



Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege
Band 11

Ingo Proft / Franziskus von Heereman /
Sabine Nover (Hg.)

Digitalisierung – Technik – Verantwortung

Anthropologische Impulse
aus Theologie, Pflege und Ethik

Matthias Grünewald Verlag

VERLAGSGRUPPE PATMOS

PATMOS
ESCHBACH
GRUNEWALD
THORBECKE
SCHWABEN
VER SACRUM

Die Verlagsgruppe
mit Sinn für das Leben



Die Verlagsgruppe Patmos ist sich ihrer Verantwortung gegenüber unserer Umwelt bewusst. Wir folgen dem Prinzip der Nachhaltigkeit und streben den Einklang von wirtschaftlicher Entwicklung, sozialer Sicherheit und Erhaltung unserer natürlichen Lebensgrundlagen an. Näheres zur Nachhaltigkeitsstrategie der Verlagsgruppe Patmos auf unserer Website www.verlagsgruppe-patmos.de/nachhaltig-gut-leben

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2022 Matthias Grünewald Verlag

Verlagsgruppe Patmos in der Schwabenverlag AG, Ostfildern
www.gruenewaldverlag.de

Umschlaggestaltung: Finken & Bumiller, Stuttgart

Umschlagabbildung: [irwan iwe/unsplash.com](https://www.unsplash.com)

Druck: CPI books GmbH, Leck

Hergestellt in Deutschland

ISBN 978-3-7867-3311-9

Inhalt

Vorwort	7
I. Digitalisierung	11
Erika Sirsch	
Wenn der Computer den Pflegebedarf bestimmt	13
Ingo Proft	
Digitalisierung im Gesundheitswesen	
Künstliche Intelligenz als ethische Herausforderung	25
Klaus Vellguth	
Mission im Zeitalter der Digitalität	
Perspektiven einer Zukunft, die längst schon begonnen hat	67
II. Technik	85
Markus Schulze	
Auch Technik läuft auf Gott hinaus	
Der hl. Bonaventura zum Verhältnis von Technik und Theologie	87
Joachim Schmiedl	
Vom Pergament zum Internet	
Medien der Glaubensvermittlung in der Geschichte der Kirche	111
Sabine Ursula Nover	
Mia oder Paro?	
Zum Einsatz von Hunden und Robotern in der Therapie von Menschen mit Demenz	125
III. Verantwortung	147
Michael P. Schmude	
Der Mensch – von Prometheus bis Sartre	
Ein philosophischer Parcours	149

Alban Rüttenauer	
Die Gefahr der Verallgemeinerung	
Ezechiels Kritik an Sprichworten und Günter Grass' Analyse moderner Hassmedien in seiner Novelle „Im Krebsgang“	165
Franziskus von Heereman	
How dare we?	
Philosophische Überlegungen zu einem menschlichen Umgang mit der ökologischen Krise	175
Sabine Könniger, Nils Fischer & Helen Kohlen	
Dolmetschen im Krankenhaus – (k)ein Problem!?	
Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt TONGUE zu kultureller Vielfalt in Gesundheitseinrichtungen	193
Autorinnen und Autoren	205

Vorwort

Digitalisierung und Technik bestimmen heute maßgeblich das sozialgesellschaftliche Miteinander. Dies betrifft klassisch traditionsorientierte Strukturen in Kultur, Gesellschaft und Religion ebenso wie stärker innovationsgeprägte Bereiche in Medizin und Pflege.

Technik erweist sich dabei nicht länger bloß als ein Instrument des Wandels, sondern als Motor wie Orientierungshilfe im Wandel selbst. Je größer die technischen Gestaltungsmöglichkeiten (zwischen)menschlicher Kommunikation und je größer der technisch induzierte Einfluss auf ein gelingendes menschliches Leben wird, umso mehr bedarf es einer strukturierten und kontextsensiblen Auseinandersetzung mit den jeweiligen Chancen und Risiken – kurzum: Es geht um gelebte Verantwortung in einer multimodalen Welt.

Interdisziplinäre Beiträge aus Theologie, Pflege und Ethik geben in drei Kapiteln Einblicke in ein breitgefächertes Themenfeld, das dabei neu die Frage nach dem Selbstverständnis des Menschen in einer transformativen Gesellschaft stellt.

Kapitel I: Digitalisierung

Erika Sirsch setzt sich in ihrem Artikel kritisch mit der Bestimmung des digitalen Pflegebedarfs auseinander. Der Prozess der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Erfassung des Pflegebedarfs im Speziellen sind komplex. Sie bedürfen einer Analyse, die das Setting ebenso einfängt wie die konkrete Lebensbiografie. Sirsch eröffnet mit dem Grundverständnis, dass Digitalisierung Entlastung und sinnhafte Ergänzung von pflegerischen Tätigkeiten sein kann und stellt dazu Ansätze vor, wie ein digitaler Transfer in die Pflegepraxis gelingen kann.

Ingo Proft wendet sich in seinem Beitrag den Gestaltungsmöglichkeiten von künstlicher Intelligenz im Gesundheitssektor vor dem Hintergrund des Begriffspaars (Selbst)Erkenntnis und Verantwortung zu. Der Autor gibt Einblicke in aktuelle Anwendungsfelder von KI im Gesundheitswesen auf stationärer, teilstationärer/ambulanter und häuslicher Ebene und zeigt ethische Kriterien für den konkreten Praxiseinsatz auf.

Klaus Vellguth geht in seinem Beitrag auf die Bedeutung des Digitalen in der Kommunikation, konkret der Glaubensverkündigung ein. Unter dem Titel der Mission im digitalen Zeitalter setzt er seinen Schwerpunkt auf die Missionstätigkeiten der Kirche in Afrika und Asien und spürt zudem deren Kompatibilität für die Situation in Europa nach. Vellguth stellt in seinem

Beitrag Good-Practice-Beispiele für einen globalen, digitalen Austausch vor, der sich bewusst auch als Dialog zwischen Kulturen versteht.

Kapitel II: Technik

Markus Schulze sucht in seinem Beitrag nach dem Ursprung der Technik. Der Mensch ist befähigt, ja herausgefordert, sich seiner Freiheit zu bedienen, sich schöpferisch zu betätigen – eben auch durch Technik. Technik wird damit zum Ort der Selbsterfahrung sowie der Begegnung des kreativen Geschöpfes mit seinem Schöpfer – dem trinitarischen Gott.

Joachim Schmiedl skizziert die Transformation der Kommunikation am Medium des Buchdrucks im Kontext der Glaubensvermittlung der Kirche. Auch wenn Medien in ihrer Gestalt gleichsam durch Zielgruppe und Inhalt bestimmt sind und einem kontinuierlichen Transformationsprozess unterliegen, so kommt ihnen doch insoweit eine Kontinuität zu, insofern sie immer nach einer angemessenen Sprache suchen. Dies bezeugen auch mannigfaltige Beispiele kirchlicher Glaubensvermittlung – von ersten bildhaften Darstellungen, über den Aufstieg des Buchdrucks bis hin zum Gottesdienst im live-stream.

Form follows function ist auch die Grundannahme des Beitrags von **Sabine Nover**, die sich der mediengestützten sozialen Interaktion im Gesundheitswesen zuwendet. Nover spürt dazu dem Einsatz von Robotern im Gesundheitswesen, speziell in der Demenztherapie und den damit verbundenen besonderen Herausfordernden an gelingende Kommunikation und Interaktion, nach. Der ‚technischen Beziehung‘ wird eine ‚lebendige Beziehung‘ zur Seite gestellt und vergleichend der Einsatz von Assistenz-, Therapie und Besuchshunden beleuchtet. Beide Ansätze verbindet die Frage ethischer Verantwortung im Sinne der ‚Lebensdienlichkeit‘.

Kapitel III: Verantwortung

Michael Schmude bestimmt Verantwortung als zentralen anthropologischen Grundvollzug in geschichtlichen Meilensteinen von der griechischen Antike bis zur Aufklärung. Schmude fragt nach den Möglichkeiten und Grenzen von Erkenntnis und daraus ableitbaren handlungsleitenden Kriterien für ein gelingendes Sozialleben. Der Suche nach dem Absoluten im Konkreten wird somit auch eine kultur- und geschichtssensible Perspektive zur Seite gestellt.

Die Frage nach dem Wesen des Menschen fortführend setzt **Alban Rüttenauer** seinen Schwerpunkt auf die Eigen- und Fremdwahrnehmung. Seit dem Aufkommen moderner Medien haben sich gesellschaftliche Entwicklungen immer stärker dynamisiert – streckenweise auch radikalisiert. Rüttenauer vergleicht den Wunsch des Menschen nach Einheit mit der Gefahr des Strebens nach Uniformität. Dazu bringt er die Erfahrungen Ezechiels im Alten Testament ins Gespräch mit der Novelle ‚Im Krebsgang‘ von Günter Grass. Einheit, verstanden als lebendige Solidarität, erfordert Unterscheidung und wertschätzende Achtung, die (kulturelle) Vielfalt wesentlich als Ermöglichung versteht.

Globale Herausforderungen, die heute menschliche Solidarität in ganz neuer Weise anfragen, sind auch das Thema von **Franziskus von Heereman**. Sein Beitrag befasst sich mit dem Klimawandel als Krise. Handlungsoptionen und konkrete Modelle sind Gegenstand eines breit angelegten interdisziplinären Dialogs. Philosophische Überlegungen hingegen gehen viel tiefer als bloß reaktiv über die Vermeidung oder die Minimierung zukünftiger Auswirkungen zu reflektieren: So setzt die zentrale These des Autors im Selbstverständnis des Menschen im Umgang mit Krisen als sozialen Herausforderungen an. Krisen sind weder schicksalhaft noch als Ausdruck menschlicher Hybris bloß im Sinne der Bewältigungslogik zu adressieren. Sie stellen vielmehr grundlegend die Frage: Was ist der Mensch im Verhältnis zu sich selbst als auch zu seiner belebten und unbelebten Umwelt – Handlungskonsequenzen nicht ausgeschlossen.

Eine Krisenerfahrung ganz eigener Art, als existenzielle Verwiesenheit in der Fremde angesichts von Krankheit und Gebrechen, bringen **Sabine Könniger, Nils Fischer und Helen Kohlen** ein. Die AutorInnen stellen Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt TONGUE vor, bei dem es um die Fragilität von Kommunikation, dargestellt am Beispiel Dolmetschen im Krankenhaus, geht. Die Überwindung von Sprachbarrieren stellt für Patienten, Angehörige und Klinikpersonal eine tägliche Herausforderung dar. Der Beitrag bietet Impulse für einen Bewusstseinswandel, der gelingende Kommunikation im Kontext kultureller und sozialer Verantwortung verortet.

Die Beiträge dieses Bandes wollen in ihrer Vielfalt Orientierungs- und Argumentationshilfen bieten und zu einer Sprachfähigkeit in ‚Sozialer Verantwortung‘ beitragen, die analoge und digitale Welt verbindet.

Die Herausgeber

I. Digitalisierung

Wenn der Computer den Pflegebedarf bestimmt

Erika Sirsch

Das Ziel von Pflege ist die (größtmögliche) Wiederherstellung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen.¹

1. Eine Einführung

Digitalisierung in allen Spielarten, von Informationssystemen bis hin zur Robotik, ist in aller Munde; für jede Herausforderung, für jedes Problem in der Pflege scheint die Digitalisierung einen Lösungsansatz zu bieten. Die Bundesregierung hat dazu eigens im Jahr 2021 das ‚Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)‘² verabschiedet. Selbst für den Fachkräftemangel wird Digitalisierung als Lösung vorgeschlagen. Die Logik dahinter: die Entlastung von Pflegefachkräften durch Digitalisierung setzt Ressourcen frei, die den Personalmangel auffangen könnten. Das klingt sehr zukunftsgerichtet und lösungsorientiert, aber ist das auch zielführend im Sinne von Menschen mit Pflegebedarf?

Um dieser Frage nachzugehen, werden in diesem Beitrag zunächst die Relevanz und die Diversität der pflegerischen Unterstützung aufgezeigt. Diese ist so umfangreich wie es die menschlichen Bedarfe sind. Dieser Annäherung folgt ein Abschnitt, der der Erfassung des Pflegebedarfes und der darauf basierenden Entscheidungsfindung hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen gewidmet ist, wobei neu geordnete gesetzliche Rahmenbedingungen zu ‚Vorbehaltlichen Aufgaben‘ in der Pflege eine Rolle spielen. Auf dieser Basis kann eine Einschätzung technischer Hilfen erfolgen, daher schließt sich eine Beschreibung unterschiedlicher Formen der Digitalisierung und ihrer Möglichkeiten und Grenzen an. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion zu unterschiedlichen Zugängen und Konzepten der Digitalisierung in der Pflege ab und beleuchtet, was im Kontext der Erfassung des Pflegebedarfes überhaupt möglich ist und wo möglicherweise die Zukunft liegen kann.

¹ Henderson, Virginia, ‚Das Wesen der Pflege‘, in: Schaeffer, Doris; Moers, Martin; Steppe, Hilde; Bern, Alaf Meleis (Hg.), *Pflegetheorien*. Beispiele aus den USA, 1997, 39–54.

² Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/dvpmg-beschluss-bundestag.html> [letzter Zugriff 21.02.2022].

2. Was ist Pflege?

Mit dieser Frage beschäftigen sich Pflegende seit vielen Jahrzehnten. Vor mehr als einem halben Jahrhundert formulierte die Pflegewissenschaftlerin Virginia Henderson (1897–1996), dass die einzigartige Funktion von Pflege darin besteht, den kranken oder auch gesunden Menschen bei der Verrichtung von Aktivitäten zu unterstützen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er oder sie über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügen würde.³ Dazu entwickelte Henderson in der Mitte des letzten Jahrhunderts in Kooperation mit dem International Council of Nurses (ICN)⁴ das Modell der 14 Grundbedürfnisse, die der Pflege zugrunde liegen:

Dazu gehören nach Henderson (1955)

1. normale Atmung
2. angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
3. Ausscheidung mittels aller Ausscheidungsorgane
4. Bewegung und Einhaltung der gewünschten Lage
5. Ruhe und Schlaf
6. Auswahl passender Kleidung, An- und Ausziehen
7. Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur
8. Sauberkeit und Körperpflege, Schutz des Äußeren
9. Vermeidung von Gefahren in seiner Umgebung und einer Gefährdung anderer
10. zum Ausdruck bringen von Empfindungen, Nöten, Furcht oder Gefühlen im Umgang mit anderen
11. Gott zu dienen entsprechend seinem persönlichen Glauben
12. befriedigende Beschäftigung
13. Spiel oder Teilnahme an verschiedenen Unterhaltungsformen
14. lernen, entdecken oder befriedigen der Wissbegier, die zu einer normalen Entwicklung und Gesundheit führen

³ Ebd., 42.

⁴ International Council of Nurses (ICN) – Weltbund der Pflegenden, ein Zusammenschluss von über 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege weltweit zu vertreten, mit dem Ziel den Pflegeberuf voranzubringen, das Wohlergehen zu fördern und sich in allen Politikbereichen für die Gesundheit einzusetzen. <https://www.icn.ch/who-we-are> [letzter Zugriff 21.02.2022].

Diese ursprünglich 14 Grundbedürfnisse wurden um einen 15. Aspekt ergänzt:⁵ die Nutzung der vorhandenen Gesundheitsversorgungseinrichtungen.

Der ICN selber definiert in der deutschen Fassung Pflege als: „... die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“⁶

Diese Beschreibungen von Pflege zeigen auf, wie differenziert und facettenreich pflegerisches Handeln sein kann. Um das zu illustrieren seien hier nur zwei auf ganz unterschiedlichen Ebenen liegende Bereiche benannt, die von dieser Definition eingeschlossen werden: Auf der Ebene technisch-praktischer Handlungen können so heterogene Tätigkeiten wie die Bedienung eines Beatmungsgerätes zur Unterstützung beim Atmen oder der Sturzprophylaxe darunter verstanden werden. Auf der Ebene der Interessenwahrnehmung andererseits gilt es, dass Pflegefachkräfte eine anwaltliche Interessensvertretung für die Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen gewährleisten, um somit also eine völlig andere Art der Unterstützung zu leisten. Das sind nur zwei extreme Beispiele einer Skala möglicher pflegerischer Unterstützung.

3. Bedarf oder Bedürfnis

Die Kunst, oder wie Henderson sagt, die einzigartige Funktion der Pflege, ist es unter anderem die jeweiligen Bedürfnisse oder den Bedarf zu erkennen, zu erfassen und entsprechend zu handeln sowie die Handlungen im Sinne

⁵ Henderson, Wesen, 47.

⁶ International Council of Nurses (ICN), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), und Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK), Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN / Deutsche Übersetzung / Konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK (o. J.) <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf> [letzter Zugriff 21.02.2022].

der betroffenen Person zu evaluieren. Dabei ist der Bedarf nicht immer gleichbedeutend mit dem Bedürfnis. Ein Beispiel mag das verdeutlichen: ein Mensch mit Pflegebedarf hat das Bedürfnis nach Sahnetorte. Aus professioneller Sicht ist allerdings für diese Person eine Ernährung ohne Sahnetorte zuträglicher. Möglicherweise ist es durch den objektiv wahrnehmbaren gesundheitlichen Zustand, bspw. durch eine Diabetes Erkrankung oder ein erhöhtes Gewicht, angeraten, eher Obst und Gemüse zu sich zu nehmen. Wird jetzt aber der Kontext in die Situation einbezogen, macht es einen Unterschied, wie oft der Wunsch nach Sahnetorte besteht: oder ob es einer Person in einer palliativen Situation am Ende des Lebens nach Sahnetorte gelüftet, oder es sich um einen Jugendlichen am Anfang der ‚Karriere‘ als übergewichtige Person handelt.

4. Die Diagnostik des Pflegebedarfs

Bei der Erfassung des Pflegebedarfes reicht es daher nicht, scheinbar objektive Fakten in den Blick zu nehmen. Vielmehr müssen diese Fakten stets in den jeweiligen Kontext rückgebunden werden. Es macht eben einen Unterschied, wann, wie oft und von wem die Sahnetorte gegessen und vor allem welche Bedeutung den Folgen dieses Genusses zugeschrieben wird. Die Erfassung des Pflegebedarfes beschränkt sich natürlich nicht auf die Frage zum Genuss einer Sahnetorte bei Adipositas oder einer Diabetes Erkrankung. Die Erfassung des Pflegebedarfes ist eine komplexe Tätigkeit, ein diagnostischer Erkenntnisprozess, zu dem Schrems⁷ drei Ebenen benennt:

Die Ebene des Wissens der ersten Person

Darunter wird das subjektive Erleben der Person mit Pflegebedarf verstanden. Wie erlebt diese Person ihre Erkrankung, ihre Einschränkungen und welche Bedürfnis hat sie, wie ist der Bedarf? Möglicherweise hat die Person den Bedarf, in der Bewältigung ihres Schmerzerlebens unterstützt zu werden, sie benötigt Hilfe bei Anwendung von schmerzreduzierenden Maßnahmen. Gleichzeitig kann diese Person das Bedürfnis haben, alle Entscheidungen zu Maßnahmen möglichst autonom zu entscheiden.

⁷ Schrems, Berta, *Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln*. Vol. 2. Wien 2018.

Die Ebene des Wissens der dritten Person

Darunter wird das Regelwissen von Pflegefachpersonen, verfügbare wissenschaftliche Befunde und evidenzbasiertes Wissen z. B. aus Standards und Leitlinien verstanden. Pflegefachpersonen verfügen über Regelwissen und über Mechanismen, die es erlauben, sich solchermaßen evidenzbasiertes Wissen anzueignen. Sie sind in der Lage, Informationen zu nutzen, die in diese Ebene der Entscheidungsfindung einfließen.

Die Ebene des Wissens der zweiten Person

In dieser Ebene werden das subjektive Erleben der ersten Person mit den verfügbaren Hintergrundinformationen aus den scheinbar objektiven Daten, wie bspw. den Blutdruckwerten und dem Regelwissen der dritten Person, miteinander in Beziehung gesetzt. Eine Entscheidung ist nur im Abgleich der Informationen der Ebenen der ersten und dritten Person möglich, die auf der Ebene der zweiten Person in Beziehung verhandelt werden. In diese Ebene fließt auch das Erfahrungswissen der Pflegefachpersonen als interne Evidenz ein.

In diesem Abgleich wird deutlich, wie komplex der Prozess des Diagnostizierens, der Erfassung des Pflegebedarfes ist und wieviel Wissen, auch um jeweils individuell relevante Aspekte, dazu notwendig ist.

Diese komplexe Tätigkeit der Erfassung des Pflegebedarfes, des pflegerischen Diagnostizierens, ist daher Pflegefachpersonen vorbehalten. Der Gesetzgeber formulierte dazu im Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz PflBRefG)⁸ Vorbehaltsaufgaben. Diese Vorbehaltenen Aufgaben regeln u. a. die Erfassung des Pflegebedarfes, aber auch die Organisation, Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses: „Abschnitt 2 Vorbehaltene Tätigkeiten § 4 Vorbehaltene Tätigkeiten

(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen

⁸ Deutscher Bundestag, Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz-PflBRefG), Berlin 2017, von: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1614269350443. [letzter Zugriff 21.02.2022].

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,
 2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
 3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.
- (3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden.“⁹

5. Veränderung der Pflegebedürftigkeit

Der Pflegebedarf in Deutschland verändert sich rapide, zum einen durch die steigende Komplexität der gesundheitlichen Versorgung, zum anderen durch die Veränderungen in der Altersstruktur durch demografische Entwicklungen.¹⁰

Pflegebedürftige Menschen sind dabei häufig schutzbedürftig, aufgrund von Einschränkungen ihrer gesundheitlichen Situation oder der kognitiven Möglichkeiten. Oft sind sie in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt oder gefährdet, darin eingeschränkt zu werden. Pflegebedürftige Personen sind in unterschiedlichen Settings anzutreffen, im Krankenhaus ebenso wie in der stationären oder ambulanten Altenhilfe. Diese Gruppe pflegebedürftiger Menschen ist groß. Nach offiziellen Angaben waren im Dezember 2019 rund 4,13 Millionen Menschen im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI) dauerhaft pflegebedürftig. Im Gegensatz dazu waren es im Jahr 1999 ‚nur‘ 2,02 Millionen pflegebedürftige Menschen.¹¹ Davon wurden im Jahr 2019 80% der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt.¹² In den Krankenhäusern wurden im Jahr 2019, noch vor der Covid-19 Pandemie,

⁹ Ebd.

¹⁰ Statistisches Bundesamt, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, in Demografischer Wandel in Deutschland, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Publikationen/Downloads/krankenhausbehandlung-pflegebeduerftige-5871102109004.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff 21.02.2022].

¹¹ Quelle: Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html> [letzter Zugriff 22.02.2022].

¹² Ebd.

19 855 784 vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fallzahlen)¹³ zeitweise behandelt.

Alle diese Personen haben eines gemeinsam: ihren – sehr unterschiedlichen, individuellen – Pflegebedarf.

6. Vom Pflegebedarf zur Digitalisierung

„Die einfachste Definition von Digitalisierung besagt, dass analoge Inhalte oder Prozesse in eine digitale Form oder Arbeitsweise umgewandelt werden.“¹⁴ Das gilt für Prozesse in der Pflege, wie auch in anderen Bereichen des Alltags. Digitale Endgeräte wie Smartphones oder Smartwatches sind kaum noch wegzudenken. Sie begegnen uns ständig, zu Hause, am Arbeitsplatz oder eben im Krankenhaus oder der ambulanten Pflege. Diese Botschaft wird auch auf der Homepage des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie geteilt, wenn dort zu lesen ist: „Die Digitalisierung begegnet uns überall – und hat die Art, wie wir arbeiten und leben, stark verändert.“¹⁵ Auf dieser Homepage ist auch zu lesen, dass: „7,6 Milliarden Euro (...) im ersten Halbjahr 2021 in deutsche Startups investiert [wurden] und 74 % der Unternehmen in Deutschland (...) eine Digitalisierungsstrategie [besitzen]“¹⁶.

Wenn von Digitalisierung die Rede ist, ist es ganz unterschiedlich, was darunter gefasst wird:¹⁷

So werden digitale Technologien bzw. moderne Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) grob unterschieden in komplexe technische Infrastrukturen, Software oder Hardware, digitale Anwendungen (Apps, Managementsysteme...) oder in einzelne Geräte. Unter einzelnen Geräten werden wiederum Smartphones, Tablets oder sogenannte Wearables, wie z. B. Smartwatches oder Smartbrillen verstanden.¹⁸

¹³ Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html> [letzter Zugriff 22.02.2022].

¹⁴ Digitalmagazin <https://digital-magazin.de/digitalisierung-definition> [letzter Zugriff 21.01.2020].

¹⁵ Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Dossier/digitalisierung.html> / [letzter Zugriff 22.02.2022].

¹⁶ Ebd.

¹⁷ FH Bielefeld University of Applied Sciences. Erprobungsmodul, Digitalisierung im Gesundheitswesen: Veränderungen in Pflege und Therapie durch den Einsatz digitaler Technologien. Präsentation von www.fh-bielefeld.de/humantec (2018) [letzter Zugriff 21.01.2022].

¹⁸ Ebd.

Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2018¹⁹ zeigt die sehr breit gefächerten Einsatzmöglichkeiten von Digitalisierung auf. Die Autorinnen und Autoren können dabei sehr unterschiedliche Einsatzbereiche identifizieren, von denen an dieser Stelle einige exemplarisch aufgegriffen werden:²⁰

1. Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT)

Darunter werden Technologien verstanden, die u. a. relevante Informationen bereithalten und auf die Verbesserung der Informationslage fokussieren. Auch digitale Angebote zur zwischenmenschlichen Kommunikation können zur relevanten Kommunikation zugehörig gewertet werden. Aber auch Angebote zum Tele-Nursing oder zur Prozessplanung werden darunter gefasst.

2. Robotik

Dazu gehören Assistenzroboter, wie sie z. B. während der Olympischen Winterspiele in China beim Servieren von Mahlzeiten zum Einsatz kamen. Aber auch Roboter, die zur Beschäftigung von Menschen mit Demenz entwickelt wurden, wie die bekannte Robbe PARO, gehören dazu.

3. Sensor-Technik

Darunter fallen unter anderem Sensoren, die Bewegungen erfassen können, beispielweise bei Verlassen des Bettes, oder wenn Personen ihre Position verändern, vielleicht sogar stürzen.

4. Elektronische Gesundheitsakten (EHR) / elektronische Krankenakten (EMR)

Hier liegt der Schwerpunkt auf der Nutzung unterschiedlicher Techniken, mit dem Zweck Informationen zwischen unterschiedlichen Systemen auszutauschen.

5. Monitoring

Technologien zur Überwachung von Personen mit Pflegebedarf, sie beinhalten häufig Sensoren, gehen aber über diese Funktion hinaus, indem sie bspw. die Signale der Sensoren gleichzeitig verwalten.

6. Assistive Systeme

Systeme, die bei der Durchführung von Handlungen unterstützen können, bspw. wenn ein voreingestellter Alarm an das regelhafte Trinken oder an die regelhafte Medikamenteneinnahme erinnert.

¹⁹ Krick, Tobias; Huter, Kai; Domhoff, Dominik; Schmidt, Annika; Rothgang, Heinz; Wolf-Ostermann, Karin, Digital Technology and Nursing Care. A scoping Review on Acceptance, Effectiveness and Efficiency Studies of Informal and Formal Care Technologies, BMC Health Serv Res, 19, 2019, 400.

²⁰ Ebd., 6.

7. E-Learning Systeme
Lernressourcen werden zur Verfügung gestellt oder können genutzt werden.
8. Informationssysteme für Krankenhäuser/Pflegeeinrichtungen (HIS)
Speicherung und Weiterleitung von Informationen in Kliniken oder Einrichtungen der Langzeitpflege.
9. (Aus-)bildungstechniken
Unterstützende Systeme in der Aus- und Weiterbildung, z. B. in realitätsnahen Simulationen.
10. Ambient Assisted Living (AAL)
Multifunktionale, meist modulare Systeme, die Personen in ihrem Lebensumfeld unterstützen sollen, wie z. B. spezielle Telefone oder digitale Kommunikationssysteme, die es erlauben, Kontakt in die Gemeinde oder zur Familie zu unterhalten.
11. Entscheidungshilfe
Softwaresysteme, die es erlauben, auf Leitlinien oder ähnliches zurückzugreifen und diese Informationen in der Situation nutzbar zu machen.
12. Tracking (Rück-/ Nachverfolgung)
Diese Systeme erlauben es, Personen oder Gegenstände rückzuverfolgen.
13. Persönliche medizinische Unterlagen (PMR)
Dabei handelt es sich um digitale Aufzeichnungen patientenbezogener Daten.

Bei allen technischen Unterstützungsmöglichkeiten bleibt die Herausforderung für Pflegende die Erfassung des Pflegebedarfes. Wie gehen nun pflegerische Diagnostik, die Erfassung des Pflegebedarfes entlang eines seit Jahrzehnten etablierten Pflegemodells, wie dem der Grundbedürfnisse nach Henderson²¹, und die sich rasant verändernden digitalen Technologien zusammen?

Eines ist sicher, intelligente Technologien verändern die Arbeit professionell Pflegender in einem nie gekannten Ausmaß, aber das gilt nicht für alle Aspekte pflegerischer Arbeit gleichermaßen.

Entscheidend für die pflegerische Arbeit ist nach wie vor die Orientierung an den zentralen Konzepten der Entscheidungsfindung. Der interprofessionelle Austausch gehört ebenso dazu. Es ist sicherlich zu differenzieren, ob es sich um eine komplexe, hochkomplexe oder einfach zu lösende Situation handelt.

²¹ Henderson, Wesen, 47.

Monitoring, Sensor-Technik oder E-Learning-Systeme stellen vielfältige Informationen zur Verfügung. Angesichts der beschriebenen Komplexität der Aufgaben wird aber auch deutlich, dass der alleinige digitale Einsatz nicht reichen wird, um den individuell bestehenden Pflegebedarf abzubilden oder den Bedarf von den Bedürfnissen zu unterscheiden, wie es das eingangs beschriebene Beispiel mit der Sahnetorte verdeutlichen mag. Es braucht, wie Schrems in ihrer verstehenden Diagnostik beschreibt,²² Pflegefachpersonen, die die digital ermittelten Informationen bündeln, mit dem aktuellen Bedarf der pflegebedürftigen Person abgleichen und in Handlungen umsetzen. Pflegefachpersonen sind dazu ausgebildet, eben dies zu tun. Digitalisierung kann somit faktisch Entlastung bringen.

Durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz-DVPMG²³ wird die Vernetzung im Gesundheitswesen ebenso gefördert, wie Telemedizin. Die Digitalisierung birgt, richtig eingesetzt, ein erhebliches Potential zur Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass besonders in Bereichen der Pflegedokumentation, bei Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen sowie Dienst- und Tourenplanung digitale Angebote enorm entlasten können.²⁴ Digitalisierung ist, das darf nicht verschwiegen werden, auch ein Milliardengeschäft.

Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sie muss dem Zweck dienen und den betroffenen Menschen nutzen. Die Pflege und die Erfassung des Pflegebedarfes erledigen sich nicht von selbst durch die Digitalisierung.

Digitalisierung kann Entlasten und eine Chance sein, wenn sie pflegerische Tätigkeiten sinnhaft ergänzt. Das ist allerdings nicht immer der Fall. So existiert bspw. eine automatische Schmerzerkennung zur Erfassung externer Schmerzzeichen, ein sogenannter PainFaceReader²⁵. Dabei werden mimische Veränderungen wie Grimassieren über ein Videosystem erfasst, automatisiert bewertet und in ein systematisches Monitoring überführt. Was diese Befunde aber für den jeweiligen Menschen bedeuten, welche Bedeutung die Person dem Schmerz zumisst, wie sie den Schmerz empfindet, ob es chronischer oder akuter Schmerz ist, bedarf einer Einordnung bspw. durch eine Pflegefachkraft. Da schließt sich der Kreis zu den vorbehaltlichen

²² Schrems, *Pflegediagnostik*.

²³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/dvpmg.html> / [letzter Zugriff 22.02.2022].

²⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html/> (Letzter Zugriff 21.01.2020).

²⁵ <https://www.iis.fraunhofer.de/de/ff/sse/imaging-and-analysis/ils/shore-medicine/ils-pain-facereader.html> / (Letzter Zugriff 22.02.2022).

Aufgaben von Pflegefachpersonen. Unterstützung durch Digitalisierung, wie durch Videosysteme oder die Vitalzeichenübermittlung per Smartwatch, sind hilfreich, ersetzen aber die pflegerische Einschätzung, die Diagnostik und die Einordnung in den jeweiligen Kontext nicht.