

2.2. Ethische Herausforderungen in der Pflege im Zeitalter der Digitalisierung

Viele der Fragen und Probleme, die sich im Kontext der Digitalisierung in der Pflege stellen, sind exemplarisch für die Fragen und Probleme bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Im Anschluß an einen Workshop zum Thema habe ich gemeinsam mit Monika Bobbert die ethischen Fragen untersucht, die sich speziell im Zusammenhang mit der digitalisierten Pflegedokumentation ergeben¹.

1. Entwicklung der Pflegedokumentation und Pflegeplanung

Als ich in den 1970er Jahren als Praktikantin in der Altenpflege anfang, gab es Berichtbücher, in denen Informationen für die nächste Schicht eingetragen werden konnten. Es wurde nicht über alle Patienten berichtet, sondern nur über die, bei denen es etwas Besonderes gab. In den folgenden Jahrzehnten etablierten sich neben den Patientenkurven auch Verlaufsberichte für die Pflege als Bestandteile der Patientenakte. Es war üblich, bei jedem Patienten einen Eintrag zu machen, auch wenn dieser oft lautete: »Nichts Besonderes«.

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege, die in den 1970er Jahren begann, gab es Festlegungen über die Pflegemaßnahmen, die bei den Patienten durchzuführen waren. Vorher arbeiteten die Pflegekräfte oft mit verschiedenen Methoden, z.B. bei der Wundbehandlung. Nun wurden die Maßnahmen in einer Pflegeplanung

¹ Monika Bobbert u. Marianne Rabe, »Ethical issues of digital care planning and documentation in nursing«, in: G. Rubeis G, K.V. Hartmann u. N. Primc (Hg.), *Digitalisierung der Pflege. Interdisziplinäre Perspektiven auf digitale Transformationen in der pflegerischen Praxis*, Göttingen 2022, S. 37–62.

festgelegt. Vorausgehen soll dabei eine Zielbestimmung: Wozu sind die Maßnahmen gut, was wollen wir erreichen?¹

2. Problem der Autonomie

Auch wenn dies ein Fortschritt war, muß ein grundsätzliches ethisches Problem der Pflege benannt werden: Die Patienten wurden nicht gefragt und über das Geplante auch nicht regelhaft informiert – das ist auch heute noch verbreitet. Damit hat ein an sich gutes Konzept von vornherein eine Schiefelage bekommen, denn die Autonomie der Patienten wird hier nicht beachtet.

Im ärztlichen Bereich hat sich der Paradigmenwechsel vom Grundsatz des Wohles des Patienten (*salus aegroti suprema lex*) inzwischen gewandelt zum Grundsatz des Respekts vor der Autonomie (*voluntas aegroti suprema lex*). Das war keine leichte Entwicklung in einem Beruf, der in paternalistischer Tradition auf die Autorität des Arztes »doctor knows best« zu setzen gewohnt war. Inzwischen ist es allgemein akzeptiert, daß eine ärztliche Behandlung nur mit der informierten Zustimmung des Patienten rechtlich und moralisch legitim ist.²

In der Pflege hat sich der »Maternalismus« länger gehalten. Man geht von einer impliziten Zustimmung zu den Pflegemaßnahmen aus.³ Das liegt vielleicht daran, daß die Pflegemaßnahmen an sich basaler sind, es geht nicht um Heilung, sondern um die Bewältigung des Grundlegenden: sich bewegen, Essen, ausscheiden; es geht um die Gefühle der Unsicherheit und Angst, die mit der Erkrankung einhergehen können; es geht um Scham und um den Umgang mit Abhängigkeit.

Diese Annahme der impliziten Zustimmung führt dazu, daß die Pflegenden zwar die Patienten informieren, was sie tun, »Ich drehe Sie

¹ Dieses Vorgehen wird als Pflegeprozeß bezeichnet und ist ein Problemlösungszirkel in mehreren Schritten (Weltgesundheitsorganisation 1979; Liliane Juchli, *Allgemeine und spezielle Krankenpflege*, Stuttgart 1973 bzw. 8. Aufl. 1997). Der Pflegeprozeß ist eine wichtige Grundlage der Ausbildung. Vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Pflegeberufegesetz (2018).

² Empfehlung der Bundesärztekammer zur ärztlichen Aufklärung 1990 (»Empfehlungen zur Patientenaufklärung«, in: Deutsches Ärzteblatt 87, H. 16, C-807C-809).

³ Vgl. M. Bobbert, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt/M. 2002, S. 224 f.

jetzt auf die Seite«, »Ich helfe Ihnen in den Sessel«, aber nicht fragen, ob das für den Patienten auch in Ordnung ist, und sehr erstaunt und fast empört sind, wenn Pflegebedürftige Maßnahmen ablehnen.

Eine Chance der digitalen Systeme liegt darin, dieses Grundproblem anzugehen, indem die Zustimmung des Patienten zur Pflegeplanung vom Patienten abzuzeichnen ist.

3. Professionalisierung und Entstehung digitaler Systeme

Über den Bedarf an Pflegepersonal und wie man diesen erfassen kann, wurde schon in den 1990er Jahren diskutiert. 1993 wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Pflegepersonalregelung (PPR)⁴ eingeführt. In der Schweiz wurde ein System zur Leistungserfassung in der Pflege (LEP) entwickelt.⁵ Es wurden 56 pflegerische Verrichtungen und unterschiedliche Ausprägungsgrade definiert und jeweils mit Zeitwerten versehen.

Parallel setzte sich die Professionalisierung der Pflege fort. Die in den 1970er Jahren in Deutschland sich langsam etablierende Pflegewissenschaft begleitete die Pflegepraxis mit Konzepten und Standards für bestimmte Tätigkeiten. Wie in der Medizin wurde die Evidenzbasierung zu einem Gegenmodell zur bisher praktizierten Erfahrungsorientierung.

Bei der Standardisierung besteht schon ohne Digitalisierung eine Spannung zum Anspruch der individuellen und ganzheitlichen Pflege. Andererseits ist eine gewisse Vereinheitlichung der Maßnahmen und ein einheitliches zugrunde gelegtes Wissen im Sinne der Pflegequalität und der Sicherheit der Patienten natürlich wünschenswert. So manches Hausmittel ist aus der Pflegepraxis verschwunden, nachdem seine Wirkungslosigkeit bzw. Schädlichkeit gezeigt werden konnte. Individuelle Pflege heißt aber auch, vor allem bei schweren und chronischen Erkrankungen, die Pflege in Abstimmung mit dem Patienten an seine aktuelle Lebenssituation anzupassen, mit seinen

⁴ Es wird zwischen allgemeiner und spezieller Pflege unterschieden. Diese werden je nach Aufwand in je drei weitere Untergruppen unterteilt; dabei sind jeweils Zeitwerte hinterlegt. Für jeden Patienten sind außerdem Grundwerte und ein einmaliger Fallwert hinterlegt, mit denen die indirekten Leistungen abgebildet werden (Dokumentation, Organisation etc.).

⁵ M. Isfort, »Denn sie wissen, was sie tun: Leistungserfassung in der Pflege (LEP)«, in: Pflege Zeitschrift, Jg. 55 (2002), H. 7, S. 497.

Lebenszielen in Übereinstimmung zu bringen und dabei z.B. auch auf Maßnahmen zu verzichten, die zwar der Standard vorschreibt, die dem Patienten aber unangenehm sind und nicht zu seinem Wohlbefinden beitragen. Diese Herausforderung besteht auch unabhängig von der Digitalisierung; sie verschärft sich aber bei Einführung der digitalen Systeme.

4. Was leisten digitale Systeme?

Bei den heute gebräuchlichen digitalen Systemen⁶ geht es um Programme, die verschiedene Komponenten integrieren. Assessment-systeme dienen zur Erfassung des Pflegebedarfs und bieten eine Struktur an, bei der die Pflegebedürftigkeit bzw. die Einschränkungen, die jemand bei den Lebensaktivitäten hat, anhand verschiedener Kriterien eingeschätzt wird (Mobilität, Selbstversorgung beim Ankleiden und bei der Körperpflege, Bewußtsein, Einschränkungen wie Atembeschwerden, Schlafstörungen, Schmerzen, um nur einige zu nennen).

Nach der Feststellung des Pflegebedarfs erfolgt die Formulierung von Pflegezielen und die Planung der entsprechenden Maßnahmen. In den Programmen sind mit den Pflegebedarfen Planungshilfen für mögliche Pflegeziele und Maßnahmen hinterlegt. Allerdings wird meist nicht ausgewiesen, auf welche theoretischen Konzepte sich diese stützen.

Als weitere Komponente sind Systeme der Leistungserfassung (z.B. LEP, s.o.) integriert, in denen die wichtigsten Pflegemaßnahmen je nach Pflegeaufwand mit einem durchschnittlichen Zeitwert hinterlegt wurden. Damit kann der Nachweis über den Pflegeaufwand annäherungsweise erbracht werden.

Wie kann man sich die Arbeit mit einem solchen System praktisch vorstellen? Bei der Aufnahme eines Patienten führt eine Pflegekraft ein Aufnahmegespräch, dabei erfaßt sie die aktuellen Einschränkungen und den Unterstützungsbedarf der Patienten bzw. Bewohner und gibt diese in das System ein. Durch die Verknüpfung mit der Pflegeplanung werden vom System daraufhin Pflegeziele und

⁶ Die am meisten verbreiteten Systeme sind das ePA-cc-System (ergebnisorientiertes Patienten Assessment) und das Programm der Thieme-Tochter RECOM für die integrierte Pflege- und Behandlungsdokumentation.

-maßnahmen vorgeschlagen, von denen die Pflegekraft diejenigen auswählt, die für die aktuelle Situation des Patienten zutreffen. Daraus ergibt sich dann eine Planung der Maßnahmen, deren Erledigung die Pflegekraft jeweils in der elektronischen Pflegedokumentation abzeichnen muß. Wenn eine Maßnahme nicht durchgeführt werden kann, weil der Patient bei einer Untersuchung ist oder die Maßnahme aktuell nicht wünscht, kann das entsprechend vermerkt werden.

Wenn man dies für alle Patienten einer Station oder einer Einrichtung betrachtet, ergeben sich für das Management Möglichkeiten der Personalbedarfsplanung, die den aktuellen Erfordernissen angepaßt ist. Problematisch kann es werden, wenn vor allem weniger gut ausgebildete und weniger erfahrene Pflegekräfte im Einsatz sind, weil die zugrunde gelegten Zeitwerte das abbilden, was ausgebildete und erfahrene Pflegekräfte durchschnittlich für die Erledigung dieser Aufgabe – inklusive Vor- und Nachbereitung – brauchen.

5. Chancen und Risiken dieser Systeme:

Vereinheitlichung

Wenn aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Ermittlung der Pflegeziele und Vorschläge zu Pflegetätigkeiten hinterlegt sind und von Pflegekräften abgerufen werden können, läßt sich auf Dauer ein einheitlicher Kenntnisstand und ein vom System fallbezogen dargebotenes Pflegeniveau etablieren. Damit wird insbesondere nicht optimal aus- und fortgebildeten Pflegenden die Möglichkeit gegeben, aus fachlich richtigen Maßnahmen auszuwählen. Schon auf die fachliche Korrektheit der Durchführung aber hat das System jedoch naturgemäß keinen Einfluß mehr.

Die Pflege ist ebenso wie die Medizin immer komplexer geworden. In der Ausbildung wird auf exemplarisches Lernen gesetzt. Bei den Systemen sind aktuelle pflegerische Standards und andere Fachinformationen hinterlegt, die zum nötigen lebenslangen Lernen ermutigen und dies unterstützen.

Die schon genannte Hinterlegung der Einwilligung der Patienten als Programmanforderung wäre ein Fortschritt für die Respektierung der Patientenautonomie und eine Chance für die dialogische und partizipative Planung der Pflege.

Ein Nachteil ist, daß bei der Arbeit mit digitalen Systemen Endgeräte wie Tablets bei der Pflege benutzt werden. Da besteht die Gefahr, daß der Blick oft mehr zum Tablet als zum Patienten geht. Hier ist eine entsprechende Ausbildung wichtig.

Überdies können die sehr detailliert ausgearbeiteten Systeme mit hinterlegten wissenschaftlichen und evidenzbasierten Standards die Illusion von Vollständigkeit schaffen. Sie können jedoch niemals die Wahrnehmung und Einschätzung einer erfahrenen Pflegekraft ersetzen. Hier besteht die Gefahr der Deprofessionalisierung, weil überlastete Pflegekräfte sich dann evtl. auf das System verlassen, anstatt die eigene Expertise und Erfahrung immer einzubeziehen.

Zu fordern ist daher, daß es immer Freiräume für Veränderung gibt und daß die Ausbildung der Pflegenden sie zu einer kritischen Nutzung der Systeme befähigt.

Die Illusion der Vollständigkeit kann auch zu dem Mißverständnis führen, daß das, was im System erfaßt ist, die gesamte Pflege abbildet. Es besteht die Gefahr der Verengung des Pflegeverständnisses auf die Elemente der Pflege, die operationalisiert werden können, d.h. es geht überwiegend um somatisch ausgerichtete Tätigkeiten und Ziele.

Demgegenüber betonen die meisten Pflegetheorien und -konzepte ein ganzheitliches Pflegeverständnis. Pflege wird als Beziehungsgeschehen verstanden, das auch die psychische und existenzielle Verfassung der zu pflegenden Person berücksichtigt.

In einem Schweizer Modell zur Messung von Pflegequalität wurden daher als Kriterien für die Qualität pflegerischen Handelns unter anderem genannt, daß sich die Patient*innen »aufgehoben fühlen«, »mit ihren Gefühlen, Ängsten und Sorgen ernst genommen werden«, daß Pflegende »genügend Zeit [...] für ihr Anliegen haben und aufwenden«, und daß Patient*innen »fair, freundlich [...] mit Geduld und Interesse« gepflegt werden und »an Entscheidungsprozessen [...] teilhaben können«.⁷

Somit gehören zu guter Pflege neben dem (durch Pflegedialoge und Pflegestandards unterstützten) Fachwissen und praktischem Geschick vor allem personale Kompetenzen der Pflegenden: Reflexionsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Wertorientierung, Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Fürsorglichkeit, die Fähigkeit zu trösten und zu

⁷ Schmid-Büchi 2006, zit. nach P. Schuchter, *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine Praktische Philosophie der Sorge*, Bielefeld 2016, S. 31.

ermutigen. Zur Wertorientierung gehören insbesondere der Respekt vor der Person des Patienten und seinen Eigenheiten, die Förderung der Autonomie und das Eintreten für eine pflegebedürftige und daher vulnerable Person im Sinne einer »Anwaltschaft«, wenn grundlegende Bedürfnisse unberücksichtigt bleiben oder berechtigte moralische Ansprüche unterzugehen drohen.⁸ Hier wird deutlich, daß eine auf psychosoziale und existentiell-spirituelle Bedürfnisse gerichtete pflegerische Fürsorge im Rahmen einer digitalen Leistungserfassung nicht abgebildet wird. Dies bedeutet, daß digitale Systeme in der Pflege tendenziell zur Verengung des Pflegeverständnisses beitragen und damit einem »ganzheitlichen« Verständnis beruflicher Pflege, wie es seit den 1970er Jahren im deutschsprachigen Raum ausgearbeitet worden ist und gelehrt wird, zuwiderlaufen.⁹

2016 machte der Deutsche Ethikrat auf das Problem aufmerksam, daß die Pflegearbeit zunehmend durch betriebswirtschaftliche Instrumente wie etwa das Scoring-Verfahren TISS¹⁰ gesteuert werde, mit dem sich »medizinisch-technische Maßnahmen deutlich besser abbilden lassen als zeitaufwendige Pflegearbeit (zum Beispiel, einen Patienten in den Arm zu nehmen, Gespräche zu führen, [...] mit eventueller Luftnot umzugehen) [...]«. ¹¹ Damit werde eine Pflege zurückgedrängt, die ihre Hilfe- und Sorgemaßnahmen auf den ganzen Patienten ausrichte.

Der Pflegewissenschaftler Patrick Schuchter kritisiert eine Pflege, die sich – einer »modernen Handlungsrationaltät«¹² folgend

⁸ Vgl. zur Entwicklung dieser Kompetenzen in der Ausbildung M. Rabe, *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*, Bern ²2017.

⁹ Im deutschsprachigen Raum formulierte die Schweizerin Liliane Juchli die erste »ganzheitliche« Pflegeethik mit dem Ansatz der Aktivitäten des täglichen Lebens (s.o., Fn. 2). Vgl. dazu ausführlicher M. Bobbert, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt/M. 2002.

¹⁰ Gemeint ist hier ein System zur Quantifizierung des Pflege- und Therapieaufwands bei schwerkranken Patient*innen (Therapeutic Intervention Scoring System – TISS), das Ähnlichkeiten mit dem LEP- und ePA-System aufweist. TISS erfaßt Maßnahmen wie zum Beispiel Monitoring, Verabreichung von Medikamenten, Verbandswechsel, mechanische Beatmung, Katheterisierung oder parenterale Ernährung, nicht jedoch psychosoziale Maßnahmen wie Beruhigen oder Gespräche, wenn Patient*innen Angst haben.

¹¹ Deutscher Ethikrat, *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*, Berlin 2016, S. 80.

¹² P. Schuchter, *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine Praktische Philosophie der Sorge*, Bielefeld 2016, S. 60.

– lediglich auf meßbar effektive und effiziente Gesundheitsverbesserung von Individuen durch das Erbringen von Dienstleistungen beschränkt und nennt sie »Versorgung«.¹³ Die professionelle Pflege gerate zunehmend in Spannung zu der ihr eigenen Fürsorgemoral.¹⁴

Wenn digitale Systeme ein wesentliches Merkmal beruflicher Pflege nicht oder nur rudimentär erfassen, verändert sich die berufliche Pflege in bezug auf ihr Betätigungsfeld und ihr Selbstverständnis. Es ist zugegebenermaßen schwieriger, professionelle Tätigkeiten digital zu erfassen, die auf der psychischen und sozialen Ebene angesiedelt sind, also beispielsweise Interaktionen der Anteilnahme, der Begleitung und des Trostes oder Kommunikation zur Gesundheitsbildung bzw. Anleitung zur Selbstpflege im Rahmen einer Erkrankung.

Ein digitales System muß sich auf unkomplizierte Weise dem jeweiligen Pflegeverständnis der Nutzer*innen anpassen lassen. Ansonsten würde das System – unter Umständen sogar, ohne pflegfachlich und ethisch plausibel zu sein – die berufliche Pflege und das Aufgabenspektrum des Pflegens quasi »automatisch« normieren. Deshalb müssen die Systeme unter Mitwirkung und Mitsprache nicht nur von Pflegewissenschaftler*innen, sondern auch von Berufsorganisationen der Pflege¹⁵ entwickelt bzw. weiterentwickelt werden.¹⁶

Privatheit und Autonomie

Der Schutz der Privatheit ist zentral für die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und damit auch für grundlegende Freiheitsrechte.

¹³ Ebd., S. 52.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 60.

¹⁵ Der Deutsche Pflegerat ist die Dachorganisation der momentan existierenden Pflege- und Hebammenverbände. Vgl. <https://deutscher-pflegerat.de/verband/mitgliedsverbaende/>

¹⁶ Vgl. K.H. Vogel, S. Mauersberg u. C. Rock C (2020), »Ethik und Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie der Pflege aus Verbrauchersicht«, in: S. Heinemann u. D. Matusiewicz (Hg.), *Digitalisierung und Ethik in Medizin und Gesundheitswesen*, Berlin 2020, S. 233–240; hier: S. 239: Technik ist nie mehr, aber natürlich auch nie weniger als eine Ermöglichungsbedingung (notwendige Bedingung) für eine möglichst gesamtgesellschaftlich zu definierende Zielsetzung. Das Ziel sollte ein patientenorientiertes Gesundheitswesen sein. Ein System also, welches auf die tatsächlichen Bedarfe seiner Nutzer angemessen reagiert. Das ist nur möglich, wenn die Versicherten regelhaft Zugang zu den medizinischen und administrativen Daten ihrer Versorgung haben.

Wenn Privatheit gewährleistet ist, besteht ein Schutzraum, der die Erfahrung eigener Unverfügbarkeit ermöglicht, der Voraussetzung für die Verwirklichung von Handlungsfreiheit und für die Ausbildung einer gelingenden Identität ist.¹⁷ Der Schutz von Privatheit beinhaltet also mehr als nur die Geheimhaltung von Informationen, die interessierten Dritten absichtsvoll vorzuenthalten wären. Vielmehr geht es darum, über einen Privatraum des Entscheidens, Handelns und der personenbezogenen Daten zu verfügen.

Aber nicht nur für Pflegebedürftige, sondern auch für Pflegekräfte muß ein gewisses Maß an Privatheit bestehen, um auch deren Recht auf Autonomie zu achten: Pflegekräfte dürfen in ihrem beruflichen Handeln nicht in Gänze determiniert und kontrolliert sein, da ansonsten nicht nur Spontaneität und Unbefangenheit des Handelns und der Interaktionen mit Pflegebedürftigen und Teammitarbeiter*innen unterbunden würde, sondern auch eine Flexibilität, die Voraussetzung ist für eine Pflege, die sich auf jeden einzelnen pflegebedürftigen Menschen einstellt.

Datenschutz

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu referieren, sprengt den Rahmen dieses Beitrages. Für das Thema der digitalen Dokumentation von Pflege erscheinen folgende Aspekte besonders wichtig: Es muß einen barrierefreien Zugang zu der digitalen Akte geben.

Die Patienten müssen die Möglichkeit zur Korrektur irreführender oder kränkender Aussagen über ihre Person haben.

Es muß einen wirksamen Schutz gegen Mißbrauch der Daten geben.

Wenn Daten weitergegeben werden, und eine sektorenübergreifende Nutzung von Gesundheitsdaten wird bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ja gerade auch im Sinne der Patienten angestrebt, muß die Zustimmung der Patienten dazu eingeholt werden.

In der Pandemie haben wir gesehen, daß es scheinbar ein konstitutives Spannungsverhältnis zwischen Datenschutz und Digitalisierung gibt (Corona Warn-App, Impfregister) und eine diesbezüglich

¹⁷ Vgl. für die moralisch-normativen Aspekte der Privatheit J. Heesen, *Medienethik und Netzkommunikation. Öffentlichkeit in der individualisierten Mediengesellschaft*, Frankfurt a.M. 2008, S. 162–174.

che Furchtsamkeit der Politik. Mit zunehmender Digitalisierung der Gesellschaft werden Datenschutzfragen immer virulenter werden. Manche Anforderungen werden sich nicht halten lassen, sie werden bereits jetzt durch die Realität überholt. Gerade dann muß aber besonders sorgfältig der Schutz personenbezogener Daten gewahrt werden.

6. Organisationsethische Überlegungen

Digitale Systeme können lediglich ein Baustein pflegerischer Versorgung sein. Gute, verantwortungsvolle Pflege bedarf institutioneller Rahmenbedingungen, die sie ermöglichen. Dazu zählen ein förderliches Arbeitsumfeld (angemessener Personalschlüssel, ausreichend Sachmittel), eine gute Teamkultur sowie Freiräume für Reflexion und kollegiale Beratung.¹⁸ Der Einsatz digitaler Dokumentationssysteme setzt – meist nur implizit – auf das Funktionieren bestimmter Umgebungsbedingungen. Im Falle eines andauernden Fachkräftemangels beispielsweise wäre der Einsatz eines digitalen Dokumentationssystems unter Umständen zu hinterfragen, wenn die Expertise zum angemessenen Einsatz des Systems fehlt, oder aber das Programm wäre an den Kenntnisstand der gering qualifizierten Kräfte und an die reduzierten Möglichkeiten anzupassen.

Da die Digitalisierung des Gesundheitswesens unter den Bedingungen eines bereits ausgeprägten Fachkräftemangels stattfinden muß, ist es dringend nötig, die vielbeschworene Anerkennung der Pflege voranzubringen. Ein wichtiger Baustein dafür ist die Einrichtung von Pflegekammern in den Ländern und einer Bundespflegekammer.¹⁹

Zukunftsverantwortung im Sinne von Hans Jonas bedeutet für diesen Zusammenhang, Konzepte für die Gestaltung der Zukunft verantwortungsvoll umzusetzen und die Voraussetzungen dafür zu

¹⁸ Insbesondere knappe personelle Ressourcen stellen ein Risiko für eine aus pflegefachlicher Sicht hochwertige und grundlegende Patient*innenrechte sicherstellende Pflege dar. Vgl. dazu z.B. I. Meyer-Kühling u. S. Mehmecke, »Personelle Besetzung im Pflegebereich von Krankenhäusern«, in: O. Dibelius u. G. Piechotta-Henze (Hg.), *Menschenrechtsbasierte Pflege*, Bern 2020, S. 137–148.

¹⁹ Vgl. dazu C. Giese u.a., »Etablierung von Pflegekammern in Deutschland – Professionelle Verantwortung und gesellschaftliche Notwendigkeit. Stellungnahme der Arbeitsgruppen »Pflege und Ethik I« und »Pflege und Ethik II« in der Akademie für Ethik in der Medizin«, in: *Ethik in der Medizin* 34, 1, 2022, S. 105–110.

sichern, daß ein menschenwürdiges Leben möglich bleibt. Dazu gehören viele Dinge, zuallererst Frieden, mit Bezug zu meinem Thema aber auch der Schutz der Privatheit und die Sicherung guter Pflege.

2.2.1. Diskussion

Eva Schwickert: Also, ich finde das Thema ganz, ganz faszinierend, sehr wichtig: Digitalisierung in der Pflege, Chancen und Risiken. Und ich glaube, daß es auch unbedingt nötig ist, die Chancen auszuloten. Das hängt am Gesundheitsbegriff, der eben nicht nur somatisch verstanden werden darf. Gefragt ist ein lebenslanges Lernen mit Systemen: alles wunderbar. Aber in der ganzen Pflege fehlt Zeit. Das ist ein ganz wichtiger Faktor in der Pflege, und deswegen glaube ich, daß man jetzt hier – marxistisch gesprochen – die Bedingungen reflektieren muß. Digitalisierung unter der Bedingung der Privatisierung der Krankenhäuser ist quasi ein systemischer Widerspruch. Denn da kann ich noch so viel Digitalisierung leisten, die, positiv betrachtet, Daten zusammenführt und den Patienten als Person, als gesamte Person verwaltet, aber was, wenn mir dazu die Zeit fehlt, wenn ich überhaupt keine Zeit habe, in die Systeme reinzuschauen, weil ich immer nur unter Kostendruck, unter Effizienzdruck arbeite – die Krankenhausdirektoren können davon ein Lied singen –, also hier ist eine systemische Gegenläufigkeit, und das ist wirklich ein Problem. Meine Erfahrung – ich habe früher als Schülerin und Studentin schon immer in der Pflege gearbeitet usw. – ist eine Verschlechterung der Pflege, weil keine Zeit mehr da ist, weil entpersonalisiert wird, weil eben Systeme kommen und genau das passiert, was du beschrieben hast: Der Arzt fragt und guckt nur auf den Bildschirm, den Patienten sieht er nicht, geschweige denn, daß er den Patienten überhaupt zu Wort kommen läßt. Also da liegt so viel im Argen. Dieses Ansinnen, die Digitalisierung so zu nutzen, daß sie Patienten nutzt und entgegenkommt, ist super, weil die Digitalisierung natürlich nicht rückläufig zu machen ist. Und sie bringt ja auch enorme Vorteile, aber die systemischen Bedingungen sind eben quasi gegenläufig.

Marianne Rabe: Vielen Dank, daß du das einführst und noch einmal die Systemfrage stellst. Es ist Zeit, daß sie gestellt wird. Denn es ist richtig, daß die Privatisierung im Gesundheitswesen eine Fehlentwicklung ist, die korrigiert werden muß. Daß es hier Investoren

gibt, die Altenheime und Arztpraxen betreiben mit dem Ziel, Rendite auszuschütten, von den von uns solidarisch zusammengetragenen Geldern der Krankenversicherung, das ist ein Unding. Und ich hoffe wirklich, daß da Vernunft einkehrt. Wenn das, was jetzt in die Renditen geht, ins Gesundheitswesen gehen würde, dann stünden wir ein Stück besser da.

Esther Meyer: Dieses Bild, daß alles digitalisiert wird und auch gerade zeitlich abgearbeitet wird, das zeigt ja tatsächlich, daß man immer alles besser funktionieren machen will. Es gibt ja auch diesen alten Spruch: Das Krankenhaus funktioniert am besten, wenn es keine Patienten gibt, weil man dann ja wunderbar alles abarbeiten kann und es keinen gibt, der Komplikationen macht, der eine Nachfrage stellt, der Bedürfnisse hat, der um Hilfe bittet usw. Und das, was früher durch ein Gespräch funktionierte, Zuwendung – was ja auch alle sagen: Es hilft manchmal einem Patienten viel mehr, zehn Minuten zuzuhören und da zu sein, als ganz schnell etwas abzuhaken, und der Patient hat immer das Gefühl, hilflos zu sein, nicht gehört zu werden. Ich bekomme aus dem Bereich der Behandlungsfehler ganz häufig genau dieses Bedürfnis von Patienten mit, die zu mir kommen, egal ob es sich herausstellt, daß es wirklich ein Behandlungsfehler war oder nicht. Es ist eigentlich immer ein Grundgefühl da bei den Patienten: »Ich wurde nicht gehört, ich wurde nicht gesehen, man hat nicht mit mir gesprochen.« Und wenn man das aufhebt, wäre auch das unterschwellige »Mir wurde ein Behandlungsfehler angetan« vorbei. Also es ist wirklich immer dieses Gefühl, ohnmächtig zu sein, in eine Maschinerie hineingeraten zu sein und irgendwie gar nicht mehr selbst wirksam zu sein.

Sebastian Höpfl: Ja, die ungehörte Ohnmacht auf Seiten der Patient:innen ist problematisch, und – um noch einmal in das Horn der Systemfrage zu blasen – ein deutliches Problem ist die strukturelle Ohnmacht in der Pflege, die Sie selbst ja auch angesprochen haben, nämlich auf politischer Ebene, aber auch im Rahmen des einzelnen Klinikums. Also über solche Programme und deren Verbesserung zu sprechen, ist ja ganz wichtig. Aber solange immer noch darüber ein Vorgesetzter sitzt, der anhand von diesem Programm hauptsächlich kontrollieren will, ob die Pflege so arbeitet, wie er oder sie sich das vorstellt, kann man zwar mehr Zeit in diese Programme stecken, also z.B. jedes Gespräch haarklein erfassen, aber der Nutzen zugunsten

von Pflege und Patient:innen bleibt fraglich. Wichtig wäre ja, daß die Pflege ein solches Programm nicht als Fremdbestimmung wahrnimmt, sondern als technisches Mittel, das sie selbst möglichst gut nutzen kann. Aber dafür wäre es ja wiederum wichtig, daß keine einseitigen Hierarchien bestehen gegenüber der Pflege und einzelnen Pflegenden, sondern ein Gleichauf zwischen ärztlicher Tätigkeit, pflegerischer Tätigkeit und in gewissem Maße auch betriebswirtschaftlicher Tätigkeit; diese zwar nicht zur Gewinnmaximierung, aber trotzdem zur Kosten-Nutzen-Kalkulation, das braucht es ja immer.

Marianne Rabe: Und bis dahin ist es, glaube ich, noch ein langer Weg. Die Krankenhäuser sind nicht gerade innovative Organisationen, da halten sich auch Hierarchien sehr lange. Was sich schon gebessert hat, das sind Führungsstrukturen – Ausnahmen bestätigen hier die Regel. Also man versucht es, und gerade in Pflegeteams gibt es oft gute Strukturen. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden ist sehr ortsabhängig und von Personen abhängig, da gibt es alles von wirklicher Kollegialität in gegenseitigem Vertrauen auf Augenhöhe bis hin noch zu der alten Professorenherrlichkeit, wo also einer sagt: Was hier mit dem Patienten geschieht, bestimme ich.

Was nun die betriebswirtschaftliche Seite betrifft, so glaube ich, daß es da fast eine Art vorauseilenden Gehorsam gibt. Ich glaube, es wäre gut, bei solchen Diskussionen mal die Leute aus dem Management, also aus dem betriebswirtschaftlichen, kaufmännischen Management, dabei zu haben. Das geschieht auch zum Teil schon. Also in manchen Ethik-Komitees sitzen z.B. auch Leute von der kaufmännischen Seite, und es ist sehr gut, daß die dann auch mal die praktischen Erfordernisse mitbekommen. Die wollen ja im Grunde auch, daß die Klinik einen guten Ruf hat. Das heißt aber letztlich, daß die Patienten nicht rausgehen und dann sagen: »Ich bin nicht gehört worden.« Aber da ist noch ganz viel unerkannt, das System wird immer weiter so perpetuiert; ich glaube, es bräuchte wirklich einen Systemwechsel, also Bürgerversicherung etc.

Friedrich Petrowski: Ich möchte gerne auf den Begriff »Respektierung der Autonomie« zurückkommen. Können Sie denn da eine Grenzlinie ziehen? Also ich stelle mir vor – jeder hat ja Krankenhauserfahrung, ich auch –, in der Regel ist es ja so, daß man einen Vertrauensvorschuß gibt und sagt, der Arzt oder die Pflegerin wird es wissen. Aber man erfährt eben auch immer wieder Beispiele, wo dieser Vertrauensvor-

schoß nicht da ist. Und wo ist denn da die Grenzlinie, die besagt: »Der Patient möchte das zwar, aber das darf er nicht entscheiden, das muß jetzt ich entscheiden, weil er aus seiner Situation heraus also einfach Kriterien hat, die nicht vernünftig sind«?

Marianne Rabe: Also da hat Monika Bobbert, mit der ich zusammen an dem Thema arbeite, einen sehr grundlegenden Beitrag geschrieben über Autonomie und Pflege in Anlehnung an Alan Gewirth und hat also gesagt: Die Patienten haben den Anspruch auf eine möglichst geringe Einschränkung ihres Handlungsspielraums. Das heißt, wenn jemand sagt: »Ich wünsche um zehn Uhr zu frühstücken«, dann wird das zwar im Krankenhaus nicht gehen. Wenn aber jemand sagt: »Mir geht es nicht gut, ich will heute nicht gewaschen werden«, dann gehört es für mich zum Respekt, daß ich überlege, wie die Situation des Patienten beschaffen und was da jetzt tunlich ist, und nicht noch versuche, ihn zu überreden oder einfach anzufangen, sondern einfach zu respektieren, daß es dem heute nicht gut geht. Also das ist immer auch eine Aushandlung. Respektierung von Autonomie ist ja auch nichts Statisches, also nicht etwa so: jemand sagt was, und das ist dann seine Autonomie. Wir wissen ja auch, wie wenig autonom Menschen in so einem Zustand auch sind.

Alfons Matheis: Also ich nehme mal den Mut zusammen, weil hier schon öfter der Begriff Systemwechsel gefallen ist oder ein Nachdenken über die Grenzen des Systems stattfand, und würde einfach mal folgende Frage stellen. Wenn ich jetzt als autonomer Patient oder potentieller autonomer Patient sage: »Ich möchte überhaupt nicht in die Klinikmaschinerie«, gibt es da eine Möglichkeit? Können Sie berichten über diese Pflegelandschaft, gibt es da Möglichkeiten, daß es eine Pflege gibt, die unabhängig von dieser verökonomisierten Krankenhausgeschichte arbeitet, die ich dann in Anspruch nehmen könnte? Es gab ja in Heidelberg zur Zeit der Studentenbewegung auch einmal autonome Patientenkollektivbewegungen und solche Sachen – es ist schon lange, lange her –, aber da hat man auch gesagt: »Wir müssen raus aus diesem kapitalisierten System, und wir organisieren uns genau diese Versorgung, die Pflege, die notwendig ist, selbst.« Gibt es solche alternativen Modelle?

Marianne Rabe: Also nicht so richtig viele im Moment, aber ich kann zwei Sachen nennen, eine schöne und eine nicht so schöne.

Also die Selbsthilfegruppen von Menschen mit Behinderungen sagen manchmal: »Wir wollen keine professionellen Pflegenden, denn die wissen immer besser als wir selbst, was zu tun ist: ›So dreht man sich, so geht man aus dem Bett raus, so haben wir das gelernt.« “ Also das ist schon ein bißchen pflegerischer Maternalismus, und das haben die satt. Sie sagen: »Ich hole mir Laien, die machen genau das, was ich tue.« Das gibt es oft in der Behindertenbewegung, also assistierte Freiheit. Es gibt z.B. von Sigrid Graumann ein Buch, das so heißt. Sie hat viel geschrieben über diese Ermöglichungsbedingungen.

Und die weniger schöne Alternative kennen wir auch alle: das ist eine Frau aus der Ukraine oder aus Rumänien, die hier dann für einen schlechten Lohn einzieht und rund um die Uhr für den Pflegebedürftigen zuständig ist. Das ist für den Pflegebedürftigen gut, aber für die Person ist es nicht gut, die wird nicht respektiert.

Dietrich Böhler: Vorsicht. Es gibt jedenfalls kaum leicht greifbare Garantie, daß sie respektiert werde – mit Ausnahme des Rechts- und Versorgungsstaats, der auch eine entsprechende Sozialgesetzgebung etc. zu bieten hat und gewährleistet.

Alfons Matheis: Sie haben das Stichwort Verbände ja schon genannt. Gibt es eine Verbändepolitik, die sagt, wir wollen eine Pflege mit ordentlichen Strukturen für die Beschäftigten organisieren, die völlig unabhängig von diesem Medizinapparat agieren?

Marianne Rabe: Die unabhängig vom Medizinapparat agieren, ist mir jetzt nicht bekannt. Ich würde mich freuen, wenn nicht immer Parteien und Interessenverbände verhindern würden, daß es eine Pflegekammer gibt. Denn da wären alle drin, da hätte man alle informationell, und da müßte man nicht fragen, in welchem Verband jemand ist. Im Moment haben wir einen Dachverband, der auch viel für die Professionalisierung der Pflege und der Pflegelehre tut, aber eine Pflegekammer wird systematisch verhindert von den Gewerkschaften und von einigen Parteien. Und das ist wirklich ein Trauerspiel. Darüber bin ich auch persönlich sehr verärgert. Ich glaube, daß das helfen könnte, weil die Pflege dann in der Tat als Profession unabhängig von Interessenverbänden sagen könnte, was gute Pflege ist und welche Systeme wir brauchen und welche nicht.

Alfons Matheis: Ich habe noch einen zweiten, vielleicht kühnen Gedanken. Es gibt doch ein ganz einfaches Mittel gegen die Digitalisierung: Strom abstellen. Ich bin immer überrascht, wenn ich meinetwegen meine Informatikerkollegen frage: »Was macht ihr denn eigentlich, wenn der Strom ausfällt?« Klar, jeder erzählt dann von Notstromaggregaten usw., aber da müßte man mal das Innenministerium fragen, ob in Katastrophen- und Krisenfällen wie im Ahrtal letztes Jahr – da ging gar nichts mehr –, ohne digitalisierte Krankenakten nichts mehr ging. Also vielleicht in zukünftigen Katastrophenszenarios auch mal darüber nachdenken, ob es eine ordentliche medizinische Versorgung der Pflege ohne Digitalisierung gibt.

Esther Meyer: Das wird jedenfalls immer schwieriger, je mehr man sich auf die Digitalisierung verläßt. Dadurch werden ja auch die Krankenhäuser zum Teil angreifbarer. Wenn wir von außen kommen und im Endeffekt das System haben und alles verschlüsseln, dann liegt so ein Krankenhaus im schlimmsten Fall bis auf die Intensivstation lahm. Und das ist eigentlich eine Katastrophe. Ich glaube, darüber hat sich aber noch niemand Gedanken gemacht. Oder?

Marianne Rabe: Also, ich weiß, daß man parallel zur Einführung der elektronischen Akte auch über eine intersektorale Vernetzung nachdenkt, weil parallel auch immer mehr über Schutz nachgedacht werden muß. Aber da kenne ich mich nicht so aus.

Esther Meyer: Aber darin sehe ich eine ganz große Gefahr. Irgendwann kann es ein, daß diese ganzen Daten weg sind.

Maritta Strasser: Ich habe noch eine Frage zu diesem System, zu diesem digitalen Pflege-Tool. Sind die Grundlagen dieser Maßnahmenbeschreibungen auch abgeglichen mit den Leistungskatalogen oder den Fallpauschalen, also verknüpft mit der Finanzierung? Also da sehe ich auch einen möglichen Konflikt. Gerade dieses unsinnige System der Fallpauschalen führt ja dazu, daß es teilweise nicht nur eine Unter-, sondern auch eine Fehl- und Überversorgung gibt. Z.B. sind die Notaufnahmen in Krankenhäusern völlig unterbesetzt, weil es dafür keine angemessene Finanzierung gibt. Auf den fachlich spezialisierten Stationen im Krankenhaus ist das Geld zu verdienen, und da sind die Stellen. Das wäre die eine Frage.

Und die andere Frage ist, auch mit dem Hintergrund der Refinanzierung: Wenn solche Systeme auch einen betriebswirtschaftlichen Hintergrund haben, dann kann es ja einen Zielkonflikt geben. Also einerseits will die Pflege bestimmte Ziele, z.B. Fortschritt in der Autonomie, mit der Perspektive, daß da Leistungen zu erbringen sind. Aber das System wird sagen: »Nein, das reduziert hier mein Budget on the best.«

Marianne Rabe: Deswegen brauchen wir starke Pflegeverbände, die hier mit einer Fachlichkeit rangehen und sagen: »Wir wollen keine Satt-Sauber-Pflege, da machen wir nicht mit.« Wenn so etwas als Anforderung hinterlegt wird, daß wir eine andere Art Pflege brauchen, daß wir Freiräume brauchen, daß man sich mal ans Bett setzen kann und sagen: »Was ist los?«, wenn ein Patient etwas nicht will. Wenn man aber rausrennt und keine Zeit hat, dann ist das schlechte Pflege.

Und zu der anderen Frage: Die Kategorien, die jetzt hinterlegt sind, sind, wie ich vorhin gesagt habe, zum Teil pflegewissenschaftlich ausgewiesen und zum Teil ist es ein Mix. Aber die Betreiber – ich weiß es von der Firma ePA-cc, und Thieme sowieso, weil die schon ein Gesamtkonzept haben –, sagen: »Wir können Ihnen eine Verbindung herstellen zu den Fallpauschalen.« Es sind nicht die gleichen Kategorien, aber die würden sozusagen eine Synopse machen. Doch es wird noch nicht gemacht, sondern im Moment sind diese Systeme am Hochgefahren-Werden. Deswegen glaube ich auch, daß es wichtig ist, jetzt reinzugehen und zu sagen: »Wir brauchen das so, und wir wollen das so und so gestalten, wir brauchen Mitsprachemöglichkeiten usw.« Da hat man eine Chance.

Esther Meyer: Zum Abschluß noch eine Frage. Ganz am Anfang ging es ja auch darum, was ist, wenn der Patient mit diesem ganzen Pflegeplan und den Pflegeziele nicht einverstanden ist und es im Endeffekt da schon zur Konfrontation kommt. Die Pflegeziele werden ja eigentlich einfach so festgelegt vom Krankenhaus, von der Pflegestation, und der Patient kommt und sagt: »Ich bin gar nicht damit einverstanden.« Ich weiß nicht, wie das in der Medizin ist, aber ich glaube, es gibt diesen schönen Begriff: »Er ist sehr selbstbestimmt.« Oder? Ich finde das eigentümlich, weil man doch denkt, daß jeder Patient selbstbestimmt sein sollte. Es wird ihm jedoch in dem Fall plötzlich fast zum Vorwurf gemacht, ein Codewort für »stur«. Aber eigentlich sollte jeder selbstbestimmt sein dürfen.

Dietrich Böhler: Als Beschenkter danke ich unserer hochkompetenten Referentin, von deren Diskurs über die Professionalität der Pflege ich einmal mehr viel gelernt habe, ganz herzlich.

Die Diskursethik legt naturgemäß, liebe Freunde Rabe und lieber Pfarrer Petrowski, großen Wert auf die Achtung der Autonomie des Patienten, dessen Ansprüche als Geltungsansprüche eines möglichen Diskurspartners ernst zu nehmen und auch dann geltend zu machen sind, wenn ihm das selber nicht oder nur unzureichend möglich ist. Nicht zuletzt im Sinne der eigenen und institutionellen Wahrheits-, Glaubwürdigkeits- und Richtigkeitsansprüche kommt es darauf an, die Patienten – das gehört zu der vor allem zwischen Professor Liedke und mir diskutierten Ethik der Inklusion als Bestandteil der Diskursethik – als (mögliche) Diskurspartner zu achten, d.h. ihre faktischen Interessen zunächst zu verstehen, zu explizieren und dann der Prüfung im Diskurs der sinnvollen Argumente auszusetzen. Denn, wie Du, Marianne, mit Recht geltend machtest: »Respektierung von Autonomie ist nichts Statisches, also nicht etwa so: jemand sagt was, und das ist dann seine Autonomie.« Nein, hier sind zuerst die Sinnkriterien der auch pragmatisch widerspruchsfreien Dialogbeiträge resp. Äußerungen zu beachten. Dann muß den faktischen Möglichkeiten Rechnung getragen werden. Also erst transzendental-pragmatisch bzw. reflexiv-sinnkritisch: Kannst du mit dieser Äußerung ein sinnvoller, ein glaubwürdiger Diskurspartner sein? Und dann situationsgemäß und situationspragmatisch: Was ist nach Lage der Dinge möglich? Und schließlich im praktischen Diskurs: Was ist in dieser Lage das beste Argument bzw. welche Handlungsweise ist hier gerechtfertigt?

Autonomie muß immer diskurslegitim sein. Autonomie ist Diskursautonomie, oder sie ist keine.