technologien haben somit gezeigt, dass es verschiedene Technologien gibt, die die Bereitschaftszeiten für Live-Ins übernehmen könnten. Jedoch sind hierbei zwei zentrale Einschränkungen festzuhalten: Erstens zeigt die Anwendung digitaler Technologien auf den Arbeitsalltag der Live-In, dass es trotz der technischen Hilfsmittel Menschen braucht, die Bereitschaftszeit – sei es von der Live-In oder einer anderen Person – übernehmen. Sie ist nicht ausschließlich durch digitale Hilfsmittel zu ersetzen.

Digitale Technologien können vielmehr helfen, Bereitschaftszeiten auf mehrere Menschen, die auch nicht unbedingt nahe der zu pflegenden Person wohnen müssen, verteilt werden können. Ein „Pflege-Mix“ und die damit einhergehende Möglichkeit für die Live-In, das Haus verlassen zu können, ohne auf Abruf zu stehen, sind daher unerlässlich, wenn eine zeitliche Entlastung der Live-In ernstgenommen werden will. Es bedarf daher anderer Akteure – nicht lediglich Technologien – die mit einbezogen werden.

Zweitens bleibt die – auch von den Vermittlungsagenturen genannte – Herausforderung bestehen, dass auch die Technologien die Live-In nur kurzzeitig ersetzen, wenn sich diese *außerhalb* des Hauses aufhält. Andernfalls ist diese als erste vor Ort und wird in Notfällen als erste aktiv werden. Folglich kann das Live-In-Setting an sich als eine Grenze der Potenziale digitaler Technologien gesehen werden.

# 5. Kritik an der Verwendung digitaler Technologien in der Pflege

Die bisherigen Einschätzungen zum Einsatz digitaler Technologien in der Pflege allgemein sind gemischt. Hier soll in Kürze auf zentrale Kritikpunkte eingegangen werden, die insbesondere für den Bereich der AAL relevant sind.

Erstens wird als zentraler Kritikpunkt – insbesondere an AAL – die umfangreiche Erhebung von Daten genannt. Dies betrifft zunächst die Thematik des Datenschutzes (Bachinger/Fuchs 2013; Gaugisch 2015; Manzeschke et al. 2013; Rösler et al. 2018). So wird problematisiert, dass der Schutz durch AAL und der Erhalt von Autonomie „ironischerweise überhaupt nur durch deren *ständige und umfassende Überwachung*" (Bachinger/Fuchs 2013, S. 77; Hervorhebung im Original) erreicht wird. Die erfassten Daten betreffen hierbei zudem die direkte Privat- und Intimsphäre der Nutzer:innen. Daher bedürfe es einer „Balance zwischen dem technisch Möglichen und dem datenschutzrechtlich Vertretbaren zu finden" (Rösler et al. 2018, S. 66).

Zudem wird problematisiert, dass die – anhand dieser Daten getroffenen – automatisierten Entscheidungen der Maschinen auch das Verhalten der Nutzer:innen beeinflussen können. So kann angenommen werden, dass die Parameter, die die Unterscheidung von „normalem" Verhalten und Abweichung definieren, auch disziplinierende und normalisierende Wirkungen auf die Nutzer:innen haben. Die Normen können sich folglich in das Verhalten der Nutzer:innen einschreiben und dieses beeinflussen. Die Nutzer:innen leben damit „stets unter dem wachsamen Auge ihrer *maschinellen* Beobachter" (Bachinger/Fuchs 2013, S. 88; Hervorhebung im Original). Zugleich erweisen sich die intelligenten Algorithmen und Normalitätskriterien als undurchsichtig für ihre Nutzer:innen (Bachinger/Fuchs 2013, S. 77).

Zweitens betrifft ein zweites Bündel an Kritikpunkten die Zweifel am praktischen Funktionieren von AAL. So wird als ein Problem die hohe Fehleranfälligkeit genannt (Gaugisch 2015; Rösler et al. 2018). Hiermit verbunden sind zum einen Fragen der Haftung für Fehlalarme wie auch die Problematik eines möglichen Mehraufwands durch unzuverlässige Systeme genannt (Gaugisch 2015, S. 22). Auch wird kritisiert, dass die digitale Technik vielfach ohne Einbezug der Pflegenden entwickelt werden und sich daher teilweise in der Praxis nicht bewähren (Bräutigam et al. 2017; Rösler et al. 2018, S. 36).

Zudem wird sowohl innerhalb der Forschung als auch von den Vermittler:innen die Frage gestellt, wer auf die technisch vermittelten Notrufe reagieren soll (Bachinger/Fuchs 2013, S. 82) und wie hierfür zuständiges,

professionelles Personal bezahlt werden könne. Auf besondere Weise muss hervorgehoben werden, dass die genannten Studien vor allem die unklare Finanzierung von AAL problematisieren. Sehr hohe Kosten in Verbindung mit nicht immer klarem Nutzen sind beispielsweise der Grund, warum Krankenkassen bisher keine Leistungen übernehmen (Bachinger/Fuchs 2013; Rösler et al. 2018).

Drittens wird auch in der Kritik an AAL auf die interaktive Qualität von Pflegearbeit verwiesen. So wird problematisiert, dass psychosoziale Aspekte der Pflege als Interaktionsarbeit in den Hintergrund treten könnten (Gaugisch 2015). Auch Rösler et al. (2018) betonen, dass AALs Pflegende lediglich unterstützen, nicht jedoch die notwendige pflegerische Intervention übernehmen könnten. Sie nehmen an, AAL könnten „das wache Auge der Pflegenden nicht [ersetzen], helfen aber, relevante Informationen zusammenzutragen und Handlungsbedarf zu erkennen“ (Rösler et al. 2018, S. 35).

# 6. Fazit

Der hier vorliegende Artikel hat sich mit der Frage befasst, inwieweit digitale Technologien ein Potenzial zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Live-Ins aufweisen können. Da in der Live-In-Pflege die umfassenden Arbeitszeiten das zentrale Problem darstellen, wurde in diesem Beitrag eine mögliche Verwendung digitaler Technologien zur Reduktion der Bereitschaftszeit untersucht. Hierzu wurden sowohl Expert:inneninterviews mit „Pionieren“ der Live-In-Branche als auch Untersuchungen zu digitalen Technologien und ihrer Verwendung in der Pflege einbezogen.

Es wurde zunächst deutlich, dass entgegen dem Bild der Pflege als „digitalisierungsresistente“ Interaktionsarbeit digitale Technologien in verschiedener Hinsicht bereits Einzug in die Pflege gefunden haben. Gleichzeitig kann das Bild der Interaktionsarbeit weiterhin als Hemmnis verstanden werden, in digitalen Technologien einen möglichen Beitrag zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen – auch in der Live-In-Pflege – zu sehen.

Auch in den Interviews mit den „Pionieren“ der Vermittlungsagenturen sind starke Vorbehalte sichtbar geworden. Unabhängig davon, ob die Digitalisierung von konkreter Interaktionsarbeit am zu pflegenden Menschen sinnvoll und möglich ist, konnte der Artikel aufzeigen, dass vielmehr Zeiten der Aufsicht – und damit der Bereitschaftszeit – einer Überprüfung der Digitalisierbarkeit benötigen.

Zudem hat der hier vorliegende Beitrag hinsichtlich der Verwendung digitaler Technologien in der Live-In-Pflege eine klare Forschungslücke sichtbar gemacht: wenngleich digitale Technologien in der Pflege vielfach untersucht werden, werden Live-Ins hierbei bislang nicht berücksichtigt.

Als ersten Versuch, diese Lücke zu schließen, hat dieser Beitrag auf Basis der bestehenden Literatur aufgezeigt, dass verschiedene digitale Technologien ein Potenzial für die Live-In-Pflege bieten könnten. So gibt es AAL-Technologien, die zum Ziel haben, dass ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf länger allein zu Hause leben können und hierfür Komfort- und Sicherheitsfunktionen erfüllen. Diese können damit potenziell auch eine Entlastung der Live-In durch die Gewährung von Freizeit bewirken.

In der konkreten Anwendung für den Fall der Live-Ins erweisen sich insbesondere Sturzmelder und Personenortungssysteme relevant, die als intelligente Notruf- und Frühwarnsysteme wirken. Auf diese Weise können verschiedene Akteure des „Pflegemixes“ aktiviert werden. Zudem können diverse Alltagshilfen für Sicherheit (wie automatische Herdab-

schaltung) und Komfort (wie elektrische Sessel) sowie auch Assistenzsysteme (beispielsweise Kontaktsensoren im Fußboden) hilfreich sein, um eine temporäre Autonomie von Pflegebedürftigen herzustellen und so die Freizeit der Live-In zu ermöglichen.

Darüber hinaus kann in der Verwendung digitaler Technologien ein weiteres Potenzial verortet werden: Ein erster Schritt zur Überwindung der Vorstellung, dass Live-Ins immer verfügbar sein müssen, kann darin liegen, Bereitschaftszeiten durch digitale Technologien zu überbrücken. Um die strukturellen Bedingungen der Erwerbsarbeit von Live-Ins grundlegend zu überwinden, bedarf es jedoch alternative Betreuungsmodelle.

Hierbei könnten neuartige Modelle in Wohnclustern oder Wohn-Pflege-Gemeinschaften (Aulenbacher/Leiblfinger/Prieler 2021; Aulenbacher/Lutz/Schwiter 2021; Riegraf/Reimer 2014) in den Blick genommen werden, die kein Live-In-Setting beinhalten und damit kein Auflösen der Grenzen von Freizeit- und Arbeitsort hervorbringen.

Wohn-Pflege-Gemeinschaften zeichnen sich durch den Anspruch auf ein hohes Maß an Selbstbestimmung und den aktiven Einbezug der Bewohner:innen hinsichtlich der Ausgestaltung ihres Alltagablaufs aus. Ein familiäres Zusammenleben dient hierbei als normatives Leitbild. Die Gefahr einer entgrenzten Arbeitsweise aufgrund von Ansprüchen an das Betreuungspersonal, eine familienähnliche Atmosphäre zu schaffen und emotionale Zuwendung zu leisten, die jedoch monetarisiert ist und in einem professionalisierten Setting stattfindet, ist also auch hier gegeben.

Ein großer Unterschied ist jedoch, dass nicht eine Person die Hauptverantwortung der Betreuung übernimmt und an ihrem Arbeitsplatz wohnt. Die Betreuung und Pflege der Bewohner:innen setzt sich vielmehr aus einem Pflege-Mix zusammen, der aus formell und informell, semiprofessionell und professionell Sorgenden besteht (Riegraf/Reimer 2014, S. 297–299).

Schließlich werden in der bestehenden Literatur verschiedene Einwände gegen die Verwendung digitaler Technologien – insbesondere AALs – vorgebracht, wie die Sammlung sensibler Daten, Normalisierungseffekte, Fehleranfälligkeit und mangelnde Finanzierung. Auf diese offenen Fragen müsste der zukünftige Einbezug digitaler Technologien in der häuslichen Pflege Antworten finden.

Zudem bedarf es, um dem Potenzial digitaler Technologien in der Live-In-Pflege weiter nachzugehen und die bestehende Forschungslücke zu verringern, aus unserer Sicht empirischer Erhebungen in den Pflegehaushalten, die der tatsächlichen Reduktion von Bereitschaftszeit durch spezifische digitale Technologien in der Praxis nachgehen.

Als letzte grundlegende Einschränkung sei zu nennen, dass digitale Technologien keine Menschen ersetzen, sondern lediglich Bereitschaftszeiten auf mehrere Akteure des „Pflegemixes“ verteilen können. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit der Einbezug anderer Akteure funktionieren kann, solang sich die Live-In selbst in der Wohnung aufhält.

Dieses Verschwimmen von Wohn- und Arbeitsplatz, welches die Live-In-Pflege grundlegend prägt und die zentrale Herausforderung für die Einhaltung von klaren Arbeitszeiten darstellt, wird folglich auch durch digitale Technologien nicht überwunden; vielmehr kann diese Schwierigkeit auch als Grenze des Potenzials digitaler Technologien verstanden werden. Somit wird sichtbar, dass trotz möglicher Potenziale digitaler Technologien die Arbeitsform der Live-In-Pflege in Frage gestellt werden sollte.

# Literatur

Aulenbacher, Brigitte / Leiblfinger, Michael / Prieler, Veronika (2021): „Das Thema ist, die Menschen wollen zu Hause sein.“ Zum Nachdenken über Live-in-Care, Gütesiegel, staatliche Förderung und neue Betreuungsformen. In: Aulenbacher, Brigitte / Lutz, Helma / Schwiter, Karin (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 212–235.

Aulenbacher, Brigitte / Lutz, Helma / Schwiter, Karin (2021): Live-in-Betreuung – (k)ein Zukunftsmodell guter Sorge und guter Arbeit? In: dieselben (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 238–251.

Bachinger, Leo Matteo / Fuchs, Walter (2013): Rechtliche Herausforderungen des Technikeinsatzes in der Altenpflege: eine rechtssoziologische Perspektive auf Ambient Assisted Living. In: SWS-Rundschau 53, H. 1, S. 73–94.

Becka, Denise / Evans, Michaela / Hilbert, Josef (2017): Digitalisierung in der sozialen Dienstleistungsarbeit. Stand, Perspektiven, Herausforderungen, Gestaltungsansätze, Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung.

Bleses, Helma M. / Ziegler, Sven / Füller, Matthias / Beer, Thomas (2017): Personen mit Demenz und Telepräsenzroboter: Virtuelle Begegnungen in Alltagssituationen. In: Pfannstiel, Mario A. / Krammer, Sandra / Swoboda, Walter (Hrsg.): Digitale Transformation Von Dienstleistungen Im Gesundheitswesen III. Impulse für die Pflegepraxis, Wiesbaden: Gabler, S. 221–231.

Bleses, Peter / Busse, Britte / Friemer, Andreas (2020b): Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. In: Bleses, Peter / Busse, Britte / Friemer, Andreas (Hrsg.): Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt, Wiesbaden: Springer, S. 11–32.

Bleses, Peter / Busse, Britte / Friemer, Andreas (Hrsg.) (2020a): Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt, Wiesbaden: Springer.

Böhle, Fritz / Stöger, Ursula / Weihrich, Margit (2015): Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. In: AIS-Studien 8, H. 1, S. 37–54.

Bräutigam, Christoph / Enste, Peter / Evans, Michaela / Hilbert, Josef / Merkel, Sebastian / Öz, Fikret (2017): Arbeitsreport Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik – bessere Arbeit? Study der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 364, https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf (Abruf am 16.11.2021).

Bucher, Barbara (2018): Rechtliche Ausgestaltung der 24-h-Betreuung durch ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten. Dissertation. 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos.

Darmann-Finck, Ingrid / Friesacher, Heiner (2009): Editorial. Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen! In: PP-Info 5, H. 7, S. 1–2.

Emunds, Bernhard (2016): Damit es Oma gutgeht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden. 1. Auflage, Frankfurt am Main: Westend.

Emunds, Bernhard (2019): Überforderte Angehörige – ausgebeutete Live-Ins – Burnout-gefährdete Pflegekräfte. Sozialethische Bemerkungen zur verweigerten sozialen Wertschätzung Pflegender in Deutschland. In: Fuchs, Michael / Greiling, Dorothea / Rosenberger, Michael (Hrsg.): Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich (Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft 6), Baden-Baden: Nomos, S. 147–167.

Evans, Michaela / Hielscher, Volker / Voss, Dorothea (2018): Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt. Wie Technik Pflege stärken kann. Policy Brief der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 4/2018, https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-06829 (Abruf am 16.11.2021).

Friesacher, Heiner (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: Pflege & Gesellschaft 15, H. 4, S. 293–367.

Gaugisch, Petra (2015): Technische Assistenz in der ambulanten Pflege. In: INQA (Hrsg.): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 20–33.

Giesenbauer, Bjorn / Glaser, Jürgen (2006): Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege. Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: Böhle, Fritz / Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion. Interaktion als Arbeit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 59–83.

Grünendahl, Martin / Leonhardt, Sven / Teich, Tobias (2017): Mehrwert in der häuslichen Pflege durch vernetzte Ambient-Assisted-Living-Systeme. In: Pfannstiel, Mario A. / Krammer, Sandra / Swoboda, Walter (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III. Impulse für die Pflegepraxis, Wiesbaden: Gabler, S. 55–69.

Habel, Simone / Tschenker, Theresa (2020): Stay At Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise. In: Soziale Sicherheit 69, H. 6, S. 215–219.

Habel, Simone / Tschenker, Theresa (2021, im Erscheinen): Reduktion der Arbeitszeit in der Live-In-Pflege. Eine interdisziplinäre Untersuchung von Maßnahmen der Vermittlungsagenturen. Study der Hans-Böckler-Stiftung.

Hagedorn, Jonas (2020): Altenpflege im Spannungsfeld von formeller und informeller Arbeit – sozialethische Anmerkungen zur gesellschaftlichen Organisation der Pflegearbeit. In: Städtler-Mach, Barbara / Ignatzi, Helene (Hrsg.): Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129–155.

Hauer, Katharina (2017): Brauche ich das überhaupt?! – Qualität assistiver Technologien aus Sicht von älteren Personen in häuslicher Pflege. In: Pfannstiel, Mario A. / Krammer, Sandra / Swoboda, Walter (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III. Impulse für die Pflegepraxis, Wiesbaden: Gabler, S. 307–325.

Hielscher, Volker / Kirchen-Peters, Sabine / Sowinski, Christine (2015): Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. In: Pflege & Gesellschaft 20, H. 1, S. 5–19.

Hielscher, Volker / Nock, Lukas / Kirchen-Peters, Sabine (2015): Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive. 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlag.

Hielscher, Volker / Nock, Lukas / Kirchen-Peters, Sabine (2016): Technikvermittlung als Anforderung in der Dienstleistungsinteraktion. Empirische Befunde zum Technikeinsatz in der Altenpflege. In: Arbeit 1–2, S. 3–19.

Hülsken-Giesler, Manfred (2015a): Neue Technologien in der Pflege. Wo stehen wir – was ist zu erwarten? In: INQA (Hrsg.): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 10–13.

Hülsken-Giesler, Manfred (2015b): Technik und Neue Technologien in der Pflege. In: Brandenburg, Hermann / Dorschner, Stephan (Hrsg.): Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. 3. Auflage, Bern: Hogrefe, S. 262–279.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) / Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2015): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0, Paderborn: Bonifatius Druckerei.

Isfort, Michael / Malsburg, Andrea von der (2017): Privat organisierte Pflege in NRW: Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Familien mit Pflegebedarf. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, https://broschuerenservice.nrw.de/default/shop/Gutachten:_Privat_organisierte_Pflege_in_NRW:_Ausl%C3%A4ndische_Haushalts-_und_Betreuungskr%C3%A4fte_in_Familien_mit_Pflegebedarf#image-0 (Abruf am 17.11.2021).

Karakayali, Juliane (2010): Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa. 1. Auflage, Wiesbaden: Springer.

Knobloch, Ulrike (2013): Sorgeökonomie als kritische Wirtschaftstheorie des Sorgens. In: Denknetz, Jahrbuch 2013, S. 9–23.

Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Kytir, Josef (2008) Demografische Entwicklung. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, Wien: S. 45–74.

Leiber, Simone / Matuszczyk, Kamil / Verena, Rossow (2019): Private Labor Market Intermediaries in the Europeanized Live-in Care Market between Germany and Poland: A Typology. In: Zeitschrift für Sozialreform 65, H. 3, S. 365–392.

Leiber, Simone / Rossow, Verena / Österle, August / Frerk, Timm (2020): Yet another black box: brokering agencies in the evolving market for live-in migrant care work in Austria and Germany. In: International Journal of Care and Caring 4, H. 4, S. 1–22.

Ludwig, Christine / Evans, Michaela (2018): Digitalisierung in der Altenpflege: Gestaltungsoptionen und Gestaltungswege für betriebliche Interessenvertretungen. In: Forschung Aktuell 12.

Lutz, Helma (2018): Die Hinterbühne der Care-Arbeit. Transnationale Perspektiven auf Care-Migration im geteilten Europa. 1. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Mainz, Marius / Zündel, Matthias (2017): Digitale Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. In: Pfannstiel, Mario A. / Krammer, Sandra / Swoboda Walter (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III. Impulse für die Pflegepraxis, Wiesbaden: Gabler, S. 233–250.

Manzeschke, Arne (2014): Altersgerechte Assistenzsysteme: Ethische Herausforderungen technologischen Wandels. In: informationsdienst altersfragen 41, H. 3, S. 10–18.

Marquardt, Nadine (2018): Digital assistierter Wohnalltag im smart home. Zwischen Care, Kontrolle und vernetzter Selbstermächtigung. In: Bauriedl, Sybille / Strüver, Anke (Hrsg.): Smart City – kritische Perspektiven auf die Digitalisierung in Städten (Urban Studies), Bielefeld: transcript, S. 285–297.

Merda, Meiko / Schmidt, Kristina / Kähler, Bjørn (2017): Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegender. Forschungsbericht, Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Nagel, Katharina (2017): Integration technischer Assistenzsysteme im häuslichen Umfeld. Potenziale und Herausforderungen. In: Pfannstiel, Mario A. / Krammer, Sandra / Swoboda Walter (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III. Impulse für die Pflegepraxis, Wiesbaden: Gabler, S. 251–267.

Remmers, Hartmut (2019): Pflege und Technik. Stand der Diskussion und zentrale ethische Fragen. In: Ethik Med 31, H. 4, S. 407–430.

Riegraf, Birgit / Reimer, Romy (2014): Wandel von Wohlfahrtsstaatlichkeit und neue Care-Arrangements. Das Beispiel der Wohn-Pflege-Gemeinschaften. In: Aulenbacher, Brigitte / Riegraf, Birgit / Theobald, Hildegard (Hrsg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: work, relations, regimes (Soziale Welt Sonderband, 20), Baden-Baden: Nomos. S. 293–309.

Rösler, Ulrike / Schmidt, Kristina / Merda, Meiko / Melzer, Marlen (2018): Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegender verändern, Berlin: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA).

Rossow, Verena / Leiber, Simone (2019): Kein Schattendasein mehr. Entwicklungen auf dem Markt für ‚24-Stunden-Pflege'. In: APuZ 69, H. 33/34, S. 37–42.

Satola, Agnieszka (2015): Migration und irreguläre Pflegearbeit in Deutschland. Eine biographische Studie, Stuttgart: ibidem.

Stiftung Warentest (2017): Trautes Heim, da will ich sein. In: Stiftung Warentest, H. 5, S. 86–95.

Sturzmelder (2021): Mobiler Notruf mit Sturzerkennung, Ortsbestimmung, SOS-Taste und Telefon, http://www.sturzmelder.de/ (Abruf am 16.11.2021).

Weiß, Christine / Lutze, Maxie / Compagna, Diego / Braeseke, Grit / Richter, Tobias / Merda, Meiko (2013): Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Abschlussbericht zur Studie, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

# Autorinnen

**Simone Habel** ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Nell-Breuning-Institut der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen. Hier ist sie zuständig für das HBS-Forschungsprojekt „Modelle der Live-In-Pflege. Rechtswissenschaftliche und sozialethische Vorschläge zur Weiterentwicklung einer personenbezogenen Dienstleistung“. Ihre Forschungsschwerpunkte sind feministische Theorien und Geschlechterforschung, Care und transnationale Migration.

**Magdalene Hengst** hat Politikwissenschaften sowie Politische Theorie studiert und arbeitet als wissenschaftliche Hilfskraft am Nell-Breuning-Institut der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt-Georgen. Forschungsschwerpunkte sind feministische Theorien sowie moralphilosophische Fragestellungen darüber, wer wo und wann Zugang zu öffentlichen Räumen hat.

ISSN 2509-2359