

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 374, Juli 2025

Kontrollaversion und Entlastungsoptimismus in vernetzten Kliniken

**Autonomie und Mitbestimmung in der akutstationären Pflege
angesichts von Digitalisierung und Teilautomatisierung**

Julia Bringmann, Benjamin Henry Petersen und Philipp Staab

Auf einen Blick

Wie verändern datenintensive Softwaresysteme die Arbeit in der Pflege? Die Studie untersucht, wie sich Digitalisierung und Teilautomatisierung auf die Autonomie von Pflegekräften und die betriebliche Mitbestimmung auswirken. Die Ergebnisse zeigen: Trotz erweiterter technischer Kontrollmöglichkeiten bleibt die Handlungsfreiheit der Pflegekräfte weitgehend erhalten. Ausgehend von einer institutionalisierten und betrieblich gelebten Kontrollaversion eröffnen sich für die Mitbestimmung neue Handlungsspielräume, deren gemeinsamer Fluchtpunkt die Entlastung der Pflegekräfte durch die digitalisierungsinduzierte Optimierung des Arbeitsprozesses ist.

Julia Bringmann (M. A. Sozialwissenschaften) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Humboldt-Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkte: Arbeitssoziologie, digitale Transformation von Organisationen.

E-Mail: julia.bringmann@hu-berlin.de

Benjamin Henry Petersen (M. A. Soziologie) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Humboldt-Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Techniksoziologie, Infrastrukturtheorie.

E-Mail: benjamin.henry.petersen@hu-berlin.de

Philipp Staab (Prof. Dr.) ist Professor an der Humboldt-Universität zu Berlin und leitet dort den Lehrstuhl „Soziologie von Arbeit, Wirtschaft und technologischem Wandel“. Forschungsschwerpunkte: Digitalisierung, Arbeits- und Industriesoziologie, gesellschaftliche Transformation.

E-Mail: philipp.s.staab@hu-berlin.de

© 2025 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Kontrollaversion und Entlastungsoptimismus in vernetzten Kliniken“ von Julia Bringmann, Benjamin Henry Petersen und Philipp Staab 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.....	5
1. Einleitung.....	7
2. Anamnese der akutstationären Pflege	8
2.1 Arbeitskonflikte in vernetzten Kliniken.....	8
2.2 Mitbestimmung des digitalen Wandels	10
3. Methodik.....	14
3.1 Quantitative Datenauswertung	14
3.2 Betriebsfallstudien	15
4. Nach der Kontrolle kommt die Entlastung	16
4.1 Pflegearbeit zwischen Kontrolle und Autonomie	16
4.2 Mitbestimmung in vernetzen Kliniken	23
5. Fazit	28
Literatur.....	30

Abkürzungsverzeichnis

BR	Betriebsrat
EM	Erlösmanagement
GM	Gemeinnütziger Maximalversorger
GPR	Gesamtpersonalrat
IT	Mitarbeitende IT-Abteilung
KM	Konfessioneller Maximalversorger
KR	Konfessioneller Regelversorger
MAV	Mitarbeitendenvertretung
ÖM	Öffentlicher Maximalversorger
PDM	Pflegedirektion
PDMS	Pflegekraft Patientendatenmanagement Intensivstation
PI	Pflegekraft Intensivstation
PIN	Pflegekraft Internistische Station
PN	Pflegekraft Notaufnahme
PR	Personalrat
SD	Stationsleitung Dermatologie
SGC	Stationsleitung Gefäßchirurgie
SI	Stationsleitung Intensivstation
SIN	Stationsleitung Internistische Station
SN	Stationsleitung Notaufnahme
SR	Stationsleitung Rückenmarksverletzungen
SU	Stationsleitung Urologie

Zusammenfassung

Längst hat die digitale Transformation auch die akutstationäre Pflege erreicht. Mit dem Einsatz von digitalen und KI-gestützten Anwendungen stellen sich Fragen nach den Auswirkungen der digitalen Transformation auf die Arbeit von Pflegekräften und den Möglichkeiten der betrieblichen Mitbestimmung bei der Gestaltung dieser Transformation. Führen etwa die digitale Dokumentation und das teilautomatisierte Patientendatenmonitoring zu einer Einschränkung der Autonomie von Pflegekräften und einer Intensivierung der Kontrolle ihrer Arbeit? Wie verhält sich die Interessenvertretung als die Hüterin der Beschäftigtenrechte zum Einsatz digitaler Technologien?

Die Studie „Kontrollaversion und Entlastungsoptimismus in vernetzten Kliniken“ kombiniert repräsentative Daten mit vier Intensivfallstudien in überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhäusern und liefert fundierte Antworten auf diese Fragen.

Die Autor:innen finden heraus, dass die Handlungsspielräume von Pflegekräften in digitalisierten Arbeitsumfeldern nicht stärker eingeschränkt sind als in analogen Arbeitsplätzen.

In den Betriebsfallstudien zeigen sich die Gründe hierfür: Beide Betriebsparteien haben eine Aversion gegen direkte Kontrolle. Nicht nur schließen sie Rahmenvereinbarungen zum formalen Ausschluss von Leistungs- und Verhaltenskontrolle ab. Aus Sicht des Krankenhausmanagements ist eine rigide Kontrolle der Pflegearbeit zum Großteil ungewollt und unnötig: Denn Einschränkungen der Handlungsautonomie von Pflegekräften riskieren die Unzufriedenheit der Beschäftigten und damit die ungewollte Verschärfung der Personalknappheit im Betrieb. Die Pflegekräfte sind zudem intrinsisch hochmotiviert, die Patient:innen gut zu versorgen. Sie stärker direkt zu kontrollieren, wäre unnötig.

Zwar zeigt sich in den Interviews mit dem Krankenhausmanagement auch eine neue Steuerungsvision. Die knappe Ressource Pflegepersonal soll je nach Bedarf flexibel und in Echtzeit von Station zu Station geschickt werden. Die Umsetzung dieser Vision ist jedoch aufgrund von Medienbrüchen auch in den Vorreiterkliniken der Digitalisierung noch unmöglich.

Ausgehend von der institutionalisierten und gelebten Kontrollaversion eröffnet sich für die betriebliche Mitbestimmung neuer Handlungsspielraum, dessen Fluchtpunkt die Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Effizienzgewinne ist. Durch digitale und teilautomatisierte Systeme sollen Arbeitsschritte wegfallen und dabei insbesondere der Dokumentationsaufwand verringert werden.

Die Umsetzung dieses Entlastungsoptimismus ist in der praktischen Mitbestimmung jedoch heterogen. Die Ergebnisse der Studie zeigen: Die

betriebliche Mitbestimmung kann dann eine Entlastung der Beschäftigten durch die Digitalisierung fördern, wenn sie ein kooperatives, aber nicht konfliktscheues Verhältnis zu IT-Abteilung sowie zum Krankenhausmanagement pflegt und bereits bei der Planung und Auswahl digitaler Systeme eingebunden ist.

Dabei haben sich einige Instrumente als besonders hilfreich für die Einbindung in und Gestaltung von Digitalisierungsprojekten erwiesen:

Regelmäßige Kommunikation, beispielsweise in Form von Jour-Fixe-Terminen und die gemeinsame Auswahl von Softwareanbietern, schafft Transparenz und Vertrauen zwischen den Beteiligten und erleichtert die Zusammenarbeit in Digitalisierungsprojekten. In einigen Kliniken werden gemeinsame Checklisten verwendet, um sicherzustellen, dass neue digitale Anwendungen weder zu unerwünschten Kontrollmöglichkeiten führen, noch zusätzliche Belastungen verursachen. Bei der Durchführung und Evaluation von Pilotphasen wird auf nicht gewünschte Belastungsfolgen geachtet, denn auch in den Vorreiterkliniken der Digitalisierung sind digitale Effizienzgewinne kein Selbstläufer.

Gerade durch die frühzeitige Beteiligung haben die Beschäftigtenvertretungen an Anerkennung im Betrieb und an Know-how über Prozessabstimmungen bei Digitalisierungsprojekten hinzugewonnen. Damit haben sie Ressourcen erlangt, die ihnen möglicherweise auch bei zukünftigen Digitalisierungskonflikten zugutekommen.

Mit diesen Erkenntnissen leistet die Studie nicht nur einen wissenschaftlichen Beitrag, sondern bietet gleichzeitig praxisorientierte Handlungsempfehlungen.

Sie kombiniert repräsentative quantitative Analysen mit detaillierten Betriebsfallstudien. Sie liefert mit der Auswertung von 57 Interviews und teilnehmenden Beobachtungen auf 17 Stationen eine der umfassendsten empirischen Untersuchungen zur Digitalisierung der Pflegearbeit in Deutschland. Im Gegensatz zu vielen früheren Arbeiten, die Digitalisierung häufig mit einem Verlust von Autonomie assoziieren, zeigt diese Untersuchung, dass nicht der technologische Fortschritt selbst über Autonomieverluste und Arbeitsintensivierung entscheidet, sondern die Art und Weise, wie digitale Transformationen in Betrieben gestaltet werden.

1. Einleitung

Längst hat die digitale Transformation auch die Pflegearbeit in Krankenhäusern erreicht. Für Interessenvertretungen und nicht zuletzt die Pflegekräfte selbst stellt sich die virulente Frage, ob digitale und KI-basierte Anwendungen die Handlungsfreiheit von Beschäftigten einschränken. Interessenvertretungen sind qua Amt die Hüter von Gesetzen, etwa zum Ausschluss der Verhaltenskontrolle von Beschäftigten. Wie gut werden sie diesem Anspruch auch im digitalen Wandel gerecht?

Diese Studie untersucht solche Fragen nach Autonomie, Kontrolle und betrieblicher Mitbestimmung in vernetzten Kliniken. Sie fragt erstens, wie sich die Steuerung und Kontrolle von Pflegearbeit tatsächlich durch den Einsatz von digitalen und teil-automatisierten Anwendungen verändert. Zweitens geht sie der Frage nach, wie die Akteure der betrieblichen Mitbestimmung diesem Wandel begegnen. Sie schließt drittens mit Empfehlungen an betriebliche Akteure.

Die Studie ist eine der umfassendsten qualitativen Studien zur Digitalisierung der akutstationären Pflege in Deutschland. Ihre Feldaufenthalte wurden von 2022 bis 2024 in überdurchschnittlich digitalisierten Kliniken durchgeführt, deren technische Ausstattung jetzt in der Breite der Krankenhäuser in Deutschland anzutreffen ist. Als eine von wenigen Studien liefert sie repräsentative Ergebnisse zu der Frage von Autonomie und dem digitalen Reifegrad des pflegerischen Arbeitsplatzes.

Die Analyse zeigt, dass die Handlungsfreiheit von Pflegekräften in vernetzten Arbeitsplätzen nicht stärker eingeschränkt ist als in analogen Arbeitsplätzen. Dies hat vielfältige Gründe. Eine Rahmendienstvereinbarung schließt Verhaltenskontrolle formal aus. Zudem sind rigider Kontrollstrukturen aus Perspektive des Managements ungewollt und unnötig.

Diese institutionalisierte und gelebte Kontrollaversion eröffnet der betrieblichen Mitbestimmung einen neuen Handlungsspielraum. Gemeinsamer Fluchtpunkt der Interessenvertretungen ist der Optimismus, die Arbeitsprozesse mit dem Ziel der Entlastung zu optimieren. Die Umsetzung dieses Entlastungsoptimismus in der praktischen Mitbestimmung ist jedoch heterogen. Sie gelingt insbesondere dann, wenn sie auf Basis einer kooperativen, jedoch nicht konfliktscheuen Haltung die frühzeitige Beteiligung bei der Planung und Auswahl der Softwaresysteme institutionalisiert und hierfür die enge Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung sucht.

Es hat sich bewährt, vielfältige Kommunikationskanäle zwischen den involvierten Stakeholdern zu institutionalisieren, gemeinsame Checklisten in der Planungs- und Vorbereitungsphase zu nutzen und Pilotphasen durchzuführen und zu evaluieren.

2. Anamnese der akutstationären Pflege

2.1 Arbeitskonflikte in vernetzten Kliniken

Arbeitskonflikte sind in Betrieben allgegenwärtig. Arbeitskonflikte entstehen, wenn Akteure unterschiedliche Erwartungen an einen Gegenstand oder Sachverhalt haben und diese unvereinbar erscheinen (Bonacker 2009, S. 185). Arbeitskonflikte werden individuell durch die Beschäftigten oder durch die Betriebsparteien bearbeitet (Rüb et al. 2021, S. 21).

Ein viel erforschter, virulenter Arbeitskonflikt ist die Leistungskontrolle und die damit einhergehende Einschränkung der Handlungsspielräume von Beschäftigten. Leitungskräfte wählen direkte Kontrolle als eine von verschiedenen Möglichkeiten, um das sog. Transformationsproblem zu lösen: Gemäß dem Transformationsproblem kann das Management Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt erwerben, jedoch ist ihre tatsächliche Verausgabung aufgrund der unterschiedlichen Interessen von Beschäftigten und Management nicht garantiert (Edwards 1979, S. 20–25). Kontrolle soll die Verausgabung der Arbeitskraft sicherstellen.

Als Grundlage für die Analyse des Kontrollregimes in der Pflegearbeit eignet sich die von Friedman (1977, S. 43) eingeführte Unterscheidung zwischen direkter Kontrolle und verantwortlicher Autonomie an. Sie werden als Pole eines Kontrollkontinuums verstanden. Während bei der direkten Kontrolle das Arbeitshandeln und die Arbeitsleistung unmittelbar überwacht und bei Bedarf gesteuert wird, steht bei der verantwortlichen Autonomie die subjektive Leistungs- und Kooperationsbereitschaft der Beschäftigten im Zentrum (Marrs 2018, S. 477–479). Letztere impliziert die Erweiterung der Handlungsspielräume der Beschäftigten (Friedman 1977, S. 49–53).

Im Arbeitsprozess kann der Technikeinsatz sowohl die direkten Kontrollformen intensivieren (Nachtwey/Staab 2015) als auch die Handlungsspielräume von Beschäftigten erweitern (Kirchner 2015).

Laut der bisherigen Forschung zur Gesundheits- und Krankenpflege dominiert eine Kombination aus indirekter Steuerung und Selbstorganisation, die sich an der eigenen Fachlichkeit und am Markt ausrichtet (Starystach/Bär 2019): Indirekte Steuerung bedeutet dabei, dass Unternehmen – beispielsweise durch technische Ausstattung oder Zielvorgaben – lediglich den Rahmen des Arbeitsprozesses vorgeben, während Beschäftigte diesen relativ frei ausgestalten können. Die indirekte Kontrolle ist von einem hohen Maß an verantwortlicher Autonomie geprägt (Sauer 2018, S. 188).

Spätestens mit der Einführung des Fallpauschalen-Systems als Finanzierungsmodell werden die Anforderungen des „Marktes“ stärker an die Pflegekräfte am Bett weitergereicht (Manzei 2009, S. 42; Sauer 2018, S. 190–191). Krankenhäuser sind in diesem Finanzierungsmodell zu verstärkter Gewinnorientierung und Wettbewerb angehalten. Als Markt fungieren die Patient:innen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen. Letzterer prüft, ob die Qualität und Quantität der Behandlung und damit die Kostenabrechnung gerechtfertigt sind.

Ackroyd/Bolton (1999, S. 373–374) zeigten in einer aufwendigen Längsschnittstudie, dass das Management die Arbeitsleistung der Pflegefachkräfte über die Erhöhung des Patient:innen-Durchlaufs indirekt steuert. Die intrinsisch motivierten Pflegefachkräfte steigerten dabei ihre Arbeitsleistung, um ihrem Anspruch an eine fachlich gute Pflege trotz gestiegener Anzahl an Patient:innen gerecht zu werden (Ackroyd/Bolton 1999, S. 374; ähnlich Wright/Irving/Selvan Thevatas 2021, S. 1445). Ebenso werden die Liegezeiten der Patient:innen verkürzt (Kunkel 2021, S. 633).

Transparenz ist ein weiteres Steuerungsinstrument. So sollen detailliert dokumentierte Pflegeprozesse die Selbstkontrolle der Beschäftigten steigern und die indirekte Steuerung durch das Krankenhausmanagement erleichtern (Bär/Starystach/Hess 2022, S. 408; Manzei 2009).

Bolton (2004, S. 330) betont, dass die Unvorhersehbarkeit der Patient:innen-Interaktion, die ein zentraler Bestandteil der Pflegearbeit ist, eine genaue Vorgabe einzelner Arbeitsschritte ausschließt. Sind Arbeitsprozesse durch Flexibilität, „mangelnde Planbarkeit und Kontinuität, hohe Produktvariabilität bei geringen Stückzahlen“ (respektive Patient:innen-Zahlen) gekennzeichnet, dann sind (softwaregestützte) rigide Kontrollstrukturen deutlich schwerer umzusetzen als in einem Bereich, der durch „standardisierte Arbeitsabläufe und detaillierte Prozessvorgaben“ charakterisiert ist (Menz/Nies/Sauer 2019, S. 187).

Zwar verbreiten sich, wie Manzei (2009, S. 45–46) festhält, durch die *digitale Pflegedokumentation* betriebswirtschaftliche Anforderungen wie „Mess- und Kontrollverfahren des Accounting [oder] Abrechnungs- und Leistungsstandards“. Unklar bleibt allerdings, ob dies direkte technische Kontrolle impliziert. Technisch ermöglicht werden durch digitale Dokumentation – so viel wird deutlich – personenbezogene Kontrollmöglichkeiten, weil (erlösrelevante) Tätigkeiten einzelnen Pflegefachkräften einfacher zugeordnet werden können (Rüb et al. 2021, S. 51).

Die Möglichkeiten direkter Kontrolle müssen jedoch – wie eine Studie aus dem Vereinigten Königreich zeigt – bei der digitalen Dokumentation nicht zwangsläufig ausgeschöpft werden; die Gestaltung der Kontrolle durch Technik ist interessengeleitet (Petrakaki/Kornelakis 2016, S. 234).

Mitunter existiert durch die hohe intrinsische Motivation ein effektiveres Instrument zur (Selbst-)Organisation und (Selbst-)Kontrolle (Timmons 2003, S. 148–151).

Neben der digitalen Dokumentation befasst sich die Literatur auch mit den Kontrollpotenzialen von teil-automatisierten Anwendungen (Akbar/Lyell/Magrabi 2021; Hong et al. 2021). Teil-Automatisierung setzt auf die Digitalisierung auf, indem sie entweder Entscheidungsunterstützung bei der Pflegebehandlung ermöglicht oder Patient:innen-Daten automatisch erhebt und zwischen Softwaresystemen überträgt, welches sonst Aufgabe der Pflegekräfte ist (Bundesamt für Soziale Sicherung 2021, S. 22).

Die wenigen internationalen Studien zu Kontrollpotenzialen bei Teil-Automatisierung in der akutstationären Pflege legen nahe, dass sich die Handlungsspielräume durch den Wegfall von Arbeitsschritten nicht ändern und auch Entscheidungsempfehlungen als Unterstützung wahrgenommen werden (Hong et al. 2021; Mahabee-Gittens et al. 2018).

Insgesamt weist der Forschungsstand zur Pflegearbeit auf eine marktzentrierte Steuerung, die auf indirekter Kontrolle und Selbstorganisation beruht. Unklar ist jedoch, inwiefern die Möglichkeiten der direkten persönlichen Kontrolle bzw. der direkten Kontrolle durch Digitalisierung und Teil-Automatisierung ausgeschöpft oder die Bedeutung der verantwortlichen Autonomie ausgebaut werden.

2.2 Mitbestimmung des digitalen Wandels

Im Bereich der Unternehmenssteuerung spielen die Interessenvertretungen eine zentrale Rolle, indem sie als Gegengewicht zur willkürlichen oder für die Belegschaft nachteiligen Entscheidungen der Unternehmensleitung agieren. Betriebsräte, Personalräte sowie Mitarbeitervertretungen übernehmen dabei die Aufgabe, die Einhaltung von Gesetzen und Vorschriften durch die Unternehmensleitung sicherzustellen (Kontrollfunktion). Gleichzeitig verhandeln sie mit der Geschäftsleitung oder dem Vorstand über Regelungen, die über die gesetzlich festgelegten Standards hinausgehen, und verfügen in zahlreichen betrieblichen Angelegenheiten über Initiativrechte (Gestaltungsfunktion) (Müller-Jentsch 2021, S. 79–82; Streeck 2009, S. 40; ver.di 2022, S. 36).

Die Literatur diskutiert zudem die Rolle der Interessenvertretungen als Co-Manager. In solch einer Position nutzen sie ihre formellen und informellen Gestaltungsspielräume aktiv, um gezielt „Win-win“-Situationen zu schaffen (Müller-Jentsch 2021, S. 84). Es wird diskutiert, ob sie ihre Unabhängigkeit von der Unternehmensleitung wahren können (Funder 2018, S. 499).

Um ihren Aufgaben als Hüter von Gesetzen und Gestalter von Prozessen nachzukommen, steht allen Gremien das Recht auf frühzeitige und umfassende Bereitstellung von Informationen zu (Matuschek/Kleemann 2019, S. 194–195). Klassischerweise nutzen sie ihr Informationsrecht, um eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zu verhandeln und deren Umsetzung zu kontrollieren (Hoose/Haipeter/Ittermann 2019, S. 429).

Digitalisierung und Automatisierung in Betrieben haben potenziell *vielfältige* Folgen und sind themenübergreifend für die Mitbestimmung relevant (Hoose/Haipeter/Ittermann 2019). So können neue Software und Hardware als Arbeitsmittel mit dem Ziel der Entlastung eingeführt werden, jedoch ebenso zu arbeitsbedingter Beanspruchung führen (Schlicht et al. 2024). Zudem können mit der Veränderung von Tätigkeiten Anpassungsqualifizierungen der Beschäftigten notwendig werden.

Nicht zuletzt können neue digitale Anwendungen wie die seit einigen Jahren populären ERP-Systeme Kontrollpotenziale enthalten (Hoose/Haipeter/Ittermann 2019, S. 430). Unter den vielfältigen Beteiligungs- und Mitbestimmungsthemen, die bei der Digitalisierung relevant werden, haben Interessenvertretungen gerade bei diesem Thema eine an sich starke Ausgangslage: Der Gesetzgeber hat den Interessenvertretungen aufgetragen, über die Einführung und Anwendung von technischen Einrichtungen zu wachen – auch wenn die Technologie nur das Potenzial hat, Verhaltens- und Leistungsdaten aufzuzeichnen (Daum 2022, S. 48).

Für viele Interessenvertretungen ist der Ausschluss von Leistungs- und Verhaltenskontrolle ein traditionell wichtiges Thema, wie sechs Fallstudien zu Betrieben aus Elektro-, Automobil-, Finanz- und Medizintechnik-Branchen zeigen (Bahnmüller et al. 2023, S. 79). Sie legen in Betriebsvereinbarungen fest, welche Mitarbeiterdaten zu welchem Zweck erhoben, eingesehen und ausgewertet werden dürfen (Bahnmüller et al. 2023, S. 79). Der Abschluss solcher Vereinbarungen zum Ausschluss von Verhaltens- und Leistungskontrolle verläuft laut der Studie konfliktfrei (Bahnmüller et al. 2023, S. 79).

Aus anderen Fallstudien wird jedoch berichtet, dass aus der digitalen Transformation des Unternehmens spezifische Herausforderungen erwachsen, die zu Hürden bei der gelingenden Überwachung der getroffenen Regelungen werden können: Die Einführung einzelner Softwareanwendungen erfolgt häufig dezentral und unter hohem Zeitdruck. Es entstehen (gesamtbetriebliche) Pfadabhängigkeiten, die nur unter hohen Kosten und Zeitaufwand rückgängig gemacht werden können (Ittermann et al. 2019, S. 163–165; Matuschek/Kleemann 2019, S. 194–197; Rüb et al. 2021, S. 41 und S. 48f.).

In vielen Betrieben besteht eine unzureichende Informationslage über den Zweck, die Funktionsweise und die Auswirkungen der eingeführten

Software auf die Arbeitsorganisation (Matuschek/Kleemann 2018, S. 231–232). Digitalisierungsprojekte werden mitunter als „Geheimprojekte“ umgesetzt, wobei die Interessenvertretungen spät und oft nur oberflächlich informiert werden – selbst in Betrieben mit einer vertrauensbasierten Mitbestimmungskultur (Matuschek/Kleemann 2019, S. 202–203).

Darüber hinaus nutzen Interessenvertretungen ihr Informationsrecht nicht immer systematisch und umfassend, was die Möglichkeit zur Einflussnahme ebenfalls einschränkt (Matuschek/Kleemann 2018, S. 231–232). In der Folge sind sie häufig auch heute noch selektiv und spät beteiligt (Bahnmüller et al. 2023, S. 9; vgl. für Kliniken: Daum 2022, S. 48).

Der Einsatz digitaler und teil-automatisierter Anwendungen ist häufig zeitgleich Segen und Fluch für Beschäftigte. Wird jedoch diese Ambivalenz von positiven und negativen Folgen nicht verstanden, erfolgen einseitige Regelungen, welche die Betriebsparteien später wieder einholen (Bader/Kaiser 2023, S. 25–27).

Wenn die betrieblichen Sozialpartner zusammenarbeiten, hat sich insbesondere eine Strategie zur erfolgreichen und schnellen Umsetzung von Projekten bewährt: Es werden gemeinsam sowohl die positiven als auch die negativen Folgen der digitalen Anwendungen für Arbeit verstanden und geregelt (Sowohl-als-auch-Strategie). Hierfür einigen sich die Betriebsparteien bisweilen auf einen neuen Stil der Zusammenarbeit, der stärker inhaltsgetrieben und problemorientiert ist als die frühere Zusammenarbeit zwischen ihnen (Bader/Kaiser 2023, S. 23–26).

Dazu gehört auch, dass Pilotierungsphasen unter direkter Beteiligung der Beschäftigten durchgeführt und als Pilotierung mit offenem und gestaltbarem Ergebnis ernst genommen werden (Bader/Kaiser 2023, S. 6).

Die Studienzahl zu Mitbestimmung bei der Digitalisierung im Krankenhaus ist gering. Rüb et al. (2021, S. 10) stellen fest, dass die „(Früh-) Phase betrieblicher Digitalisierung“ branchenübergreifende keine signifikanten Eskalationsdynamiken hervorruft (vgl. auch Bahnmüller et al. 2023, S. 12). In Kliniken eines privaten Krankenhauskonzerns wurden auftretende Konflikte letztlich „aufgrund eines so wahrgenommenen doppelten Sachzwangs aus technischem Fortschritt und Wettbewerbsbedingungen“ (Rüb et al. 2021, S. 46) kooperativ bearbeitet (Bringmann/Petersen/Staab 2024).

Darüber hinaus wird berichtet, dass lokale Betriebsräte bei der Einführung digitaler Anwendungen – wie auch bei anderen technischen Neuerungen – die Vermeidung von Verhaltenskontrollen als zentralen Mitbestimmungspunkt verhandelten. Nach der beinahe zum „vollständigen Zusammenbruch des Arbeitsprozesses“ (Rüb et al. 2021, S. 53) führenden Einführung eines Krankenhausinformationssystems, die aufgrund der hohen Belastung der Mitarbeitenden auftrat, richtete der Betriebsrat sein Au-

genmerk verstkt auf Fragen der Arbeitsorganisation. Damit erweiterte er den thematischen Fokus über die reine Verhaltenskontrolle hinaus.

Die branchenübergreifende Nutzung von Software stellt neue Anforderungen an die betriebliche Mitbestimmung. Insbesondere im Krankenhausbereich fehlen jedoch fundierte Erkenntnisse über die gelebten Strategien zur Regulierung von Verhaltens- und Leistungskontrolle. Offene Fragen betreffen die Haltung und das Vorgehen betrieblicher Mitbestimmungsakteure in Bezug auf die Digitalisierung und Teilautomatisierung der Pflegearbeit – insbesondere angesichts der zunehmenden Möglichkeiten zur direkten Verhaltens- und Leistungskontrolle.

3. Methodik

3.1 Quantitative Datenauswertung

Die quantitative Auswertung basiert auf Daten des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2020 (SOEPcore, v37) (Goebel et al. 2019). Die Stichprobe umfasst 398 Pflegekräfte aus Kliniken.¹ Ausgeschlossen aus der Stichprobe sind Leitungskräfte, selbstständige Pflegekräfte und Pflegekräfte in Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten.

Es wird eine multivariate OLS-Regression gerechnet (OLS: Ordinary Least Squares). Es können mit diesem Modell existierende Zusammenhänge, jedoch keine kausale Wirkungsrichtung festgestellt werden. Nicht beobachtete Faktoren können die Ergebnisse beeinflussen. Eine Power-Analyse und weitere Robustheitstests bestätigen die Ergebnisse.²

Die Variable *Handlungsautonomie* ist ein Mittelwert-Index. Er kombiniert Items zur Autonomie bei der *Ausführung*, dem *Tempo* und der *Reihenfolge* von Arbeit. Der Index wird mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse validiert. Die drei Items werden wie folgt erhoben: „Bitte denken Sie nun an Ihre Arbeitssituation im letzten Monat. Wie häufig kam es vor, dass Sie 1. selbst darüber bestimmen, wie Sie Ihre Arbeit ausführen? 2. Ihr Arbeitstempo selbst bestimmen? 3. Die Reihenfolge Ihrer Arbeitsaufgaben selbst bestimmen? Immer, oft, manchmal, fast nie, nie“.

Die Nutzung digitaler Arbeitsmittel wurde einmalig in dem Jahr 2020 im SOEP gemessen. Die Teilnehmenden wurden gefragt: „Wie häufig nutzen Sie folgende digitale Arbeitsmittel im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit? Mehrmals täglich, täglich, wöchentlich, seltener, nie.“

Den *digitalen Reifegrad von pflegerischen Arbeitsplätzen* operationalisieren wir wie folgt: Der *analoge Arbeitsplatz* umfasst Pflegekräfte, die höchstens täglich mit einem PC, Laptop und/oder Tablet arbeiten. Erst wenn Pflegekräfte in einem deutschen Krankenhaus diese Geräte mehrmals täglich nutzen, ist dies als Proxy für ein etabliertes elektronisches Pflegedokumentationsmodul innerhalb eines Krankenhausinformationsystems zu verstehen.

Der *digitalisierte Arbeitsplatz* umfasst Pflegekräfte, die mehrmals täglich mit einem stationären PC, Laptop oder Tablet arbeiten.

Der *digitalisierte und teilautomatisierte Arbeitsplatz* umfasst nicht nur Pflegekräfte, die mehrmals täglich mit einem stationären PC, Laptop oder

1 Die Abgrenzung erfolgte gemäß KldB 2010 (inkludiert: 82101, 82102, 82182, 82183, 81301, 81302, 81313, 81323, 81353, 81382) und NACE 2 (inkludiert: 86).

2 DO-Dateien, die deskriptive Darstellung der Daten und die Robustheitstests können gern bei den Autor:innen angefordert werden.

Tablet arbeiten, sondern schließt auch Pflegekräfte ein, die zusätzlich mehrmals täglich mit Systemen arbeiten, die Informationen automatisch verarbeiten (z. B. Patientendaten in die Dokumentation übertragen) und Informationen auswerten (z. B. Monitoringsysteme mit Alarmmanagement), und/oder mehrmals täglich mit digitalen Messgeräten arbeiten (die Daten in die Dokumentation überführen, z. B. Blutzuckermessgeräte).

3.2 Betriebsfallstudien

Darüber hinaus führten wir Intensivfallstudien in vier überdurchschnittlich digitalisierten Kliniken in Deutschland durch. Auf allen Stationen ist ein Informationssystem inklusive eines Dokumentationsmoduls eingeführt, das Pflegekräfte mehrmals täglich nutzen. Das Informationssystem ist mit Systemen im Labor und der Radiologie vernetzt und ermöglicht es Pflegekräften, digital Aufträge zu versenden. Auf der Intensivstation ist das Dokumentationsmodul mit automatisierten Monitoringgeräten und auf Normalstationen mitunter mit digitalen Messgeräten vernetzt.

Einige der Kliniken verfügen darüber hinaus über ein geschlossenes Medikationssystem, Entscheidungsunterstützung bei der Dokumentation oder ein Kommunikationssystem zwischen Klinik und Rettungsdienst.

Die Krankenhäuser unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Trägerschaft, Größe und ihres Einzugsgebietes. Zwei von ihnen stehen unter konfessioneller Trägerschaft: Eines ist ein Maximalversorger in einer ländlichen Region, das andere ein Regelversorger in einem urbanen Ballungsgebiet. Die dritte und vierte Klinik sind Maximalversorger eines öffentlichen bzw. gemeinnützigen Trägers.

Die Datenerhebung erfolgte zwischen 2022 und 2024 und konzentrierte sich auf Hard- und Software, die für Pflegekräfte in Kliniken relevant ist. Insgesamt wurden 57 Interviews geführt und ausgewertet. Die Mehrheit der Interviews wurde mit Pflegekräften während ihrer Arbeitszeit geführt. Hinzu kommen Interviews mit Beschäftigtenvertretungen, dem Krankenhausmanagement, der IT-Abteilung und dem Controlling.

Die Interviews wurden durch teilnehmende Beobachtungen auf 17 Stationen (Notaufnahmen, Intensiv- und Normalstationen) ergänzt, die bis zu 16 Stunden andauerten. Das gesammelte Material wurde mittels inhaltsanalytischer Methode nach (Mayring/Fenzl 2019) ausgewertet, die Interviewauszüge wurden zur besseren Lesbarkeit geglättet.

4. Nach der Kontrolle kommt die Entlastung

4.1 Pflegearbeit zwischen Kontrolle und Autonomie

Eine häufig geäußerte Sorge ist, dass die *Digitalisierung der Pflegedokumentation* den Leitungskräften die Möglichkeit bietet, ihre Mitarbeitenden stärker zu kontrollieren (Rüb et al. 2021, S. 51). Leitungskräfte können digital schneller auf mehr Informationen zugreifen (Fachinger/Mähs 2019, S. 121; Manzei 2011, S. 212–217; Petrakaki/Klecun/Cornford 2016, S. 219). Doch wird das Kontrollpotenzial genutzt? Wir untersuchen mit repräsentativen Daten, wie sich die Handlungsautonomie von Pflegekräften tatsächlich unterscheidet.

Unsere Berechnungen zeigen, dass sich die Handlungsautonomie von Pflegekräften, die mehrmals täglich mit PC, Tablet und/oder Laptop arbeiten (digitalisierte Arbeitsplätze), nicht signifikant von Pflegekräften unterscheidet, die nahezu analog arbeiten (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: OLS-Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem digitalen Reifegrad der Arbeitsplätze von Pflegekräften und ihrer Handlungsautonomie im Krankenhaus (Jahr: 2020)

Abhängige Variable	Handlungsautonomie
digitaler Reifegrad (Referenzkategorie: analoge Arbeitsplätze)	
digitalisierte Arbeitsplätze	-0,268 (Konfidenzintervall: -0,6756; 0,1388)
digitalisierte und teil-automatisierte Arbeitsplätze	-0,264 (Konfidenzintervall: -0,7577; 0,2289)
R ² adj.	0,0781
N	398

Anmerkung: kein signifikanter Zusammenhang ($p \geq 0,05$); robuste Standardfehler; gewichtete Ergebnisse; Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, tatsächliche Arbeitszeit, Anforderungsniveau der Tätigkeit, Betriebsgröße, Beschäftigungsbedingungen, Zeitpunkt des Interviews.

Quelle: SOEP, v37

Das bedeutet, dass Pflegekräfte, die mehrmals täglich digital dokumentieren und mit anderen Berufsgruppen oder Abteilungen (bspw. Labor) digital kommunizieren (digitalisierte Arbeitsplätze), keine häufigere Sanktion durch Vorgesetzte wahrnehmen als ihre Kolleg:innen in anderen Häusern, welche die gleichen Tätigkeiten mit Papier und Telefon verrichten. Ebenso wenig erhalten sie mehr Handlungsspielräume.

Dieses Ergebnis deckt sich mit den von uns durchgeföhrten Betriebsfallstudien in vier überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhäusern. Auf keiner der untersuchten Stationen nehmen die Pflegekräfte digitalisierungsinduzierte Autonomieeinbußen wahr. Die Pflegekräfte können nach wie vor in ihren durch ärztliche Anordnungen, Pflegestandards und Patient:innen-Anforderungen gerahmten Handlungsspielräumen eigenständig über Qualität, Reihenfolge und Geschwindigkeit beim Erfüllen von Arbeitsaufgaben entscheiden (PN-KM 11, Z. 1455–1486; PR-GM 126,

Z. 414–431, 596–600; bestätigt durch Beobachtungen in den vier untersuchten Häusern).³

„Und dann sortierst du für dich, was ist für diesen Patienten an diesem Tag erstmal entscheidend. Aber dass wir jetzt so eine komplette Durchstrukturierung seitens der Stationsleitung beispielsweise haben, in dem Sinne gibt es nicht, dass wir von A nach B nach C / du kannst A, D, F, E, das kannst du in quasi beliebiger Reihenfolge für dich selber organisieren. Da sind wir hier relativ frei.“ (PI-ÖM 84, Z. 411–420)

Zwar erleichtert der Einsatz von *digitaler Dokumentation* die Kontrolle der Arbeitsleistung von Pflegekräften, wie uns Stationsleitungen berichten (SGC-KM 12, Z. 723–725). Dies wird auch von den Pflegekräften wahrgenommen, die personalisierte und digitale Dokumentation von Pfleemaßnahmen ist „natürlich viel, viel nachvollziehbarer, als wenn du 25.000 Zettel irgendwie durchguckst“ (PN-ÖM 99, Pos 315–318).

Trotz technisch erweiterter Kontrollmöglichkeiten erfolgt die Kontrolle der Arbeit von Pflegekräften durch die Stationsleitung weiterhin punktuell (PI-KM 13, Z. 106–115). Nur vereinzelt ist es uns begegnet, dass die Stationsleitung jeden Tag strukturiert jede Dokumentation kontrolliert. Ebenso vereinzelt ist uns begegnet, dass nur anlassbezogen bei groben Beschwerden oder Pflegefehlern kontrolliert wurde. Interessant ist, dass die Stationsleitungen vor allem die Vollständigkeit der Pflegedokumentation kontrollieren und selten die Qualität der ausgeführten Maßnahmen (SU-KR 40, Z. 765–768).

Die Bedeutung einer möglichst vollständigen Dokumentation leitet sich einerseits aus einem Sicherheitsbedürfnis der Pflegekräfte und Stationsleitungen gegenüber der seitens der Patient:innen vorgeworfenen Pflegefehler ab (SN-ÖM 102, Z. 94–117). Zudem dient die Dokumentation als Argumentationsgrundlage gegenüber den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Eine detaillierte Pflegedokumentation vermeidet aus Sicht des Krankenhauses vor allem die Zahlung von Bußgeldern und ist insofern erlössichernd.

Wie wir an anderer Stelle dargestellt haben (2024, S. 14), ist die Dokumentation von Pflegemaßnahmen gegenüber der Qualität ihrer Durchführung kontrollbedürftiger. Pflegekräfte wollen qua ihres beruflichen Selbstverständnisses eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleisten. Die Dokumentation ist zwar erlössichernd, aber meist kein Teil des beruflichen Selbstverständnisses und muss deshalb eher kontrolliert werden. Die Abrechnung von konkreten Pflegemaßnahmen erzielt, laut Aussage

³ Die Zitation liest sich wie folgt: „PN-KM“: „P“ Pflegekraft, „N“ Station Notaufnahme, „KM“ Konfessioneller Maximalversorger, „11“: Interviewnummer 11, „Z. 1455–1486“: Zeilenangaben.

des Erlösmanagements, nur Erlöse im einstelligen Prozentbereich an allen Erlösen des Krankenhauses, insb. erlösrelevant sind etwa Maßnahmen der Intensivstation oder Wundmanagement (SI-KM 21, Z. 690–694; EM-ÖM 85, Z. 384–405).

Unabhängig davon, ob eine Stationsleitung eigenständig oder durch das Medizincontrolling auf Fehler in der Dokumentation aufmerksam wurde, reagiert sie lediglich mit weichen Sanktionen in Form von persönlichen Gesprächen. Der Kontrollmodus in der akutstationären Pflege baut vor und nach der Digitalisierung auf Vertrauen (PN-KR 44, Z. 324–326). Dieses Vertrauen wird häufig durch eine positive Fehlerkultur ergänzt, wie die Stationsleitung einer Notaufnahme deutlich macht:

„Prinzipiell macht ja niemand einen Fehler, weil er böswillig reagiert. Also, meistens haben sie keine Zeit dafür oder es [ist] einfach so viel los, dass es einfach schwer ist, da hinterherzukommen, ja? Und da muss man einfach gucken, woran lag es. Natürlich spricht man manchmal Sachen an: ‚Wäre schön, wenn ihr es reingeschrieben hättest.‘“ (SN-ÖM 119, Z. 154–158)

Mit zunehmendem digitalem Reifegrad zieht nicht nur die Digitalisierung in den Pflegealltag ein, sondern auch die Teil-Automatisierung. Wir haben ebenso untersucht, wie sich die *Teil-Automatisierung* von Pflegearbeit auf die Handlungsspielräume auswirkt. Der Einsatz von Geräten mit Software, welche die Daten *automatisch* in andere Systeme überträgt und/oder auswertet, führt – so die Annahme in der Literatur – nicht zu einer Veränderung der Handlungsautonomie. Unsere Berechnungen bestätigen diese Annahme. Denn auch der Unterschied zwischen einem nahezu analogen Arbeitsplatz und einem digitalisierten *und* teil-automatisierten Arbeitsplatz ist statistisch nicht signifikant (s. Tabelle 1).

Auch dieses Ergebnis spiegelt sich in den qualitativen Betriebsfallstudien wider. Pflegekräfte berichten, dass Übertragungsfehler zwischen zwei Medikationskurven reduziert werden, weil die verabreichten Medikamente digital automatisch kontinuierlich dokumentiert werden (SR-GM 122, Z. 110–114). Fehler bei der Berechnung von Bilanzen entfallen, weil das System die Zu- und Abfuhr von Flüssigkeiten berechnet (PDMS-KR 49, Z. 816–823). Die *automatisierte Übertragung* von Daten benötigt also keine stärkere Kontrolle der Pflegekraft durch die Leitung, denn Technik minimiert menschliche Übertragungsfehler.

Teil-Automatisierung erfüllt neben der Übertragung noch eine zweite Funktion in der Pflege: Die *automatisierte Auswertung* von Daten wird zur Entscheidungsunterstützung in der Pflege eingesetzt, etwa für hörbare Alarmsignale beim Vitaldatenmonitoring, Scores bei der Pflegedokumentation oder visuelle Hinweise zu Kontraindikationen bei Medikamenten.

Auf den Stationen wird sichtbar, dass das technische Kontrollregime die Autonomie der Pflegekräfte häufig fördert und vorsieht. So sind softwareseitig vorgeschlagene Pflegemaßnahmen optional. Sie basieren zudem auf Daten, welche die Pflegekräfte während der Pflegeeinschätzung selbstständig dokumentierten (SIN-KR 50, Z. 152–163). Grenzwerte von Alarmen, die auf einen kritischen Zustand von Patient:innen hinweisen, können von den Pflegekräften ebenfalls angepasst werden (Beobachtung Notaufnahme, KM). Schließlich müssen automatisch erhobene Vitalwerte von den Pflegekräften validiert und können einmal dokumentierte Maßnahmen nachträglich noch geändert werden (SI-GM 123, Z. 75–102).

Dies berichtet auch die Pflegekraft einer Intensivstation auf die Frage, inwiefern die eingesetzte Software ihre Arbeit kontrolliert:

„Und ist noch in diesem Maße, wie wir es nutzen, noch zu sehr manipulierbar, finde ich. Dadurch, dass sie sich immer rückversichert, ne? Stimmt das, was ich gemessen habe? Ich als Anwender muss es ja validieren. Oder wenn ich meinetwegen nachträglich noch etwas eintragen kann. Diese Möglichkeit gibt es ja immer, ne?“ (PI-KM 14, Z. 367–372)

Dieses Ergebnis zur Entscheidungsunterstützung deckt sich mit der qualitativen Studie von (Hong et al. 2021, S. 234), wonach Pflegekräfte der Software nicht blind vertrauen.

Es ist festzuhalten, dass sich die Handlungsautonomie von Pflegekräften in digitalisierten und/oder teil-automatisierten Arbeitsplätzen nicht von Pflegekräften in nahezu analogen Arbeitsplätzen unterscheidet. Der Einsatz umfassender, datenintensiver Software wird nicht als eine Intensivierung direkter persönlicher oder direkter technischer Kontrolle empfunden. Ebenso wenig zeigt sich eine Erweiterung von Handlungsspielräumen. Auch dies wäre eine denkbare Alternative gewesen.

Dieses Ergebnis überrascht angesichts zahlreicher Studien aus anderen Dienstleistungsbranchen, die auf eine digitalisierungsinduzierte Beschränkung von Handlungsspielräumen der Beschäftigten hinweisen (Ehrlich/Engel 2019; Henaway 2023). Wieso ist das in der Pflege in Krankenhäusern aktuell nicht der Fall?

Eine Erklärung liefert die in den von uns untersuchten Krankenhäusern betriebliche gelebte Kontrollaversion: Intensivierte direkte Kontrolle der Arbeit von Pflegekräften kann aus Sicht der Akteure im Krankenhaus grobschlächtig mit *unbewollt* und *unnötig* auf den Punkt gebracht werden kann. Zwar zeigt sich eine neue Sehnsucht des Managements nach Steuerung des Personaleinsatzes. Deren Umsetzung ist (gegenwärtig) jedoch *unmöglich*.

Vor dem Hintergrund des hohen Personalbedarf in der akutstationären Pflege erscheinen rigide Kontrollstrukturen aus Sicht der Managements kontraproduktiv. Sie würden einen Bruch mit den bestehenden Hand-

lungsspielräumen der professionell Pflegenden bedeuten und potenziell eine Verschärfung des Personalmangels durch unzufriedene Beschäftigten riskieren (PDM-ÖM 95, Z. 317–339).

„Wir machen aber aktuell nicht so einen breiten Bericht, der auch Campus-übergreifend ist. Ich glaube, dass es in der aktuellen Lage, bei dem hohen Mangel, den wir haben. [...]. Wir erleben viele Nachwirkungen der Corona-Pandemie noch, die jetzt eigentlich erst sichtbar werden, durch Krankenstand, durch Erschöpfung, durch was weiß ich. Ist es nicht der richtige Moment, ein breiteres Management. Weil es im Moment, glaube ich, nur negativ gesehen wird.“ (PDM-ÖM 95, Z. 317–339)

In diesem Zitat wird deutlich, dass die verstärkte Kontrolle in jedweder Form, als direkte persönliche Kontrolle oder als indirekte, Kennzahlen-gesteuerte Kontrolle, aufgrund der Arbeitskräfteknappheit *ungewollt* ist.

Sie ist zudem *unnötig*, so unsere Interpretation, wenn es um die optimale Versorgung der Patient:innen geht. Die von uns interviewten Pflegekräfte sind qua ihres beruflichen Selbstverständnisses durchweg hoch intrinsisch motiviert. Die Patient:innen sollen „sicher versorgt [werden] und keiner zusätzlichen Gefährdung ausgesetzt [werden]“ (SI-ÖM 77, Z. 679–682). Pflegemaßnahmen wie die Verabreichung von Medikamenten sind „richtig [zu] kontrollieren und richtig [zu] verabreichen“ (PIN-KR 52, Z. 279–281). Schließlich sollen Patient:innen auch als Menschen wahrgenommen werden, die man dort „abfängt, wie sie gerade irgendwo sind“ (PN-KM 11, Z. 620–621).

Die Stationsleitung einer Dermatologie bringt das Zusammenspiel aus einer ergebnis- und bedarfsorientierten Pflege, die sowohl Qualitätsstandards als auch das Menschsein anerkennt, treffend auf den Punkt:

„Es fängt ja schon an, wenn der Patient zu uns auf Station kommt, das Ziel ist klar definiert. Am Ende seines Aufenthalts muss dieser Tumor irgendwie raus sein. Ich glaube, dieses Ziel haben hier alle vor Augen. Und dann ist es aber noch patientenabhängig. Ist er jetzt fit und mobil und versorgt sich selbst und wünscht sich eigentlich nur von uns, dass wir eins, zweimal am Tag reingucken und fragen, ob alles gut ist.“ (SD-ÖM 92, Z. 153–161)

Parallel zu der hier skizzierten Kontrollaversion sehen wir Hinweise auf einen digitalen Steuerungswunsch des Managements, der die marktzentrierte Kontrolle intensiviert.

Aktuell wird der Arbeitsprozess der Pflegekräfte stark über das Patient:innen-Aufkommen (Marktnachfrage) gesteuert. Zukünftig soll nun durch die Vernetzung von Softwareanwendungen die Marktnachfrage noch differenzierter erfasst werden, um Pflegekräfte bedarfsgerecht zwischen Stationen zu verschieben (Beobachtung ÖM; PDM-KM 1, Z. 403–409; MAV-KR 37, Z. 48–62, 75–82). So soll über den zukünftig geplanten Einsatz eines Dashboards der Pflegeaufwand von Patient:innen in Echt-

zeit abgebildet werden, um Personalressourcen zielgerichtet einsetzen zu können.

„Und das andere ist die pflegerische Versorgung, wo wir merken: Mensch, auf dem einen Bereich gibt es wirklich gerade sehr, sehr herausfordernde Pflegesituationen. Wie können wir da nochmal jemanden mit hinschicken? Wie können wir da nochmal unterstützen? Wie können wir mit den Bereichen sprechen? Was brauchen die dort? Wie sind wir gerade in unserer Sturz-Situation unterwegs und in unserer Wunddokumentation unterwegs? Und da, um wesentlich schneller zu handeln. Wir sind jetzt auch, ne? Obwohl wir digitalisiert sind, sind wir immer nur noch am Nachgang zu schauen.“ (PDM-KM 1, Z. 403–409)

Dieses Ziel wird in einem anderen Krankenhaus bereits durch den Bau einheitlicher Stationen vorbereitet, die den flexiblen Einsatz und die Orientierung von Pflegekräften auf unterschiedlichen Stationen räumlich unterstützen sollen (PDM-ÖM 95, Z. 235–266). Ein anderes Mittel zur Verbesserung der personellen Steuerung: algorithmenbasierte Dienstleistungssatzungsprogramme, die anzeigen, ob eine Schicht auf einer Station über- oder unterbesetzt ist, verwendet in Kombination mit einem App-basierten Marktplatz, auf dem unbesetzte Dienste angeboten werden können (MAV-KR 37, Z. 48–62, 75–82).

Allerdings befinden sich auch die von uns untersuchten überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhäuser noch inmitten ihres Transformationsprozesses. Sie verfügen bisher nicht über die technischen Möglichkeiten zur Vereinheitlichung von Schnittstellen, um das neue Ausmaß der Flexibilisierung weiter voranzutreiben (Beobachtung KM, ÖM).

Die vom Krankenhausmanagement verfolgte Vision einer systemischen Rationalisierung und Prozessdigitalisierung deutet auf eine Intensivierung dieses indirekten Steuerungsmodus hin, indem der Personaleinsatz technisch vermittelt flexibilisiert und direkt gesteuert werden soll. Zentrale Instrumente zur Realisierung dieser Vision sind u. a. die Kombination von Softwaresystemen und die Visualisierung via Dashboards.

Diese Vision geht aufgrund von Schnittstellenproblemen und mangelnden finanzielle Ressourcen bisher nicht auf. In den von uns untersuchten Kliniken ist die abteilungsübergreifende Steuerung von Arbeit mit dem Ziel der Flexibilisierung des Personaleinsatzes technisch noch *unmöglich*.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Handlungsfreiheit von Pflegekräften in vernetzten Arbeitsplätzen nicht stärker eingeschränkt ist als in analogen Arbeitsplätzen. In den von uns untersuchten Krankenhäusern wird – mit Ausnahme der punktuellen Kontrolle der Dokumentation – eine betriebliche Kontrollaversion gelebt, die grobschlächtig mit *ungewollt* und *unnötig* auf den Punkt gebracht werden kann. Neue Versuche einer verstärkten Marktzentrierung mit dem Ziel einer flexibleren Steuerung des

Personaleinsatzes sind (gegenwärtig) technisch *unmöglich*. Welche Rolle spielt dabei die betriebliche Mitbestimmung?

4.2 Mitbestimmung in vernetzen Kliniken

Die Interessenvertretungen in den vier Krankenhäusern gehen ihrer Rolle als Hüter der Leistungs- und Verhaltenskontrolle nach. Eine Rahmenvereinbarung schließt formal jede Form der Verhaltens- und Leistungskontrolle der Mitarbeitenden aus (MAV-KM 31, Z. 150–178; Beobachtung ÖM; BR-GM 130, Z. 381–387). Die Rahmenvereinbarung wird durch Datenschutzfolgeabschätzungen auf Basis der DSGVO gestärkt: Es sollen gar nicht erst Daten jenseits der softwarespezifischen Zweckbindung erhoben werden, die dann zu Kontrollzwecken genutzt werden könnten (BR-GM 130, Z. 381–387, 415–424).

Bei der Planung und Vorbereitung des Softwareeinsatzes entstehen Arbeitskonflikte. Diese drehen sich jedoch nicht um das Ausmaß von direkter Kontrolle. Denn die Leitungsebene lebt die bereits dargestellte „Kontrollaversion“ und verfolgt demnach auch keine Kontrollintention im engeren Sinne. Zu Konflikten kommt es aufgrund fehlender Anerkennung der Interessenvertretungen in ihrer Hüter-Funktion, versinnbildlicht in der Missachtung ihrer Informations- und Beteiligungsrechte.

„Gute Mitbestimmung ist eigentlich, wenn das, was theoretisch im Betriebsverfassungsgesetz steht, umgesetzt wird. Sprich, der Betriebsrat ist rechtzeitig und umfassend in alle Sachen mit einzubeziehen. [...] Also, ich werde immer grillig, wenn ich irgendwie über die Ecke herauskriege, dass gerade irgendwas passiert, was sie uns nicht sagen. Oder wenn irgendwas passiert ist, und sie irgendwie nach einem halben Jahr kommen und sagen: ‚Jetzt müsst ihr mal ganz schnell Ja sagen.‘“ (BR-GM 130, Z. 165–171)

Die Wahrung ihrer Rechte gelingt den Interessenvertretungen dann, wenn sie im Alltagsgeschäft einen grundlegend kooperativen Stil vertreten, aber bei der Missachtung ihrer Rechte Konflikte nicht scheuen (GPR-ÖM 107, Z. 248–261; MAV-KM 17, Z. 603–610; BR-GM 130, Z. 165–183) (vgl. Bader/Kaiser 2023, S. 22):

„Also inzwischen würde ich sagen, geht es ganz gut, weil am Anfang, als es halt gehakt hat, haben wir dann auch Projekte gestoppt. Also das ist ja dann die Konsequenz, wenn einfach losgelegt wird. [...] sage ich jetzt mal, eigentlich inhaltlich war das Projekt okay. Aber der GPR wurde nicht beteiligt. Und es waren ganz viele Fragen aufgrund des Datenschutzes und, und, und. Und schlimmstenfalls wird dann auch ein Projekt, was sie ohne Beteiligung des GPRs durchgeführt haben, gestoppt. Und dann haben die ein Problem, [...] mit den Firmen, die sie da eben mit reingeholt haben.“ (GPR-ÖM 107, Z. 248–255)

Die erfolgreiche Bearbeitung eines solchen Anerkennungskonflikts gelang in drei Betriebsfällen und endete mit der Formalisierung und dauerhaften Institutionalisierung von vielfältigen Kommunikationskanälen (MAV-KM 31, Z. 150–275; GPR-ÖM 107, Z. 248–261, 464–467; BR-GM 130, Z. 201–212; vgl. für die Industrie: Hoose/Haipeter/Ittermann 2019, S. 431): Die Dienstvereinbarung regelt den Abstimmungsprozess.⁴ Es finden regelmäßige Jours fixes zwischen Verteter:innen der Leitungsebene, der IT-Abteilung und der Interessenvertretung zum Stand der Planung und Durchführung von Digitalisierungsprojekten statt.

Zur Vorbereitung kommt standardmäßig eine Checkliste zum Einsatz, die zwischen den Betriebsparteien abgestimmt wurde und die den Ausschluss von Verhaltenskontrolle, die Einhaltung des Datenschutzes, das Vorhandensein eines Schulungskonzeptes und die Einschätzung von Personalressourcen während der Pilotphase dokumentiert.

Bereits skizziert wurde die *Vision der Flexibilisierung des Personaleinsatzes*. Sie wirft den Schatten eines potenziellen Arbeitskonflikts voraus. Zwei Interessenvertretungen erleben bzw. antizipieren diesen Steuerungswunsch des Krankenhausmanagements und stehen ihm skeptisch bis kritisch gegenüber (Beobachtung ÖM; KR), wie am folgenden Zitat deutlich wird: „Wir lassen unsere Kollegen und Kolleginnen nicht von Zahlen steuern.“ (Beobachtung KR).

Konkrete Kritikpunkte sind, dass alle Pflegefachkräfte bei Personalengpässen gleichwertig verschoben würden. Es müssten qualitative Kriterien ergänzt werden, sodass Pflegefachkräfte mit besonderen Funktionen (z.B. Leitungskräfte und Ausbilder:innen) ausgenommen sind. Zudem wird befürchtet, dass es bei großen Engpässen zu einer Verschiebung der Belastung von Stationen mit gesetzlichen Pflegepersonaluntergrenzen hin zu Stationen ohne Pflegepersonaluntergrenzen käme. Es bräuchte vor der digitalen Flexibilisierung des Personaleinsatzes verbindliche Personalschlüssel für alle Stationen (Beobachtung KR).

Angesprochen auf die digitale Transformation ihres Unternehmens, prägt alle vier Interessenvertretungen ein „Entlastungsoptimismus“ bis hin zu einer „Entlastungssehnsucht“. Digitalisierung könne – gerade bei der Dokumentationsarbeit – Zeit freisetzen.

„[Die Beschäftigten] sollen keine Angst davor haben, es muss barrierefrei sein und sie sollen vielleicht auch ein bisschen Spaß daran haben. Es geht schneller, es geht einfacher, ich klicke hier, ich klicke da, ich kriege eine Antwort. Wenn das dabei rauskommt und eine Hotline, wo ich Hilfe schreien kann, und da kommt auch einer.“ (GPR-ÖM 107, Z. 841–845)

⁴ Zur erfolgreichen Bearbeitung des Konflikts und der Etablierung neuer Kommunikationskanäle, etwa der Erarbeitung einer Checkliste, ziehen die Interessenvertretungen häufig externe Sachverständige hinzu (vgl. etwa BR-ÖM 109, Z. 454–460).

Es wird berichtet, dass ein umfassender Softwareeinsatz bereits jetzt gegen Personalreduktion und damit einhergehende Arbeitsverdichtung wirke (MAV-KM 31, Z. 899–923). Auch weil der Dokumentationsaufwand über die letzten Jahrzehnte so gestiegen sei, wäre die Einsparung von Arbeitsschritten notwendig (BR-GM 130, Z. 137–146).

Alle Interessenvertretungen wissen nicht nur um die positiven Folgen, sondern erleben im Alltag auch die negativen Folgen. Sie treten in Form von Mehrarbeit auf, etwa bei nicht funktionierender Software und Hardware, Medienbrüchen und mangelhaftem technischem Support durch den Softwareanbieter (Bringmann/Petersen/Staab 2024). Zeitgewinne gäbe es entsprechend nur, „wenn ich die Digitalisierung gut gestalte“ (MAV-KM 31, Z. 32).

Interessanterweise zeigt sich, dass durch eine institutionalisierte *und* gelebte Kontrollaversion im Betrieb ein neuer Handlungsspielraum für die Betriebsparteien entsteht und dass sie diesen auch für die Gestaltung des Entlastungspotenzials in der Digitalisierung nutzen.

„Da sind halt viele Hürden, die wir damals, sage ich mal, im Rahmen [...] [des Konflikts] durchgegangen haben, die uns jetzt aber immer wieder helfen, eigentlich bei jeder einzelnen Software. Weil, wir müssen nicht mehr groß diskutieren.“ (PR-ÖM 109, Z. 464–467)

So konnten die Interessenvertretungen in drei der vier untersuchten Krankenhäuser Anerkennungs-Konflikte um ihre Hüter-Funktion erfolgreich bearbeiten. Seitdem wird die Einhaltung der Rahmenvereinbarung durch vielfältige und beständige Kommunikationskanäle überwacht: durch die regelmäßige Zusammenarbeit zwischen Leitungsebene, IT-Abteilung und Interessenvertretung im Rahmen von Jour Fixes und die Nutzung einer gemeinsamen Checkliste in der Planungsphase. Die Checkliste dient der „Selbstkontrolle“ auch mit Blick auf arbeitsbedingte Belastungsfaktoren wie fehlende oder mangelhafte Schulungskonzepte und fehlende Barrierefreiheit der Software.

Zwei der untersuchten Betriebe gehen noch einen Schritt weiter. Die Interessenvertretungen sind bei der Planung und Auswahl der Softwareanbieter bzw. -produkte aktiv dabei. Denn in beiden Krankenhäusern haben die Betriebsparteien die Lernerfahrung gemacht, dass sie nicht nur datenschutzrechtliche, sondern auch *arbeitsorganisatorische* Folgen für die Beschäftigten frühzeitig abschätzen müssen (PDM-KM 1, Z. 36–37; MAV-KM 31, Z. 1169–1194; Beobachtung PM; ähnlich: Rüb et al. 2021, S. 49–55). Erst als unerwartet doch Probleme auftraten, wurde deutlich, dass es hier Etwas zu regeln gibt (MAV-KM 31, Z. 150–185).

Sie nehmen an den Anbieterpräsentationen teil und sind in Arbeitsgruppen, in denen die Auswahl des Anbieters gemeinsam entlang des

Lastenhefts beraten, und in einem Krankenhaus sogar einvernehmlich entschieden wird (MAV-KM 31, Z. 150–274; BR-GM 130, Z. 212–263). Bei der Überlegung „was bedeutet das jetzt für den Mitarbeiter, wenn wir dieses Programm einführen“ (MAV-KM 31, Z. 551–552), greifen sie auf den „persönlichen Erfahrungsschatz“ (MAV-KM 17, Z. 209) der MAV-Mitglieder zurück, die selbst aus den einzelnen Stationen und Berufsgruppen kommen (MAV-KM 17, Z. 208–211).

Die Fragen, welche die Interessenvertretungen einbringen, zielen auf die Anzahl der Mitarbeitenden im Kunden-Support bei dem Software-Anbieter, auf die Nutzerfreundlichkeit der Software und auf das Hinzukommen von sonstigen neuen Arbeitsschritten durch die Veränderung des Arbeitsablaufs. Denn Wartezeiten bei schlechtem Support, Suchen bei unübersichtlicher Software-Oberfläche, Doppeldokumentation bei Medienbrüchen und sonstige neue Arbeitsschritte sind technisch induzierte, arbeitsbedingte Belastungen und mitunter Zeitverluste (Bringmann i. E.; Bringmann/Evans-Borchers 2024; Bringmann/Petersen/Staab 2024; Petersen i. E.).

In Interviews mit Projektleitungen und Interessenvertretungen wird der Wunsch geäußert, häufiger ernstzunehmende Pilotierungsphasen durchzuführen. Das bedeutet, die Pilotierung auch mit Blick auf Belastungsfaktoren und Nutzerfreundlichkeit zu evaluieren und gemäß den Ergebnissen nachzusteuern, statt den Roll-Out trotz gravierender Mängel umzusetzen (SIN-KR 50, Z. 813–823; IT-ÖM 109, Z. 1115–1153; MAV-KM 31, Z. 1143–1160; Beratungsstelle Arbeit und Gesundheit 2023; Bringmann/Gümbel/Petersen 2024).

Auch wenn sich in keinem der Betriebe die Konfliktintensitäten und die Zusammenarbeit zwischen den Betriebsparteien qualitativ veränderte (GPR-ÖM 107, Z. 434–437; BR-GM 130, Z. 268–280), verändert sich die Bedeutung der Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung fundamental (Beobachtung KM, BR-GM 130, Z. 268–280). Die IT-Abteilungen ist im Zuge der digitalen Transformation vom Hausmeister zum Experten aufgestiegen und fungieren als neue Gatekeeper bei Digitalisierungsprojekten (Gnisa et al. 2022).

Die enge Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung ist für die Ausführung des Entlastungsoptimismus zentral und klappt nicht in allen untersuchten Betrieben (BR-KR 39, Z. 32–34; GPR-ÖM 107, Z. 340–348; BR-KM 31, Z. 150–185, 1169–1194; BR-GM 130, Z. 272–280, Beobachtung PM). Sie gelingt, wenn der Betriebsrat sich eine Position auf Augenhöhe erkämpft hat (BR-GM 130, Z. 268–280).

Wie in den Interviews deutlich wird, helfen Interessenvertretungen (und Beschäftigten) hierbei Qualifizierung zu Digitalisierung im Krankenhauswesen. Doch es braucht auch das Selbstvertrauen, schlüssig aufgrund der

eigenen Kenntnisse der Arbeitsorganisation und der Arbeitsabläufe die Folgen für Beschäftigte abschätzen zu können (ÖM-GPR 107, Z. 340–348; BR-GM 130, Z. 174–176; 272–298).

„Die kriegen halt auch nach der zweiten, dritten Präsentation mit, dass du auch als Betriebsrat durchaus weißt, wovon du da redest und gewisse Fachexpertise mitbringst. Und die sagten, manchmal ist es gar nicht mal verkehrt, jemanden dabei zu haben, der einfach von außen draufguckt. Der halt nicht der Experte ist, was Controlling betrifft. Und dann sich so Controllingsystem oder QMS-Systeme anguckt und sagt: ‚Kinder, seid mir nicht böse, aber wie Anbieter sieht aus wie ein (unv.). Da können wir keinem mehr mit hinter dem Ofen hervorlocken. Das geht nicht.‘ Ich muss das halt alles immer vernünftig zeigen.“ (BR-GM 130 Z. 272–280)

Zwei der Gremien beteiligen sich frühzeitig bei der Auswahl der Softwareanbieter. Sie haben dadurch nicht nur an Anerkennung im Betrieb hinzugewonnen, sondern auch an Know-how von Prozessabstimmungen im Betrieb (Beobachtung PM, KM). Damit haben sie Ressourcen erlangt, die ihnen möglicherweise auch bei zukünftigen Digitalisierungskonflikten zugutekommen, etwa wenn die Steuerungsvisionen der Leitungsebene technisch möglich werden. Es ist jedoch festzuhalten, dass die notwendigerweise enge Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung eine neue Hürde für Interessenvertretungen im Zuge der digitalen Transformation darstellt.

Zusammenfassend zeigt sich: Die Interessenvertretungen in den vier Krankenhäusern gehen ihrer Rolle als Hüter der Leistungs- und Verhaltenskontrolle nach. Eine Rahmenvereinbarung schließt formal jede Form der Verhaltens- und Leistungskontrolle der Mitarbeitenden aus und dient in drei Krankenhäusern als gelebte „untere Haltelinie“, die ihnen neue Handlungsspielraum mit Blick auf Entlastung eröffnet. Obwohl alle Interessenvertretungen ein digitaler Entlastungsoptimismus verbindet, nutzen sie den neuen Handlungsspielraum in sehr unterschiedlichem Maße.

Die Umsetzung des Entlastungsoptimismus gelingt erstens mit einer kooperativen Zusammenarbeit mit Krankenhausmanagement und IT-Abteilung, bei der im Ernstfall nicht der Konflikt gescheut wird (Bader/Kaiser 2023, S. 22) und zweitens mit einer frühzeitigen aktiven Beteiligung bei der Planung und Auswahl von Softwareanbietern und -produkten, die wiederum zwangsläufig eine Beziehung auf Augenhöhe mit der IT-Abteilung voraussetzt. Drittens, und hier ist noch Ausbau-Potenzial, werden bei neuen Anwendungen Pilotphasen durchgeführt und mit Blick auf arbeitsbedingte Belastungsfaktoren evaluiert (Beratungsstelle Arbeit und Gesundheit 2023; Bringmann/Gümbel/Petersen 2024).

5. Fazit

Im Zuge der jüngsten Digitalisierungsoffensive im Krankenhaussektor stellen sich Beschäftigte berechtigterweise die Frage, ob der Einsatz von digitalen und KI-basierten Anwendungen ihre Handlungsfreiheiten im Arbeitsalltag einschränken wird. Auch für Beschäftigtenvertretungen ist diese Frage virulent. Sie sind qua Gesetz dazu angehalten, den Ausschluss von direkter Leistungs- und Verhaltenskontrolle zu überwachen. Gerade der Einsatz von digitalen und KI-basierten Softwareanwendungen fordert Beschäftigtenvertretungen, denn die datentechnische Durchdringung der Krankenhäuser ermöglicht neue Kontrollpotenziale der Mitarbeitenden.

Der Beitrag zeigt, dass der Einsatz von digitalen und teil-automatisierten Softwaresystemen die Steuerung und Kontrolle von Pflegearbeit tatsächlich nicht verändert. Die Ergebnisse basieren auf repräsentativen Daten zur Frage von Autonomie und dem digitalen Reifegrad des pflegerischen Arbeitsplatzes sowie auf einer der bis dato umfassendsten qualitativen Erhebungen zu Pflegearbeit und zu betrieblicher Mitbestimmung im digitalen Wandel von Kliniken.

Der gelingende betriebliche Pflegearbeitsalltag beruht weiterhin im Kern auf der Selbstorganisation der Pflegekräfte und der indirekten Steuerung durch das Patient:innen-Aufkommen sowie durch die Dokumentationspflichten gegenüber den Krankenkassen. Nur punktuell werden die Kontrollpotenziale der Digitalisierung von den Stationsleitung zugunsten einer intensiveren Sichtung der Pflegedokumentation genutzt. In der Summe besteht das Kontrollregime aus fachlicher Autonomie und marktzentrierter Steuerung jedoch fort.

Die Studie führt die Gründe für diese Kontrollaversion auf: Betriebliche Rahmenvereinbarungen schließen die direkte Leistungs- und Verhaltenskontrolle formal aus. Aus Sicht des Krankenhausmanagements sind rigide Kontrollstrukturen zudem sowohl ungewollt als auch unnötig. Sie würden mit den bestehenden Handlungsspielräumen der professionell Pflegenden brechen und eine nichtintendierte Verschärfung des Fachkräftemangels durch unzufriedene Beschäftigte riskieren. Direkte Kontrollen erscheinen zudem unnötig, sind die interviewten Pflegekräfte doch durchweg intrinsisch hochmotiviert, eine optimale Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.

Allerdings befinden sich auch die vernetzten Kliniken noch inmitten ihres Transformationsprozesses. Einige Leitungskräfte hegen die Vision, auf Basis von vernetzten Softwaresystemen den Personaleinsatz der Pflegekräfte flexibel und in Echtzeit zwischen den Stationen zu steuern.

Aktuell ist die Realisierung dieser Vision aufgrund von Medienbrüchen bei der Vernetzung der Softwaresysteme noch unmöglich.

In der Arena der betrieblichen Governance zeigt sich, dass alle Interessenvertretungen mit dem Einsatz digitaler und teil-automatisierter Anwendungen die Arbeitsmenge der Pflegekräfte reduzieren möchten. Die institutionalisierte und gelebte Kontrollaversion schafft neuen Handlungsspielraum. Manche der Interessenvertretungen nutzen sie, um ihren Entlastungsoptimismus umzusetzen. Denn gerade in den Vorreiterkliniken der Digitalisierung wissen die Betriebsparteien aus Erfahrung, dass digitale Effizienzgewinne und damit Entlastung für Pflegekräfte kein Selbstläufer sind (Bringmann i. E.; Bringmann/Evans-Borchers 2024; Bringmann/Petersen/Staab 2024; Petersen i. E.).

Sich für Entlastung einzusetzen, gelingt ihnen erstens basierend auf einer kooperativen Zusammenarbeit mit dem Management und der IT-Abteilung, bei der im Ernstfall jedoch nicht der Konflikt gescheut wird (Bader/Kaiser 2023, S. 22), und zweitens mit einer frühzeitigen aktiven Beteiligung bei der Planung und Auswahl von Softwareanbietern und -produkten, die wiederum zwangsläufig eine Beziehung auf Augenhöhe mit der IT-Abteilung voraussetzt. Drittens, und hier ist noch Ausbau-Potenzial, werden bei neuen Anwendungen Pilotphasen durchgeführt und mit Blick auf arbeitsbedingte Belastungsfaktoren evaluiert (Beratungsstelle Arbeit und Gesundheit 2023; Bringmann/Gümbel/Petersen 2024).

Gerade durch die frühzeitige Beteiligung haben die Beschäftigtenvertretungen an Anerkennung im Betrieb und an Know-how über Prozessabstimmungen bei Digitalisierungsprojekten hinzugewonnen. Damit haben sie Ressourcen erlangt, die ihnen möglicherweise auch bei zukünftigen Digitalisierungskonflikten zugutekommen, etwa wenn die Steuerungsvisionen der Leitungsebene technisch möglich werden.

Literatur

Alle im Folgenden genannten Internet-Adressen wurden zuletzt am 31.3.2025 besucht.

Ackroyd, Stephen / Bolton, Sharon (1999): It is not Taylorism.

Mechanisms of Work Intensification in the Provision of Gynaecological Services in a NHS Hospital.

In: Work, Employment and Society 13 (2), S. 369–387.

<https://doi.org/10.1177/09500179922117980>

Akbar, Saba / Lyell, David / Magrabi, Farah (2021): Automation in nursing decision support systems: A systematic review of effects on decision making, care delivery, and patient outcomes.

In: Journal of the American Medical Informatics Association 28 (11), S. 2502–2513.

<https://doi.org/10.1093/jamia/ocab123>

Bader, Verena / Kaiser, Stephan (2023): Mitbestimmung 4.0. Mit Widersprüchlichkeiten aktiv umgehen. Working Paper

Forschungsförderung 297. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

www.boeckler.de/fpdf/HBS-008670/p_fofoe_WP_297_2023.pdf

Bahnmüller, Reinhard / Kutlu, Yalçın / Mugler, Walter / Salm, Rainer / Seibold, Bettina / Kirner, Eva / Klatt, Sandra (2023): Mitsprache bei der Digitalisierung? Beteiligung von Betriebsrat und Beschäftigten in digitalisierungsaktiven Betrieben. Study 479. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

www.boeckler.de/fpdf/HBS-008550/p_study_hbs_479.pdf

Bär, Stefan / Starystach, Sebastian / Hess, Heike (2022): Staff councils in hospitals as co-managers? A blind spot in codetermination research. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 28 (4), S. 407–430.

<https://doi.org/10.3224/indbez.v28i4.04>

Beratungsstelle Arbeit und Gesundheit (2023): Entlastung durch Software? Handlungsempfehlungen zum Einführungsprozess und zur gesundheitsgerechten Gestaltung. Informationsblätter für Betriebe, Arbeit & Gesundheit.

<https://beratungsstelle.arbeitundgesundheit.de/downloads/Arbeit-und-Gesundheit-Info-PDF-Entlastung-durch-Software-Nov-2023.pdf>

Bolton, Sharon C. (2004): A Simple Matter of Control? NHS Hospital Nurses and New Management. In: Journal of Management Studies 41 (2), S. 317–333.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00434.x>

- Bonacker, Thorsten (2009): Konflikttheorien. In: Kneer, Georg / Schroer, Markus (Hrsg.): Handbuch Soziologische Theorien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 179–197.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-91600-2_9
- Bringmann, Julia (i. E.): Reducing the workload with software? Differences in the digital maturity of nurses' workplaces in German hospitals. In: IEA 2024 proceedings. Springer Series in Design and Innovation (SSDI).
- Bringmann, Julia / Evans-Borchers, Michaela (2024): Digitalisierung, KI und Pflege. Auf der Suche nach der digitalen Dividende. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
<https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/21630.pdf>
- Bringmann, Julia / Gümbel, Michael / Petersen, Benjamin Henry (2024): Prospektive Folgenabschätzung. Ein Ansatz zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Software. In: sicher ist sicher 3/2024.
<https://doi.org/10.37307/i.2199-7349.2024.03.07>
- Bringmann, Julia / Petersen, Benjamin Henry / Staab, Philipp (2024): Vernetzte Klinik. Neue Spannungen und neue Allianzen. In: WSI Mitteilungen 77 (1), S. 10–17.
<https://doi.org/10.5771/0342-300X-2024-1-10>
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2021): Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 KHSFV.
www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauszukunftsgesetz.html
- Daum, Mario (2022): Die Digitalisierung der Pflege in Deutschland. Status quo, digitale Transformation und Auswirkungen auf Arbeit, Beschäftigte und Qualifizierung. Hamburg: DAA-Stiftung Bildung und Beruf.
www.input-consulting.de/files/inpcon-DATA/download/2022_Studie_Digitalisierung%20Pflege_INPUTConsulting.pdf.
- Edwards, Richard (1979): Herrschaft im modernen Produktionsprozeß. Frankfurt am Main: Campus.
- Ehrlich, Martin / Engel, Thomas (2019): Technik und Teilhabe. Wer entscheidet in der digitalen Arbeitswelt? In: Dobischat, Rolf / Käplinger, Bernd / Molzberger, Gabriele / Münk, Dieter (Hrsg.): Bildung 2.1 für Arbeit 4.0? Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 201–219.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-23373-0_11

- Fachinger, Uwe / Mähs, Mareike (2019): Digitalisierung und Pflege. In: Klauber, Jürgen / Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus. Berlin: Springer, S. 115–128.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_9
- Friedman, Andy (1977): Responsible Autonomy Versus Direct Control Over the Labour Process. In: Capital & Class 1 (1), S. 43–57.
<https://doi.org/10.1177/030981687700100104>
- Funder, Maria (2018): Quo vadis Betriebsrat? Entwicklungstrends der betrieblichen Mitbestimmung. In: WSI Mitteilungen 71 (6), S. 497–504.
<https://doi.org/10.5771/0342-300X-2018-6-497>
- Gnisa, Felix / Ibrahim, Walid / Engel, Thomas / Greifenberg, David / Reichardt, Lena (2022): Umkämpfte Digitalisierung im Krankenhaus: Arbeitswandel, Machthandeln und Konfliktkonstellationen bei der Gestaltung neuer Technologien für ärztliche Arbeitsprozesse. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 29 (1), S. 25–46.
<https://doi.org/10.3224/indbez.v29i1.02>
- Goebel, Jan / Grabka, Markus M. / Liebig, Stefan / Kroh, Martin / Richter, David / Schröder, Carsten / Schupp, Jürgen (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 239 (2), S. 345–360.
<https://doi.org/10.1515/jbnst-2018-0022>
- Henaway, Mostafa (2023): Amazon's distribution space: constructing a 'labour fix' through digital Taylorism and corporate Keynesianism. In: ZFW – Advances in Economic Geography 67 (4), S. 202–216.
<https://doi.org/10.1515/zfw-2022-0017>
- Hong, Jennifer Y. / Ivory, Catherine H. / VanHouten, Courtney B. / Simpson, Christopher L. / Novak, Laurie Lovett (2021): Disappearing expertise in clinical automation: Barcode medication administration and nurse autonomy. In: Journal of the American Medical Informatics Association 28 (2), S. 232–238.
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa135>
- Hoose, Fabian / Haipeter, Thomas / Ittermann, Peter (2019): Digitalisierung der Arbeit und Interessenvertretungen. In: Arbeit 28 (4), S. 423–444.
<https://doi.org/10.1515/arbeit-2019-0025>

- Ittermann, Peter / Ortmann, Ulf / Virgillito, Alfredo / Walker, Eva-Maria (2019): Hat die Digitalisierung disruptive Folgen für Einfacharbeit? Kritische Reflexion und empirische Befunde aus Produktion und Logistik. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 26 (2), S. 150–168.
<https://doi.org/10.3224/indbez.v26i2.03>
- Kirchner, Stefan (2015): Konturen der digitalen Arbeitswelt: Eine Untersuchung der Einflussfaktoren beruflicher Computer- und Internetnutzung und der Zusammenhänge zu Arbeitsqualität. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 67 (4), S. 763–791.
<https://doi.org/10.1007/s11577-015-0344-3>
- Kunkel, Kalle (2021): Die politische Ökonomie des Fallpauschalensystems zur Krankenhausfinanzierung. In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 51 (205), S. 631–651.
<https://doi.org/10.32387/prokla.v51i205.1967>
- Mahabee-Gittens, E. Melinda / Dexheimer, Judith W. / Tabangin, Meredith / Khoury, Jane C. / Merianos, Ashley L. / Stone, Lara / Meyers, Gabe T. / Gordon, Judith S. (2018): An Electronic Health Record-Based Strategy to Address Child Tobacco Smoke Exposure. In: American Journal of Preventive Medicine 54 (1), S. 64–71.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.08.011>
- Manzei, Alexandra (2009): Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus. Wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen. In: Pflege & Gesellschaft 14 (1), S. 38–53.
www.ssoar.info/ssoar/handle/document/29382
- Manzei, Alexandra (2011): Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens. In: Keller, Reiner / Meuser, Michael (Hrsg.): Körperwissen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 207–228.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-92719-0_10
- Marrs, Kira (2018): Herrschaft und Kontrolle in der Arbeit. In: Böhle, Fritz / Voß, G. Günter / Wachtler, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Band 1: Arbeit, Strukturen und Prozesse. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 473–502.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-14458-6_13

Matuschek, Ingo / Kleemann, Frank (2018): „Was man nicht kennt, kann man nicht regeln“. Betriebsvereinbarungen als Instrument der arbeitspolitischen Regulierung von Industrie 4.0 und Digitalisierung. In: WSI Mitteilungen, 3, S. 227–234.

<https://doi.org/10.5771/0342-300X-2018-3-227>

Matuschek, Ingo / Kleemann, Frank (2019): Konzertierte Verunsicherung angesichts Industrie 4.0 – Herausforderungen für die betriebliche Sozialpartnerschaft. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 26 (2), S. 189–206.

<https://doi.org/10.3224/indbez.v26i2.05>

Mayring, Philipp / Fenzl, Thomas (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 633–648.

https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42

Menz, Wolfgang / Nies, Sarah / Sauer, Dieter (2019): Digitale Kontrolle und Vermarktlichung. Beschäftigtenautonomie im Kontext betrieblicher Strategien der Digitalisierung. In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 49 (195), S. 181–200.

<https://doi.org/10.32387/prokla.v49i195.1808>

Müller-Jentsch, Walther (2021): Wirtschaftsordnung und Sozialverfassung als mitbestimmte Institutionen. Studien zur sozialen und industriellen Demokratie II. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-33970-8>

Nachtwey, Oliver / Staab, Philipp (2015): Die Avantgarde des digitalen Kapitalismus. In: Mittelweg 36, 24 (6), S. 59–84.
www.researchgate.net/publication/292994969_Die_Avantgarde_des_digitalen_Kapitalismus

Petersen, Benjamin Henry (i. E.): Paradoxien in der vernetzten Klinik. In: Nies, Sarah / Heiland, Heiner / Kern, Annemarie / Sommer, Matthias / Rieger, Samuel (Hrsg.): Fehler mit System. Scheiternde Digitalisierung in der Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa.

Petrakaki, Dimitra / Klecun, Ela / Cornford, Tony (2016): Changes in healthcare professional work afforded by technology. The introduction of a national electronic patient record in an English hospital. In: Organization 23 (2), S. 206–226.

<https://doi.org/10.1177/1350508414545907>

- Petrakaki, Dimitra / Kornelakis, Andreas (2016): 'We can only request what's in our protocol': technology and work autonomy in healthcare.
In: New Technology, Work and Employment 31 (3), S. 223–237.
<https://doi.org/10.1111/ntwe.12072>
- Rüb, Stefan / Carls, Kristin / Kuhlmann, Martin / Vogel, Berthold / Winter, Svetlana (2021): Digitalisierungskonflikte. Eine empirische Studie zu interessengesetzlichen Auseinandersetzungen und Aushandlungen betrieblicher Digitalisierungsprozesse. Study 464. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
www.boeckler.de/fpdf/HBS-008200/p_study_hbs_464.pdf
- Sauer, Dieter (2018): Vermarktlichung und Vernetzung der Unternehmens- und Betriebsorganisation. In: Böhle, Fritz / Voß, G. Günter / Wachtler, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Band 2: Akteure und Institutionen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 177–206.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21704-4_6
- Schlicht, Larissa / Wendsche, Johannes / Melzer, Marlen / Tschetsche, Letizia / Rösler, Ulrike (2024): Digital technologies in nursing: An umbrella review. In: International journal of nursing studies 161, S. 104950.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104950>
- Starystach, Sebastian / Bär, Stefan (2019): Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 71 (2), S. 211–235.
<https://doi.org/10.1007/s11577-019-00622-w>
- Streeck, Wolfgang (2009): Re-forming Capitalism: Institutional Change in the German Political Economy. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199573981.001.0001>
- Timmons, Stephen (2003): A failed panopticon: surveillance of nursing practice via new technology.
In: New Technology, Work and Employment 18 (2), S. 143–153.
<https://doi.org/10.1111/1468-005X.00116>
- ver.di (2022): Leitfaden für Mitarbeitervertretungen. 16.5.2022.
<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/service/publikationen/++co++5debc2ea-77b0-11e9-ae5d-525400423e78>
- Wright, April L. / Irving, Gemma / Selvan Thevatas, Kalai (2021): Professional Values and Managerialist Practices. Values work by nurses in the emergency department.
In: Organization Studies 42 (9), S. 1435–1456.
<https://doi.org/10.1177/0170840620950079>

ISSN 2509-2359