



Ethische Fragen digitaler Pflegeplanung und Pflegedokumentation

Monika Bobbert · Marianne Rabe

Eingegangen: 23. Juni 2022 / Angenommen: 10. Januar 2023 / Online publiziert: 28. März 2023
© Der/die Autor(en) 2023

Zusammenfassung Digitale Programme unterstützen mittlerweile sowohl die Erhebung des Pflegebedarfs und die Pflegeplanung als auch die Dokumentation der geleisteten Pflege. Neben Verbesserungen ergeben sich jedoch auch Spannungen zwischen der Verrichtungsorientierung und Standardisierung der digitalen Systeme und dem Fürsorgeethos der Pflege. Daher sind digitale Systeme sowohl aus pflegfachlicher als auch aus pflegeethischer Sicht zu beleuchten, um Chancen und Risiken aufzuzeigen.

Pflegeverständnis und Pflegeziele werden in digitalen Programmen nicht explizit gemacht. Bedingt durch die mangelnde Transparenz können sich professionell Pflegende mit gegebenenfalls anderen Pflegeverständnissen nicht dazu verhalten und von den Gepflegten auch keine angemessene Zustimmung zu Pflegemaßnahmen und -zielen einholen. Die Analyse einiger gängiger Programme zeigt, dass digitale Systeme zur somatischen Verkürzung der Pflege tendieren. So werden derzeit Ziele und Maßnahmen zur Kommunikation, Beziehungsgestaltung und Begleitung in Phasen von Krankheit und Sterben kaum abgebildet.

In der Einführung digitaler Systeme liegt im Grunde die Chance eines Neubeginns, da sie durch digitale Normierungen zu stärkerer Patientenorientierung und Partizipation beitragen könnten. Es sollte zugleich jedoch die Partizipation der Betroffenen gewährleistet und die Transparenz und Veränderbarkeit der Systeme gewährleistet sein.

✉ Prof. Dr. Monika Bobbert

Katholisch-Theologische Fakultät, Seminar für Moraltheologie, Westfälische Wilhelms-Universität
Münster, Johannisstr. 8–10, 48143 Münster, Deutschland
E-Mail: m.bobbert@uni-muenster.de

Dr. Marianne Rabe
Berlin, Deutschland

Schlüsselwörter Digitalisierung · Pflegedokumentation · Pflegeziele · Pflegeverständnis · Selbstbestimmung · Informierte Zustimmung

Ethical issues on digital care planning and care documentation

Abstract

Definition of the problem Digital programs now support both the assessment of nursing care needs and care planning as well as the documentation of the care provided. In addition to improvements, however, tensions are also articulated between the care ethos of nursing and the orientation towards tasks and standardization of digital systems. Therefore, digital systems need to be examined from both, a nursing and a nursing ethics perspective in order to identify opportunities and risks.

Arguments The understanding of care and, thus, care goals are not made explicit in digital programs. Due to the lack of transparency, professional nursing caregivers who may have a different understanding of care are not able to relate to it, nor can they obtain informed consent from the cared for person regarding nursing care measures and goals. An analysis of some common programs shows that digital systems tend to somatically shorten nursing care. Currently, the goals and measures for communication, relationship building and support in phases of illness and dying are hardly mapped.

Solution The introduction of digital systems also offers the chance of a new beginning, as they could contribute to stronger patient orientation and participation through digital standardization. However, the participation of those affected must be guaranteed and the transparency and changeability of the systems must be ensured.

Keywords Digitalization · Nursing care documentation · Nursing care goals · Understanding of nursing care · Self-determination · Informed consent

Einleitung

In der stationären und ambulanten Pflege sind Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung, die Durchführung von Pflegemaßnahmen und die Begleitung des Pflegeprozesses durch Dokumentation und Evaluation heute beruflicher Standard (vgl. Menche 2019, Kap. 1; Schewior-Popp et al. 2020, Kap. 4). Durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien lassen sich nicht nur Papier und Aktenspeicherraum sparen, sondern es wird auch eine lückenlose Zusammenschau von Informationen möglich.

Digitale Dokumentationssysteme unterstützen mittlerweile sowohl die Erhebung des Pflegebedarfs und die Pflegeplanung als auch die Erfassung der geleisteten Pflege. Neben Verbesserungen bei der Planung von Arbeitsschritten, der Informationsweitergabe und bei Abrechnungsmodalitäten ergeben sich jedoch auch Spannungen zwischen der Verrichtungsorientierung und der Standardisierung digitaler Systeme und dem Fürsorgeethos der Pflege. Angesichts dieser Spannungen werden im Folgenden die digitalen Dokumentationssysteme sowohl aus pflegefachlicher als auch aus pflegeethischer Sicht beleuchtet.

Anfänge und Entwicklung der digitalen Pflegedokumentation

Die Pflegepersonalregelung

Rückblickend war die Pflegepersonalregelung (PPR) ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu digitalen Pflegedokumentationssystemen. Erst durch die Diskussion um die Personalbemessung in der Pflege wurde die Notwendigkeit der Dokumentation des Pflegeaufwands deutlich. 1993 war die PPR im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes¹ eingeführt worden, nach der über die Erhebung des Pflegeaufwands der Bedarf an Pflegepersonal zu ermitteln war. Bei der Einschätzung des Pflegeaufwands wurde zwischen allgemeiner und spezieller Pflege unterschieden und bei den Pflegetätigkeiten jeweils Zeitwerte hinterlegt (erläuternd Bartholomeyczik 2018). Da die Erhebungen einen hohen zusätzlichen Personalbedarf von ca. 21.000 Stellen auswiesen (Keun und Prott 2008, S. 11), wurde die PPR 1996 wieder ausgesetzt. Gleichwohl wird sie heute noch in vielen Krankenhäusern als internes Steuerungsinstrument verwendet.

Im Jahr 2019 forderten der Deutsche Pflegerat, die Gewerkschaft ver.di und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer gemeinsamen Stellungnahme die Einführung der Weiterentwicklung der PPR zur „PPR 2.0“² als Zwischenlösung – bis ein wissenschaftlich validiertes Instrument zur Personalbemessung im Krankenhaus zur Verfügung stehe (Deutscher Pflegerat e. V. et al. 2019). Sie kritisierten die vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten Personaluntergrenzen als zu bürokratisch und daher nicht praktikabel.

Erhebung des Pflegebedarfes, Pflegeplanung, Leistungserfassung

Neben der PPR entwickelten sich weitere Methoden zur Erhebung des Pflegebedarfes („assessment“). Hierbei zeigte sich mit Blick auf eine gewünschte Digitalisierung der Pflegeplanung und der daraus abzuleitenden Pflegeziele und -maßnahmen die Notwendigkeit einer einheitlichen Terminologie, so dass in der Folge unterschiedliche Klassifikationssysteme etabliert wurden. Zu nennen sind hier die NANDA-Pflegediagnosen (NANDA 2022), die ICNP (International Classification of Nursing Practice)³, der ICF (International Classification of Functioning, Disability and

¹ Vgl. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung von 1992 (in: BGBl. 1992 I S. 2266 ff) mit der Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege, S. 2316–2325.

² Bei der PPR 2.0 werden vier Leistungsstufen unterschieden, um die Bedarfe der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score für hoch aufwändige Patienten) mit aufzunehmen. Grundwert und Fallwert wurden entsprechend den gestiegenen Anforderungen erhöht (Qualitätssicherung, neue Pflegekonzepte, Pflichtweiterbildung, Expertenstandards). Es wurde ein Machbarkeitstest unter Beteiligung von 44 Kliniken durchgeführt mit dem Ergebnis, dass die PPR 2.0 anwenderfreundlich ist. Vgl. Gaß (2020).

³ Vgl. International Council of Nurses (ICN 2022). Zu ICNP siehe zudem: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-download>, zugegriffen: 23. Juni 2022.

⁴ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005) und World Health Organization (2001).

Health)⁴, sowie LEP (Leistungserfassung in der Pflege, Isfort 2002).⁵ Schon die Tatsache, dass die genannten Klassifikationssysteme unterschiedliche Pflegeprobleme aufführen und diese unterschiedlich ordnen, wirft die Frage auf, welches Pflegeverständnis dem jeweiligen Klassifikationssystem zugrunde liegt und wie mit den entsprechenden Aussagen zum Pflegebedarf umzugehen ist. Obwohl vereinzelt auf die Abhängigkeit der Sprachklassifikationen von pflegerischen Diagnosen und Konzepten hingewiesen worden war (u. a. Bartholomeyczik 2007; Hunstein 2009, 2013, S. 179), wurden die Grundannahmen darüber, wann ein Mensch als krank bzw. pflegebedürftig erachtet wird und daher bestimmter Pflegehandlungen bedarf, selten erörtert.

Formale Sprachklassifikationen sind im Rahmen der Digitalisierung eine notwendige Voraussetzung für eine Kodierung von Pflegeleistungen. Die Frage ist allerdings, inwieweit sie der Komplexität pflegerischer Denkmodelle gerecht werden bzw. wie weit sie den in den vergangenen vier Dekaden etablierten Vorstellungen professioneller Pflege entsprechen.

Digitale Dokumentationssysteme für die Pflege

Als Grundlage für mehrere Weiterentwicklungen digitaler Pflegesysteme diente das oben bereits genannte Konzept LEP, das in den 1980er-Jahren in der Schweiz zur Erfassung der tatsächlich erbrachten Leistungen entwickelt wurde (Isfort 2002, S. 497). Im Konzept LEP wird unterschieden zwischen „direkten Pflegetätigkeiten“, die auf eine einzelne Patientin oder einen einzelnen Patienten bezogen sind, und „indirekten Pflegetätigkeiten“, die organisatorische und Management-Aufgaben abbilden. Zu den einzelnen Verrichtungen (56 Verrichtungen sind derzeit definiert) werden Ausprägungsgrade erfasst, mit denen sich erhöhter Aufwand dokumentieren lässt. Als Ergebnis steht für jede Tätigkeit ein Zeitwert, den ausgebildete und erfahrene Pflegekräfte für die Erledigung dieser Aufgabe – inklusive Vor- und Nachbereitung – durchschnittlich brauchen.

Eine Verbindung zwischen LEP und Pflegeassessment wurde in dem bereits etablierten ePA-cc-System hergestellt. Das ePA-cc-System (vgl. ergebnisorientiertes Patienten-Assessment) ist 2002 entstanden – zunächst als Instrument zur Bestimmung des Pflegebedarfes für Patient*innen im Krankenhaus: Die Fähigkeiten der Patient*innen werden auf bestimmte Grundkriterien bezogen und mit einer Punktzahl von 0 bis 4 bewertet, wobei 4 für die volle Selbständigkeit steht. Durch die Verbindung dieses „assessment“ mit dem Konzept der pflegerischen Leistungserfassung (LEP) lassen sich zu den dort erhobenen Werten passende Pflegeziele und -maßnahmen generieren. Das ePA-cc-System wurde in der Folge vom „assessment“-Instrument zum Dokumentationssystem ausgebaut und wird heute vom gleichnamigen Unternehmen (ePA-cc GmbH) als „clinical decision support system“ bezeichnet (Vogel 2020, S. 16). Es stellt Pflegenden zudem Zusammenfassungen, Warnungen oder Handlungsanweisungen zur Verfügung. Im Unterschied zu anderen heute in

⁵ Außerdem gibt es das Terminologiesystem ENP (European Nurse Care Pathways), welches nicht, wie der Name vermuten lässt, gemeinsam von europäischen Pflegeverbänden entwickelt wurde, sondern vom deutschen RECOM-Verlag.

Krankenhäusern für Medizin und Pflege gleichermaßen eingesetzten Diagnose- und Leistungserfassungssystemen ist das ePA-cc-System auf die Pflege begrenzt.

Auch „Meona“, ein digitales System für Medizin und Pflege im Krankenhaus, hat auf die LEP zurückgegriffen. Als eines der ersten Krankenhäuser entwickelte die Universitätsklinik Freiburg 2007 mit „Meona“ ein eigenes digitales Dokumentationssystem, das 2008 von zwei Ärzten in die Meona-GmbH überführt wurde. Die Pflege war schon in der Pilotphase unter Mitarbeit von Pflegeexpert*innen in das System aufgenommen worden. Mittlerweile erfolgt an der Universitätsklinik Freiburg die gesamte patientenbezogenen Dokumentation inkl. Medikamenten, Labor und Terminen ausschließlich digital. Verschiedene „assessments“ können eingebunden werden.

Darüber hinaus hat der mit Hilfsmitteln zur Pflegeplanung gut etablierte RECOM-Verlag (jetzt bei Thieme) ein eigenes „interdisziplinäres und intersektorales“ Programm für die Pflege- und Behandlungsdokumentation entwickelt („RECOM-GRIPS“). Im Sektor Pflege des digitalen Systems sind u. a. ein „assessment“ für die Pflegeanamnese (BAss) sowie ein Pflegeplan⁶ mit Aufgabenlisten hinterlegt. Der RECOM-Verlag geht mit seinem Basis-„assessment“ (BAss) ähnlich vor wie das ePA-cc-System, indem die Selbstständigkeit von Patient*innen jeweils mit 0 bis 4 Punkten bewertet wird.

Alle genannten Programme generieren aus den im „assessment“ erhobenen Bedarfsdaten passende Pflegeziele und -maßnahmen. Die Pflegeplanung besteht dann hauptsächlich darin, dass eine Pflegefachperson aus den vom System vorgeschlagenen Pflegediagnosen und Maßnahmen diejenigen auswählt, die für den jeweiligen Patienten aktuell bedeutsam sind. Individuelle Anpassungen sind also möglich. Zugleich lassen sich die Systeme als Managementinstrument nutzen, z. B. zur Planung des Personalbedarfs oder zur Unterstützung der Abrechnung.

Unterschiedliche pflegetheoretische Grundannahmen in digitalen Pflegedokumentationssystemen

Unter ethischen Gesichtspunkten ist die Beobachtung wichtig, dass den digitalen Pflegedokumentationssystemen teils unterschiedliche Annahmen über Pflegebedarfe, -ziele und darauf gerichtete Pflegehandlungen zugrunde liegen. Die Entscheidung für ein bestimmtes digitales System birgt daher wichtige Weichenstellungen für die Art der auszuführenden Pflege.

Häufig legen die digitalen Pflegesysteme nicht explizit dar, welchen pflegetheoretischen Annahmen sie folgen, d. h. was sie unter Pflege verstehen, und wie es zu den Kriterien der Analyse des Pflegebedarfs und zur Festsetzung der Pflegeziele kommt. Versucht man in erster Näherung eine Rekonstruktion des jeweils zugrundeliegenden Pflegeverständnisses, lässt sich Folgendes feststellen:

Mit der regelhaften Abfrage des Selbstständigkeitsgrades, beispielsweise im ePA-cc-System und im BAss-System, lässt sich vermuten, dass hier die Theorie der

⁶ Dieser basiert auf dem in Fußnote 4 erwähnten eigenen System ENP und dem ebenfalls von RECOM entwickelten IDEA (Interdisciplinary Data Based Electronic Assessment) für Pflegediagnosen sowie BAss (Pflegerisches Basis-Assessment) zur Erhebung der Pflegeanamnese.

Tab. 1 Vergleich: Grundelemente digitaler Pflegesysteme

ePA-cc-System	BAss-System (RECOM)
1. Bewegung	Modul I: Mobilität
2. Körperpflege und Kleiden	Modul II: Selbstversorgung
3. Ernährung	Modul III: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
4. Ausscheidung	Modul IV: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
5. Kognition/Bewusstsein	Modul V: Risiken und Prävention
6. Kommunikation/Interaktion	Modul VI: Zustände mit erhöhtem Überwachungs-/ Unterstützungsbedarf
7. Schlafen	
8. Atmung	
9. Schmerzen	
10. Decubitus/Wunden	

Selbstfürsorge und des Selbstfürsorgedefizits von Dorothea Orem (1996) zugrundeliegt: Die Pflege übernimmt komplementär das, was ein*e Patient*in aktuell nicht selbst kann, und will dabei seine/ihre zunehmende Selbständigkeit fördern.⁷ Zusätzlich weist das ePA-cc-System Bezüge zu der jahrzehntelang im deutschsprachigen Raum verfolgten Pflegetheorie der Lebensaktivitäten von Nancy Roper et al. (2016) auf. Allerdings zeigt sich auch, dass vor allem die somatisch ausgerichteten Bestandteile dieser beiden Pflegetheorien operationalisiert werden. Bei Roper berücksichtigte, aber in einem quantitativ ausgerichteten digitalen System schwer abzubildende Lebensaktivitäten wie „Arbeiten und Spielen“, „Seine Geschlechtlichkeit leben“ und „Sterben“ sind beispielsweise nicht erfasst.

Zur Veranschaulichung ein Vergleich der Grundelemente digitaler Pflege-Systeme: (Tab. 1).

In diesem Vergleich zeigen sich deutliche Unterschiede in Bezug auf pflegerische Diagnosen und Zielsetzungen. Die schon hier sich andeutende Spannweite an Pflegediagnosen bzw. pflegerischen Problemanzeigen und an Zielen, auf die sich professionelle Pflege ausrichten kann, lässt auch an der Zusammenschau unterschiedlicher Pflegetheorien und Pflegestandards aufzeigen:⁸ Neben somatisch-funktionalen Einschränkungen kann sich professionelle Pflege auf Hilfe zur Selbstpflege richten (Orem 1996), etwa bei chronisch Kranken in Form einer Anleitung und Beratung zur Anpassung an gesundheitliche Beeinträchtigungen. Pflege kann bei existenziellen Erfahrungen im Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung Unterstützung geben (Krohwinkel 2013) oder zu „Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen“ beitragen (Juchli 1997 [1973]). Weiterhin kann professionelle Pflege auch das Ziel verfolgen, „soziale Bereiche des Lebens zu sichern“ (Krohwinkel 2013; NANDA 2022 mit den Diagnosen „Familien-Coping“ und „Gemeinde-Coping“), um die pflegebedürftige Person vor Vereinsamung zu bewahren und das soziale Netz zu erhalten.

⁷ Vgl. dazu auch Hunstein (2009, S. 62): „Beeinflusst wurde das theoretische Konzept des ePA-AC unter anderem durch Orems Self-Care-Deficit-Theory [...]“.

⁸ Vgl. zur Vielfalt möglicher Pflegeziele, zur Unterschiedlichkeit der Zielsetzungen von Pflegediagnosen, Pflegeverständnissen und Pflegetheorien Bobbert (2002, S. 256–301).

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags kann nicht näher darauf eingegangen werden, dass jedes Pflegeverständnis ethisch relevante Aussagen über die Lebensweise von Menschen und damit über das gute Leben macht (vgl. Bobbert 2002, S. 267 ff). In Bezug auf digitale Systeme lässt sich vor diesem Hintergrund jedoch eine Problemanzeige vornehmen: Jedes digitale System sollte darlegen und begründen, welche Pflegeziele darin abgebildet werden (dazu auch Stemmer 2003, S. 55).

Pflegefachliche und ethische Herausforderungen digitaler Pflegedokumentationssysteme

Pflegeplanung und Pflegedokumentation sind kein Selbstzweck, sondern dienen der Gewährleistung guter professioneller Pflege. Ein digitales System sollte deshalb Vorgaben oder Qualitätsanforderungen transparent machen, um das spezielle Pflegeprofil oder etwaige Defizite erkennen zu können.⁹

Die Abbildung von Pflegequalität in digitalen Pflegedokumentationssystemen

Die Frage, was gute Pflege ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten, da sich Pflegeziele aus mehreren Perspektiven heraus formulieren lassen. Soll Pflege den Menschen in somatisch-funktionaler Hinsicht oder auch in psychosozialer und existentieller Hinsicht unterstützen? Soll Pflege präventiv und ressourcenorientiert-aktivierend bzw. rehabilitierend tätig werden, d. h. zur Selbsthilfe anleiten, oder sich lediglich auf die Bewältigung der gegenwärtigen Situation richten?

Ein engeres Wahrnehmungs- und Aufgabenspektrum ist – unmittelbar betrachtet – kostengünstiger und in Aus- und Fortbildungen rascher vermittelbar. Jedoch verpassen Pflegebedürftige, die eine rein somatisch ausgerichtete Grund- oder Akutpflege erhalten, unter Umständen Rehabilitationschancen, oder sie bleiben mit ihren psychosozialen und existentiellen Sorgen, die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehen, allein.

Die meisten Pflegetheorien, Pflegekonzepte und Pflegeverständnisse wollen unter Absetzung von einer rein somatischen Pflege den pflegebedürftigen Menschen als Leib-Seele-Einheit sehen und streben daher eine „ganzheitliche“ Pflege an, die auch die psychische und existentielle Verfassung der zu pflegenden Person berücksichtigt. Der pflegewissenschaftliche und pflegeethische Diskurs der vergangenen Dekaden hat zudem herausgearbeitet, dass Pflege immer auch ein Beziehungsgeschehen ist.¹⁰ Pflege als Sorge für die pflegebedürftige Person im Rahmen einer zwischenmenschlichen Beziehung ist gemeinsamer Ausgangspunkt von Pflegeverständnissen und Pflegetheorien (u. a. Juchli 1997 [1973]; Kellermann 1999). Dieser Aspekt sollte in der professionellen Pflege also keinesfalls vernachlässigt werden.

⁹ Vgl. für einige Aspekte von Kap. 3 auch Budde et al. (2020) über den Runden Tisch mit Patientenvertretungen; Butzer-Strothmann et al. (2018), Baxmann (2018).

¹⁰ Vgl. für eine Analyse pflegeethischer Literatur Bobbert (2002, S. 47–71) sowie für eine Analyse pflegewissenschaftlicher Literatur, Bobbert (2002, S. 316–321). Vgl. zur personalen Kompetenz bzw. einer entsprechenden professionellen Grundhaltung Rabe (2017, bes. S. 42–46).

In diesem Sinne wurden in einem Schweizer Modell zur Messung von Pflegequalität (Schmid-Büchi et al. 2006, 2008) 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 Pflegenden „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“ (Schmid-Büchi et al. 2006, S. 16). Danach gehören zu guter Pflege neben dem durch Pflegediagnose und Pflegestandards unterstützten Fachwissen (Zentrum für Qualität in der Pflege 2013) und praktischem Geschick auch personale Kompetenzen der Pflegenden: Reflexionsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Wertorientierung, Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Fürsorglichkeit, die Fähigkeit zu trösten und zu 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 berechnete moralische Ansprüche unterzugehen drohen.¹¹

Die Gestaltung einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient*in gehört zum Wesen guter Pflege. Vergleicht man dieses Ziel mit den Anforderungen und Strukturen des Leistungserfassungssystems LEP, so fällt ins Auge, dass eine auf psychosoziale und existentiell-spirituelle Bedürfnisse gerichtete pflegerische Fürsorge im Rahmen einer digitalen Leistungserfassung nicht abgebildet wird. Weil die meisten digitalen Pflegedokumentationssysteme auf der LEP aufbauen, bedeutet dies, 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, zuwiderlaufen.¹² Dass faktisch in der professionellen Pflege der zentrale Bestandteil der Beziehungsarbeit oftmals zurückgestellt wird oder aus Personalmangel zurückgestellt werden muss, sollte nicht in digitalen Systemen der Pflegeplanung und Pflegedokumentation repliziert werden.

2016 kritisierte auch der Deutsche Ethikrat, dass eine Pflege zurückgedrängt werde, die ihre Hilfe- und Sorgemaßnahmen auf den ganzen Patienten ausrichte. Die Pflegearbeit werde zunehmend durch betriebswirtschaftliche Instrumente wie etwa das Scoring-Verfahren TISS¹³ gesteuert, mit dem sich „medizinisch-technische Maßnahmen deutlich besser abbilden lassen als zeitaufwendige Pflegearbeit (zum

¹¹ Vgl. Rabe (2017, S. 35) zu Anwaltschaft; Rabe (2017, S. 102f) zu Personorientierung und Verletzlichkeit.

¹² Vgl. im deutschsprachigen Raum als erste „ganzheitliche“ Pflegeethik den Ansatz der Aktivitäten des täglichen Lebens der Schweizerin Liliane Juchli (1997 [1973]), der die Rezeption und Umsetzung u. a. der Pflegeethiken von Roper et al. (zuletzt 2016, 1. Aufl. 1983), Orem (1996) und Krohwinkel (2013) folgten. Vgl. dazu ausführlicher Bobbert (2002).

¹³ 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.

Beispiel, einen Patienten in den Arm zu nehmen, Gespräche zu führen, [...] mit eventueller Luftnot umzugehen) [...]“ (Deutscher Ethikrat 2016, S. 80).

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 oder des Trostes, Kommunikation zur Gesundheitsbildung, Gespräche mit anderen helfenden Berufsgruppen oder mit Angehörigen, um etwa soziale oder Freizeitaktivitäten anzuregen.

Darüber hinaus sollte professionelle Pflege – im Rahmen des Möglichen – individuell angepasst erfolgen. Vom Geplanten abzuweichen, ist in den digitalen Systemen grundsätzlich möglich, da bei den geplanten Maßnahmen Begründungen eingegeben werden können für den Fall, dass eine Maßnahme nicht durchgeführt wurde. Auch die spontane Durchführung einer abweichenden Maßnahme ist möglich und kann entsprechend in die Dokumentation eingegeben werden. Entscheidend ist jedoch, ob ein System zu offener Handhabung einlädt oder aber eher einen Mangel an Flexibilität mit sich bringt, weil es lediglich bestimmte Diagnose- und Handlungskorridore vorgibt (Hübner 2010; Hülsken-Giesler 2016).

Ein Vorteil digitaler Systeme besteht darin, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Ermittlung der Pflegeziele und Vorschläge für entsprechende Pflegemaßnahmen hinterlegt sind und von Pflegekräften abgerufen werden können. So lassen sich auf Dauer ein einheitlicher Kenntnisstand und ein normiertes Pflegeniveau etablieren. Damit erhalten insbesondere nicht optimal aus- und fortgebildete Pflegenden die Möglichkeit, aus fachlich richtigen Maßnahmen auszuwählen. Allerdings gibt es auch hier Grenzen: Schon auf die fachliche Korrektheit der Durchführung hat das System keinen Einfluss mehr. Außerdem können Pflegekräfte nur Verantwortung tragen, wenn sie ein digitales System überschauen und souverän bedienen können. Dazu bedarf es neben EDV-Fortbildungen einer verständlichen und übersichtlichen Aufbereitung der Daten und Entscheidungsprozesse.

Des Weiteren kann die Einführung eines digitalen Dokumentationssystems Ausdruck der Verantwortung einer Institution für die Sicherung der Pflegequalität sein. Allerdings lassen sich ohnehin schon problematische institutionelle Bedingungen auf diese Weise nicht kompensieren. Zudem setzen digitale Dokumentationssysteme – meist nur implizit – auf das Funktionieren bestimmter Umgebungsbedingungen. Diese müssten jedoch deutlich gemacht werden, um bei Nicht-Vorliegen wichtiger Voraussetzungen reagieren zu können. Im Falle eines andauernden Fachkräftemangels beispielsweise wäre der Einsatz eines digitalen Dokumentationssystems unter Umständen generell zu hinterfragen, weil die Expertise zum angemessenen Einsatz des Systems fehlt; oder aber das Programm wäre an den Kenntnisstand der gering qualifizierten Kräfte und die reduzierten Möglichkeiten anzupassen.

Grundsätzlich können digitale Systeme stets nur *ein* Baustein angemessener pflegerischer Versorgung sein. Gute, verantwortungsvolle Pflege bedarf institutioneller Rahmenbedingungen, die dies ermöglichen. Dazu zählen ein förderliches Arbeits-

umfeld (angemessener Personalschlüssel, ausreichend Sachmittel), eine gute Teamkultur sowie Freiräume für Reflexion und kollegiale Beratung.¹⁴

Mögliche Veränderungen von Wahrnehmung und Handeln durch digitale Pflegesysteme

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass sich durch die Einführung digitaler Systeme Handlungsweisen ändern, da sie in ein soziales System eingreifen (Schrappe 2018, S. 455). Die Mitarbeiter*innen nutzen technologische Neuerungen nicht nur „ganz neutral“ als Erweiterung ihrer Handlungsoptionen, sondern „werden durch die Technik selbst verändert und verändern auch ihr Verhalten untereinander und mit dem Patienten“ (Schrappe 2018, S. 455). So schauen Pflegekräfte vielleicht künftig am Bett mehr in ihre „tablets“, als dass sie im Gespräch den Blickkontakt mit der pflegebedürftigen Person suchen und sich um ein Gesamtbild der pflegebedürftigen Person bemühen.

Es gilt also, die Konsequenzen etwaiger Veränderungen von Prozessabläufen und Handlungen der Pflegekräfte gegenüber den Patient*innen wahrzunehmen und zu bewerten. Insbesondere können sich negative Effekte in Bezug auf zwischenmenschliche Interaktionen einstellen. Solche unerwünschten Effekte müssen verhindert oder zumindest kompensiert werden (vgl. u. a. Hermans und Renzel 2020, S. 219). Insgesamt sollten Pflegekräfte in ihrem beruflichen Handeln nicht in Gänze durch digitale Erfassungssysteme determiniert und kontrolliert werden. Denn Spontaneität und Flexibilität in der Interaktion mit Pflegebedürftigen und Teammitarbeiter*innen müssen weiterhin Raum haben.

Tendenz zur Verengung des Pflegeverständnisses

Durch die Notwendigkeit der Operationalisierung besteht die Tendenz, dass Pflegehandlungen, die sich nicht so leicht operationalisieren lassen, nicht in den „Leistungskatalog“ eines digitalen Systems überführt werden. Alle digitalen Systeme fokussieren auf abgrenzbare Pflegetätigkeiten und sind somit versorgungsorientiert. So lassen sich Informationsgespräche, was Umfang und Zweck anbelangt, relativ gut erfassen. Gespräche über das Gesundheitsverhalten oder Gespräche über das Befinden und die Lebensperspektive, die Anteilnahme und Erleichterung vermitteln können, sind hingegen weniger gut erfassbar. Zwar können Gespräche mit Patient*innen mit Zeitwerten erfasst und die Inhalte im frei zu formulierenden Verlaufsbericht dokumentiert werden. Faktisch liegt der Fokus bei den digitalen Systemen jedoch auf Informationsgesprächen, obwohl auch begleitende, ermutigende und tröstende Gespräche zum Wesenskern der Pflege gehören. Da sie oft während der Durchführung anderer Pflegemaßnahmen erfolgen, werden sie von den Pflegenden selbst häufig nicht als eigenständige Tätigkeit wahrgenommen. Es wäre jedoch wünschenswert,

¹⁴ Insbesondere knappe personelle Ressourcen stellen ein Risiko für eine aus pflegefachlicher Sicht hochwertige und grundlegende Patient*innenrechte sicherstellende Pflege dar. Vgl. dazu z. B. Meyer-Kühling und Mehmecke (2020).

begleitende Gespräche als feste Kategorie im System vorzusehen, da sie nicht die Ausnahme, sondern die Regel sind und dies auch so bleiben sollte.

Zwar beanspruchen Software-Entwickler*innen nicht, Pflege umfassend abzubilden; dies wäre angesichts der Vielfalt von Pflegediagnosen und Pflege-theorien auch unrealistisch. Jedoch greift die naheliegende Neigung digitaler Erfassungssysteme, angesichts unterschiedlicher Pflegeverständnisse und Leistungserstattungen vorzugsweise einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ zugrunde zu legen, zu kurz. Hinzu kommt, dass ein ausgearbeitetes, wissenschaftlich fundiertes System bei den Anwender*innen häufig den Eindruck erweckt, dass die gesamte zu leistende Pflege darin abgebildet sei. Die Wahrnehmung dessen, was Pflege ausmacht, könnte sich also sich bei einem breitflächigen Einsatz von stark auf eine somatische Versorgung ausgerichteten Dokumentationssystemen verändern. Die Kleinteiligkeit und hohe Anzahl der hinterlegten Items suggeriert Präzision, kann aber auch den Blick für eine ganzheitliche Wahrnehmung der Patient*innen verstellen.¹⁵

Insofern ist es von zentraler Bedeutung für das pflegerische Selbstverständnis und für das Handeln vor Ort, welche Leistungsaspekte bzw. Pflegeaufgaben ein digitales System abfragt. Werden diejenigen Pflegeleistungen, die sich mit einem vorgegebenen Programm nicht oder nur über besondere Aktionen, etwa über Freitext oder Anhänge, dokumentieren lassen, auf Dauer erhalten bleiben oder mit der Zeit in Vergessenheit geraten? Ähnlich wie bei „Checklisten“ besteht die Tendenz, dass das, was nicht abgefragt wird, weder ausgeführt noch vermisst wird.

Transparenz des Gegenstandsbereiches Pflege

Die Vorteile digitaler Pflege-Dokumentationssysteme liegen auf der Hand: Sie machen Pflegeleistungen gut nachvollziehbar, unterstützen die Einheitlichkeit des Vorgehens und damit die Sicherheit von Patient*innen und gewährleisten die Auswahl von Pflegediagnosen und -maßnahmen entsprechend dem Stand der pflegewissenschaftlichen Forschung. Darüber hinaus bieten sie Vernetzungsmöglichkeiten in Bezug auf medizinische Informationen (auch zwischen verschiedenen Institutionen) und können Grundlage für Personalbedarfsplanung und Abrechnung der Pflegeleistungen sein.

Ein wichtiger Vorteil dieser Systeme ist vor allem ihr Beitrag zur Transparenz des Pflegehandelns. Das Pflegehandeln wird durch die digitale Dokumentation nachvollziehbarer und sichtbarer. Dies kann das berufliche Selbstbewusstsein der Pflege und ihre Anerkennung fördern. Transparenz des „Gegenstandsbereichs“ ist für alle Beteiligten von Vorteil: Sowohl die Kostenträger als auch eine noch zu schaffende Selbstverwaltung der Pflege (über Pflegekammern)¹⁶ werden sich dafür interessieren,

¹⁵ Vgl. Manzeschke und Petersen (2020, S. 290): Bezogen auf die Delegierbarkeit von Pflegetätigkeiten an Maschinen heißt es: „[...] es bliebe unter dem Strich zu fragen, wo und wie das menschliche Moment der Sorge und Beziehung gleichwohl noch zum Tragen kommt. Das zwingt dazu, Sorgearrangements komplexer zu denken [...] als sich auf einzelne Verrichtungen zu konzentrieren.“ Dies lässt sich auch auf die Frage der Gestaltung von digitalen Systemen für die Pflegedokumentation übertragen.

¹⁶ Die *Pflegekammern*, die als Organe der Selbstverwaltung der Pflege Interessenvertretung, Qualitätssicherung, Politikberatung und Statistik zu leisten haben, sollen auch die Berufsordnung und Berufsethik der Pflege weiterentwickeln. Vgl. zur Relevanz von Pflegekammern in Deutschland Giese et al. (2022).

inwieweit digitale Systeme diejenigen Leistungen zu dokumentieren vermögen, die z. B. im Leistungsspektrum der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen enthalten sind.

Die Klärung dessen, was Pflege ausmacht, und die Frage möglicher Ergänzungen digitaler Dokumentationssysteme sind jedoch nicht nur Probleme eines digitalen Systems, sondern auch der Bildung und der Grundhaltung der Pflegenden. Es wird wichtig sein, dass Pflegenden in der Aus- und Fortbildung zum kritischen Umgang mit digitalen Systemen befähigt werden, so dass Pflegefachpersonen digitale Systeme nicht überschätzen und deren implizite Steuerungsmechanismen erkennen.

Weil digitale Systeme indirekt normieren, was Pflege ausmacht, sollten Pflegekräfte als Nutzer*innen nicht nur individuell, sondern vor allem als Berufsgruppe diskutieren und regeln, welche erforderlichen Pflegeleistungen zusätzlich zuverlässig erfasst und wertgeschätzt werden sollen. Zu fordern ist daher eine Kern-Software, die sich leicht, d. h. von den Pflegefachkräften einer Institution erweitern lässt, um eine individuell angepasste Pflege zu gewährleisten. Nach Möglichkeit sollten Pflegefachpersonen auf allen Berufserfahrungs- und Hierarchieebenen partizipieren,¹⁷ um Systemzusammenhänge zu erkennen, um struktureller Hilflosigkeit entgegenzuwirken und auch politische Partizipation zu fördern (Wehrstedt und Wiedermann 2020). Außerdem sollten die Systeme unter Mitwirkung und Mitsprache nicht nur von einigen Pflegewissenschaftler*innen, sondern auch von Berufsorganisationen der Pflege¹⁸ entwickelt werden.

Autonomie und informierte Zustimmung in der Pflege

Digitale Systeme sind Mittel zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Aus ethischer Sicht ist dabei die Achtung der Autonomie der Betroffenen zentral. Damit ergeben sich für digitale Systeme weitere Chancen und Risiken.

Physische und psychische Integrität und Autonomie als Umsetzungsaufgabe digitaler Pflegesysteme

Aus ethischer Sicht muss bei der Pflege eines Menschen neben dem Recht auf Lebensschutz und dem Recht auf physische und psychische Integrität das Recht auf Autonomie geachtet werden (ausführlicher zur ethisch-normativen Begründung Bobbert 2002). Allen Pflegemaßnahmen muss ein pflegebedürftiger Mensch – ungeachtet seiner Angewiesenheit auf fremde Hilfe – zustimmen, damit erforderliche Unterstützungsmaßnahmen keine Übergriffe darstellen. Inwieweit eine längere Information und eine explizite Zustimmung erforderlich sind oder aber eine kurze

¹⁷ Der im Beitrag in Bezug auf Pflegebedürftige und Pflegenden benutzte Begriff der Partizipation wird in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet, die sich in einem breiten Feld von Teilnahme und Teilhabe bewegen (siehe ausführlicher dazu Messer 2018, S. 12 ff). Partizipation ist zudem auf unterschiedliche Ziele gerichtet. Der evaluative Begriff bedarf trotz seiner primär positiven Wertung in Bezug auf Ziele und Mittel einer ethischen Reflexion und Begründung.

¹⁸ Der Deutsche Pflegerat ist die Dachorganisation der momentan existierenden Pflege- und Hebammenverbände. Vgl. <https://deutscher-pflegerat.de/verband/mitgliedsverbaende/>, zugegriffen: 23. Juni 2022.

Ankündigung, auf die keine Zeichen der Ablehnung folgen, ausreicht, hängt u. a. von der Art und dem Bekanntheitsgrad der Pflegemaßnahme ab.

Aber schon zuvor, bei der Erhebung des Pflegebedarfs, ist eine Beteiligung der Betroffenen erforderlich. Bereits im Jahr 2000 beurteilte die Pflegeexpertin Angelika Abt-Zegelin die gängige Praxis zur „Pflegeeinschätzung“ kritisch und forderte entschieden: „Ohne die Möglichkeiten und Ziele der Person zu kennen, ohne Verstehen und Aushandeln kann weder Pflegebedürftigkeit festgestellt noch eine sinnvolle Pflegeplanung durchgeführt werden“ (Abt-Zegelin 2000, S. 18). Pflegeziele und die Mittel, die zur Zielerreichung dienen,¹⁹ müssen einem pflegebedürftigen Menschen also kommuniziert werden, damit er bzw. sie sich dazu verhalten kann – etwa zu Diätvorgaben oder Prophylaxemaßnahmen. Die Schweizer Pflegewissenschaftler*innen Heering et al. forderten bereits in den 1990er-Jahren regelmäßige Pflegevisiten, d. h. Gespräche mit dem/der Klient*in über den Pflegeprozess (Heering et al. 1997, bes. S. 47 ff). Die Partizipation der Pflegebedürftigen bei der Analyse der Pflegeprobleme, der Entscheidung über die Pflegeziele und -maßnahmen sowie deren Evaluation sei in den maßgeblichen Pflegetheorien, die allesamt Pflege als zwischenmenschliche Beziehung verstünden, bereits angelegt.²⁰

In Bezug auf die Achtung der Autonomie pflegebedürftiger Menschen besteht in der beruflichen Pflege eine andere Tradition als in der Medizin. Während sich dort das Einholen der informierten Zustimmung (informed consent) weitgehend etabliert hat, herrscht in der Pflege noch immer die Annahme eines „dispositionellen stillschweigenden Konsenses“ vor. Doch schon eine Körperpflegemaßnahme kann aufgrund des Zeitpunkts oder der Art der Durchführung als verletzender Eingriff erfahren werden. Das lediglich unterstellte Einverständnis mit Pflegezielen und -maßnahmen inklusive der Pflegeplanung (vgl. Bobbert 2002, S. 178) mag daher rühren, dass Pflege meist unausweichlich erforderlich ist. Allerdings birgt gutgemeinte, aber nicht abgestimmte pflegerische Unterstützung die Gefahr der Bevormundung.

Derzeit ist es meist so, dass eine Pflegeplanung nicht mit den Patient*innen besprochen und der Konsens gesucht wird. Dieser Mangel setzt sich in der beginnenden Praxis der elektronischen Dokumentation nicht nur fort, sondern könnte sogar noch verstärkt werden. Sollten sich die Pflegekräfte zu stark auf digitale Vorgaben verlassen, würden sie in ihrer Kompetenz, fachlich zu informieren und zu überzeugen, geschwächt. Insofern zeigt sich hier zum einen nochmals die Notwendigkeit, in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung ethische Reflexionskompetenz zu vermitteln (Rabe 2017), zum anderen die neue Notwendigkeit, digitale Schlüsselkompetenzen in die Pflege-Bildungskonzepte aufzunehmen.

¹⁹ Vgl. z. B. für eine Übersicht bereits veröffentlichter Expertenstandards Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2021).

²⁰ Partizipation als evaluatives Konzept gründet in der ethisch-normativen Forderung der Achtung der Autonomie der Gepflegten. In Bezug auf die Umsetzung dieser ethischen Norm gibt es natürlich auch andere Formen der Partizipation, die derzeit außerhalb digitaler Systeme liegen. Welche Angebote z. B. in der ambulanten Altenpflege die Autonomie kognitiv eingeschränkter Bewohner*innen stärken, zeigt die empirische Studie von Messer (2018). Solche Angebote könnten in den Leistungskatalog eines digitalen Pflegesystems aufgenommen werden.

Die Information über und das Einverständnis mit den Inhalten der Pflegeplanung sollten im Dokumentationssystem als Anforderung hinterlegt sein.²¹ Im Kontext der digitalen Akte wird bereits mit digitalen Unterschriften von Patient*innen experimentiert. Dies könnte auf die Pflegeplanung übertragen werden. Des Weiteren sollte die Einschätzung des/der Patient*in zu den einzelnen Pflegemaßnahmen bzw. zu den Fortschritten neben der pflegerischen Einschätzung erfasst werden. Die Einsichtnahme der Patient*innen in ihre Pflegeplanung sollte gewährleistet sein, z. B. durch Export in eine Anwendung (App), um niedrigschwellig auch für digital weniger geübte Patient*innen zugänglich zu sein (Budde et al. 2020).

Auch in dieser Hinsicht liegt in der Einführung digitaler Pflegedokumentationssysteme die Chance eines Neubeginns: Digitale Systeme könnten durch Normierungen im Hinblick auf die informierte Zustimmung zu einer höheren Patientenorientierung und Partizipation bei der Pflegeplanung und -dokumentation beitragen. Um dieses Ziel tatsächlich zu erreichen, müssten die Betroffenen, also Pflegendе aus der Praxis und Patientenvertreter*innen am besten bereits an der (Weiter-) Entwicklung der digitalen Systeme zur Pflegedokumentation beteiligt werden.

Schutz der Privatheit und informationelle Selbstbestimmung als Frage des Erhalts von Freiheit

Bei der Erhebung und Verarbeitung persönlicher Informationen und Daten im Rahmen der Gesundheitsversorgung stellen sich in Bezug auf das Recht auf informationelle Selbstbestimmung spezielle Herausforderungen. Aus ethischer wie aus rechtlicher Sicht muss die betreffende Person ihre informierte Zustimmung zur Datenerhebung und -verarbeitung geben.²² Sensible Daten sind zu schützen, Datenmissbrauch ist zu verhindern. Die Transparenz in Bezug auf die erhobenen Daten und den Datenfluss (Wer hat wann Zugriff auf die Daten und zu welchem Zweck?) ist zentraler Bestandteil des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.²³

Da die Erhebung von Daten und Informationen anfänglich nur zum Zweck der angemessenen professionellen Pflege eines Pflegebedürftigen erfolgt, muss für weitere Zwecke, etwa Personalplanungsbelange oder Forschungsvorhaben, nochmals eigens

²¹ Vgl. Vogel et al. (2020, S. 239), fordern z. B., dass die Versicherten regelhaft Zugang zu den medizinischen und administrativen Daten ihrer Versorgung haben.

²² Vgl. berufsethisch den ICN-Ethikkodex für Pflegendе (ICN 2021, S. 9).

²³ Als rechtliche Rahmenbedingungen des Umgangs mit Daten in Medizin und Pflege sind unter anderem das Gesetz für die Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten von 2013 (in: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 9 Bonn, 25.02.2013, S. 277–282), für die (elektronische) Verarbeitung von Daten im Gesundheitswesen die Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union von 2016 (Verordnung (EU) 2016/679 vom 27.04.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG) – vgl. dazu Kühling und Buchner (2017) – und die nationalen Datenschutzbestimmungen, v. a. das Bundesdatenschutzgesetz, relevant. Vgl. rechtlich zum Schutz personenbezogener Daten Kingreen und Kühling (2015).

die informierte Zustimmung der pflegebedürftigen Person eingeholt werden.²⁴ Dies wird leider bisher in der Pflegepraxis kaum realisiert, unabhängig von der Art der Dokumentation.

Allerdings ist der Schutz der Privatheit zentral für die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und damit auch für grundlegende Freiheitsrechte. 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.²⁵ Es gilt also, über einen Privatraum des Entscheidens, Handelns und der personenbezogenen Daten zu verfügen: Fehlt ein solcher Schutzraum, entsteht der Eindruck einer umfassenden Überwachung, der zu regelkonformem Verhalten und Selbstdisziplinierung führt.²⁶

Alle erhobenen Patientendaten sollten so aufbereitet sein, dass Patient*innen verständlich und übersichtlich Aufschluss über die zu ihrer Person gespeicherten Daten erhalten können. Kompetente Ansprechpartner*innen sollten zur Verfügung stehen, um die erhobenen Informationen einzuordnen und bei Unklarheiten Fragen beantworten zu können.²⁷ Die Transparenz pflegerischer Entscheidungen muss gegeben und eine patientenorientierte Umsetzung des Erlaubnisvorbehalts sichergestellt sein.

Da Patient*innen durch die Dokumentation falscher oder zu persönlicher Informationen in ihrem Recht auf Privatheit und auf freie Persönlichkeitsentfaltung berührt sein können, muss die Möglichkeit der Korrektur persönlich-sensibler oder irreführender Daten bestehen. Kränkende oder in irgendeiner Form zur Diskriminierung beitragende Einträge oder Formulierungen in einem Datensatz sollten keinesfalls tradiert werden, nur weil es aus verschiedenen Gründen schwierig sein kann, in einem digitalen System Korrekturen vorzunehmen (dazu auch Hermans und Renzel 2020, bes. S. 222).

Da elektronische Systeme besondere Missbrauchspotenziale beinhalten, muss es wirksame Maßnahmen zur Verhinderung von Datenmissbrauch und Cyberkriminalität geben.

Fazit

Den Chancen der digitalen Dokumentationssysteme stehen Herausforderungen gegenüber: Die Systeme können zwar Pflegemaßnahmen vorgeben und erfassen, einige wesentliche Aspekte der Pflege bleiben jedoch unberücksichtigt. Deshalb entsteht die

²⁴ Aus Platzgründen kann hier lediglich erwähnt werden, dass sich digitale Pflegesysteme auch als Steuerungsinstrument der Pflegeleitung zur Personalplanung einsetzen lassen und dann arbeits- und datenschutzrechtliche Belange von Arbeitnehmer*innen betreffen. Denn eine solche „Zweitnutzung“ kann sich auf sensible Daten der Beschäftigten, etwa Arbeitszeiten, Fehlzeiten und Zeitkonten beziehen. Vgl. zum Recht auf Datenschutz von Mitarbeiter*innen das Bundesdatenschutzgesetz § 32 und Teubner (2015, bes. S. 166–177).

²⁵ Vgl. für die moralisch-normativen Aspekte der Privatheit Heesen (2008, S. 162–174).

²⁶ Vgl. Heesen (2008, S. 170–172) ausführlicher zum „Panopticum“ bei Bentham und Foucault; zu Autonomie und dezisionaler Privatheit Rössler (2001, S. 16–21).

²⁷ Vgl. zu den aus ethischer Sicht erforderlichen Aufgaben Pflegender zur Unterstützung der Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf Bobbert (2020).

Gefahr einer Verengung des Verständnisses und Selbstverständnisses der professionellen Pflege zu Lasten dessen, was als Kern der Pflege gilt: Begleitung, Ermutigung, Trost. Patrick Schuchter umreißt diesen Kern in einer kleinen „Phänomenologie des Sorgehandelns“ u. a. mit den teils selbsterklärenden Begriffen „Würde-Arbeit“, „Autonomie-Arbeit“, „Sinn- und Verständnis-Arbeit“, „Fürsprache-Arbeit“, „Aushalte-Arbeit“, „Berühr-Arbeit“ und „Normalisierungs-Arbeit“ (Schuchter 2016, S. 68). Digitale Systeme müssen diese Dimension der professionellen Pflege angemessen repräsentieren. Für die entsprechenden Forschungs- und Entwicklungsarbeiten wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Sozialwissenschaften, vor allem mit der Psychologie und Soziologie, erforderlich sein – etwa, um das professionelle Kommunikations- und Beziehungshandeln zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen zu Motivation, Selbsthilfe, Gesundheitsbildung, aber auch zu Anteilnahme und Trost zu operationalisieren und digital abzubilden.

Die professionelle Pflege sollte aber nicht nur im Zusammenhang mit digitalen Systemen, sondern institutionell und gesundheitspolitisch in ihrem Beziehungshandeln und „Fürsorgeethos“ anerkannt und gefördert werden. Beginnend mit der Grundausbildung und konsequent weitergeführt in Fortbildungen, Hochschulstudiengängen und in der Pflegeforschung ist das Pflegeverständnis theorie- und praxisbezogen zu reflektieren und weiterzuentwickeln.²⁸ Angemessene Entlohnung und eine politische Vertretung der Berufsgruppe durch Pflegekammern und Mitspracherechte bei gesundheitspolitischen Entscheidungen sollten die Strukturmaßnahmen flankieren.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt M. Bobbert und M. Rabe geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

²⁸ Vgl. Rabe (2017, Kap. 5, S. 225–241) zur Grundausbildung und Rabe (2017, Kap. 7, S. 277–286) zu den institutionellen und organisationalen Voraussetzungen ethischer Reflexion.

Literatur

- Abt-Zegelin A (2000) Pflegebedürftigkeit – was ist gemeint? *Mabuse* 123:17–19
- Bartholomeyczik S (2007) Einige kritische Anmerkungen zu Assessmentinstrumenten in der Pflege. *Pflege* 20(4):211–217
- Bartholomeyczik S (2018) Pflegepersonalregelung (PPR): Wie sieht sie aus, und was leistet sie? *Schwester Pflege* 11/2018:78ff
- Baxmann K et al (2018) Die digitale Patientenakte. Akzeptanz oder Ablehnung? In: Butzer-Strothmann K, et al (Hrsg) *Digitalisierung im Gesundheitswesen*. Cuvillier, Göttingen, S 37–62
- Bobbert M (2002) *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Campus, Frankfurt/M.
- Bobbert M (2020) Entscheidungen Pflegenden zwischen Expertise, Förderung der Selbstbestimmung und Fürsorge. In: Monteverde S (Hrsg) *Handbuch Pflegeethik*, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 74–87
- Budde K et al (2020) AG Gesundheit, Medizintechnik und Pflege, KI in der Medizin und Pflege aus der Perspektive Betroffener. Tagungsbericht zum Runden Tisch mit Patientenvertretungen, München
- Butzer-Strothmann K et al (2018) Schutz sensibler Daten von Beschäftigten im Gesundheitswesen. In: Butzer-Strothmann K, et al (Hrsg) *Digitalisierung im Gesundheitswesen*. Cuvillier, Göttingen, S 147–164
- Deutscher Ethikrat (2016) *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. Stellungnahme. Deutscher Ethikrat, Berlin
- Deutscher Pflegerat e.V., Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft, ver.di (2019) Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0. http://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/07/20220623_Eckpunkte_Gesetzesauftrag_Umsetzung_PPR-2.0.pdf. Zugegriffen: 22. Sept. 2022
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit Version 2005. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>. Zugegriffen: 23. Juni 2022
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2021) Übersicht über die Expertenstandards des DNQ. https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/Uebersicht_Expertenstandards.pdf. Zugegriffen: 23. Juni 2022
- Gaß G (2020) PPR 2.0: Ablösung für die Pflegepersonaluntergrenzen. *Krankenhaus* 2:114–117
- Giese C, Kuhn A, Lehmeier S et al (2022) Etablierung von Pflegekammern in Deutschland – Professionelle Verantwortung und gesellschaftliche Notwendigkeit. Stellungnahme der Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik I und II in der Akademie für Ethik in der Medizin. *Ethik Med* 1:105–110
- Heering C, Heering K, Bode K, Müller B (1997) *Pflegevisite und Partizipation*. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden
- Heesen J (2008) *Medienethik und Netzkommunikation. Öffentlichkeit in der individualisierten Mediengesellschaft*. Humanities, Frankfurt/M
- Hermans BE, Renzel P (2020) Zentral ist, was zwischen Menschen geschieht! Aspekte zur Digitalisierung im Gesundheits- und Sozialwesen. In: Heinemann S, Matusiewicz D (Hrsg) *Digitalisierung und Ethik in Medizin und Gesundheitswesen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 217–224
- Hübner U (2010) Pflegeinformatik. Mehrwert für die Versorgung von Patienten. *Dtsch Arztebl* 107(4): A134–A136
- Hülksen-Giesler M (2016) Vorteile und Grenzen der Technisierung in der Pflege. In: Dabrowski M, Wolf J (Hrsg) *Menschenwürde in der Pflege*. Schöningh, Paderborn, S 159–187
- Hunstein D (2009) Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare. In: Bartholomeyczik S, Halek M (Hrsg) *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover, S 60–78
- Hunstein D (2013) *Pflegediagnosen, Klassifikationssysteme und Assessmentinstrumente – ein Essay*. In: Palm R, Dichter M (Hrsg) *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen*. Huber, Bern, S 178–187
- International Council of Nurses (ICN) (2021) Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen, Genf. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf. Zugegriffen: 23. Juni 2022
- International Council of Nurses (2022) About ICNP. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/about-icnp>. Zugegriffen: 23. Juni 2022
- Isfort M (2002) Leistungserfassung in der Pflege (LEP^R): Denn sie wissen, was sie tun. *Pflegezeitschrift* 7:497–500
- Juchli L (1997) *Allgemeine und spezielle Krankenpflege*, 8. Aufl. Thieme, Stuttgart (1973)

- Kellermann HJ (1999) Beziehungspflege: Aufgabe – Herausforderung – Selbstverständlichkeit. Gedanken zu einer ethischen Dimension der Pflege. *Z Med Ethik* 45(3):177–183
- Keun F, Prott R (2008) Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung: Anpassung an neue Rahmenbedingungen. Gabler, Wiesbaden
- Kingreen T, Kühling J (Hrsg) (2015) Gesundheitsdatenschutzrecht. Nomos, Baden-Baden
- Krohwinkel M (2013) Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Huber, Bern
- Kühling J, Buchner B (Hrsg) (2017) DS-GVO Datenschutz-Grundverordnung. Kommentar. Beck, München
- Manzeschke A, Petersen J (2020) Ethische Aspekte der Digitalisierung und Technisierung des Pflegealltags. In: Monteverde S (Hrsg) *Handbuch Pflegeethik*, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 285–299
- Menche N (Hrsg) (2019) *Pflege heute*, 7. Aufl. Urban & Fischer, München
- Messer M (2018) Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege: Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität. Beltz Juventa, Weinheim
- Meyer-Kühling I, Mehmecke S (2020) Personelle Besetzung im Pflegebereich von Krankenhäusern. In: Dibelius O, Piechotta-Henze G (Hrsg) *Menschenrechtsbasierte Pflege*. Hogrefe, Bern, S 137–148
- NANDA (North American Nurses) International (2022) *Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikationen 2021–2023*, 3. Aufl. recom, Basel
- Orem DE (1996) *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Ullstein Medical, Berlin
- Rabe M (2017) *Ethik in der Pflegeausbildung*, 2. Aufl. Hogrefe, Bern
- Roper N, Logan W, Tierney A (2016) *Das Roper-Logan-Tierney-Modell: basierend auf den Lebensaktivitäten (LA)*. Hogrefe, Göttingen
- Rössler B (2001) *Der Wert des Privaten*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Schewior-Popp S, Sitzmann F, Ullrich L (Hrsg) (2020) *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung*, 15. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Schmid-Büchi S et al (2006) Modell zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und Gesundheitsversorgung. http://www.aggp.ch/cms/upload/aggpPDF/fqual_pflegequalitaetsmodell_juni06.pdf. Zugegriffen: 23. Juni 2022
- Schmid-Büchi S et al (2008) The “Zurich Quality Model of Nursing Care”, based on the “Quality of Health Outcome Model” (QHOM): a new perspective in measuring quality in nursing care. *Pflege* 21(5):309–317
- Schrapppe M (2018) *APS Weißbuch Patientensicherheit. Aktionsbündnis Patientensicherheit*, Berlin, S 451–465
- Schuchter P (2016) *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine Praktische Philosophie der Sorge*. transcript, Bielefeld
- Stemmer R (2003) *Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen*. *Pflege Ges* 8(2):51–58
- Teubner P (2015) *Interne Erhebungen in Krankenhäusern*. In: Dann M (Hrsg) *Compliance im Krankenhaus. Risiken erkennen – Rahmenbedingungen gestalten*. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, S 135–189
- Vogel I (2020) Unterstützung der Entscheidungsfindung im Pflegeprozess durch Digitalisierung. In: *epa-Impulse, Schwerpunkt: Digitale Bildung*, S 12–17. https://www.epa-cc.de/wp-content/uploads/2021/01/epaimpulse_digitale_bildung_03-2020.pdf. Zugegriffen: 26. Jan. 2023
- Vogel KH, Mauersberg S, Rock C (2020) *Ethik und Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie der Pflege aus Verbrauchersicht*. In: Heinemann S, Matusiewicz D (Hrsg) *Digitalisierung und Ethik in Medizin und Gesundheitswesen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 233–240
- Wehrstedt N, Wiedermann A (2020) *Partizipation von Anfang an. Zur Stärkung angehegender Pflegefachpersonen*. *PADUA* 15(4):209–213
- World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Zugegriffen: 23. Juni 2022
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) *Untersuchung zur Verfügbarkeit und Qualität von pflegerischen Standards und Leitlinien im deutschsprachigen Raum. Abschlussbericht*. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Abschlussbericht_Leitlinien_Standards.pdf. Zugegriffen: 26. Jan. 2023