

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ – auch im Alter. Ihrer pflegerischen Betreuung bedarf gerade deshalb gut ausgebildeten Personals

Foto: gezett.de



## Einsparen beim Fachpersonal Pflegedefizite bei alten

**Rationierung in der Pflege führt zwangsläufig zur Reduzierung gesundheitlich notwendiger Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Zum Einsparpotenzial zählt häufig auch gerontopsychiatrisches Fachpersonal. Vor allem ältere Personen leiden unter diesen pflegerischen Engpässen. Insofern bedeutet Rationierung häufig Altersdiskriminierung. Ethische Fragen zur Diskriminierung von demenziell erkrankten Menschen**

**D**er demographische Wandel und insbesondere die Zunahme hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft werden im 4. Altenbericht der Bundesregierung thematisiert. Was bisher nur wenigen Menschen vergönnt war, nämlich ihren 100. Geburtstag zu feiern, wird für unsere und zukünftige Generationen zum „Alltagsphänomen“ werden. Damit geht einher,

dass die Alterspyramide auf den Kopf gestellt wird, dergestalt, dass es zum einen immer mehr alte Menschen, zum anderen immer weniger Kinder und Jugendliche geben wird. Folglich drängen sich Fragen nach der Lebensqualität hochaltriger Menschen auf, deren medizinische und pflegerische Versorgung, sowie auch der sozialen und finanziellen Ressourcen und

deren Verteilung. „Positiv Altern“ bei hoher Lebensqualität und guter Gesundheit, das möchten alle Menschen, doch wird dabei häufig eine eventuelle Pflegebedürftigkeit ausgeblendet.

Zurzeit gibt es in der Bundesrepublik Deutschland über 900.000 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter, die an einer mittelschweren und schweren Demenz er-



und zukünftigen Versorgungssituation für demenziell erkrankte Menschen auf. Die aktuelle Versorgungslage ist gekennzeichnet von den Folgen einer medizinischen und pflegerischen Unter-, Über- und Fehlversorgung, sowohl institutionsspezifischer Defizite als auch von Passungsproblemen zwischen den unterschiedlichen Anbietern. Zwei Drittel der Demenzkranken werden in Privathaushalten von Angehörigen versorgt, was bekannterweise mit hohen psychischen, körperlichen und finanziellen Belastungen für die Betroffenen einhergeht. In der Zukunft ist somit mit einem vermehrten Bedarf an professionell Pflegenden und an freiwilligen Helferinnen und Helfern zu rechnen. Als Hauptgrund ist der zu erwartende Rückgang an familiären Netzwerken, also die Abnahme an Familienpflege und der generellen Veränderung der Lebensstile zu nennen. Darüber hinaus wird – wie angedeutet – der Anteil der demenziell erkrankten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin ansteigen.

In dem folgenden Text werden die ethischen Grundlagen des „Füreinander-Sorgens“ dem Konzept der Rationierung vorangestellt. Anschließend werden die in der Öffentlichkeit gängigen Argumente für eine Altersrationierung widerlegt und durch Erfahrungen aus dem Nachbarland Schweiz ergänzt. Abschließend werden die zukünftigen Herausforderungen für die Pflege und das Pflegemanagement dargestellt und diskutiert.

**Ethik des „Füreinander-Sorgens“.** Eine gute Pflege ist untrennbar verbunden mit der Anerkennung des Prinzips der Unantastbarkeit der Würde des Menschen und beinhaltet gemäß des ICN-Ethikkodex für Pflegenden (2000) folgende Aufgaben: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern“ und zwar unabhängig von Alter, Nation, Geschlecht und finanzieller Ressourcen. Menschliche Würde

kann folglich nicht an- oder aberkannt werden und ist insofern nicht käuflich, geschweige denn verkäuflich. Die Unantastbarkeit der Würde ist ein menschliches Grundrecht, das Eingang gefunden hat in die UN Menschenrechtserklärung (1948), die bundesdeutsche Verfassung (1949) wie etwa in die vom Europarat verkündeten Konvention zum Schutz der Menschen- und Grundrechte (1950). Auch der Vierte Altenbericht der Bundesregierung (2002) betont ausdrücklich den „Schutz der Würde“ und die Gleichwertigkeit und Gleichbehandlung von Menschen verschiedener Lebensalter.

Pflegende sollten Achtung vor dem Leben haben, d.h. sie sollten im Rahmen einer Ethik des „Füreinander-Sorgens“ menschliche Würde bewahren und fördern. Die Ethik des „Füreinander-Sorgens“ (Arndt 2003, 26) basiert im Wesentlichen auf christlichen Werten, der humanistischen Psychologie, der Philosophie der Frankfurter-Schule, wie auch der feministischen Ethik. Kernstück dieser Ethik ist die Beziehung zwischen den Interaktionspartnern, die von Empathie, Solidarität, Kooperation und Sorge getragen sein sollte. Moderne Pflege-theorien<sup>1</sup> rekurrieren auf dieses Konstrukt. Der Begriff „Würde“ ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Er unterliegt zwar einer Bedeutungs-vielfalt und damit semantischer Unschärfe, geht aber

von der einzigartigen Stellung des Menschen aus, von seinem Ursprung als moralfähiges und autonomes Wesen. Jedoch ist die Menschenwürde auch an Verpflichtungen der Umwelt geknüpft, wie z.B. „des Gelingens der Selbstdarstellung eines Menschen als individuelle Persönlichkeit“ (Luhmann 1965, 61). Bei der Rationierung besteht die Gefahr, dass sowohl die Würde des Menschen angetastet als auch die Ethik des Füreinander-Sorgens außer Kraft gesetzt wird.



**Prof. Dr. Olivia Dibelius** ist Professorin für Pflegewissenschaft und Leiterin des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. Schwerpunkte in der Lehre und Forschung: Pflege und Alter

**Gute Pflege ist untrennbar verbunden mit der Unantastbarkeit der Menschenwürde**

## Menschen

krank sind (Erkrankungsrate von 7,2%; zwei Drittel von ihnen an einer Alzheimererkrankung; Bickel 1999). Im Jahre 2020 ist ein Anstieg von 1,4 Millionen und bis zum Jahr 2050 sogar von mehr als 2 Millionen Demenzerkrankten zu erwarten (Bickel 2001). Entgegen früheren Vermutungen, ab einem bestimmten Alter würde kein Risiko mehr für das Auftreten einer Demenz bestehen, geht man heutzutage sogar vom Gegenteil aus. Es ist ein linearer Anstieg zwischen dem Alter und dem Neuaufreten der Demenz zu erwarten. Das heißt, allen statistischen Voraussagen nach werden gerade hochaltrige Menschen (ab 80 Jahren) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an Demenz erkranken als Menschen ab dem 60. Lebensjahr. Angesichts dieser Zahlen drängt sich die Frage nach der aktuellen



**Rationierung: Konzept und praktische Durchführung.**

Von Rationierung ist zu sprechen, wenn gesundheitlich notwendige Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr uneingeschränkt zur Verfügung gestellt werden (Wagner 2000, 4). Bei der impliziten (verdeckten) Rationierung wird ganz besonders der Gleichheitsgrundsatz verletzt und es besteht die Gefahr einer Unterversorgung bei bestimmten Patientengruppen wie z.B. chronisch kranker Menschen. Konzepte der Rationierung haben in Großbritannien eine traurige Berühmtheit erlangt und gehen meistens von dem utilitaristischen Gesamtnutzen der Kostenminimierung aus, wie z.B. bei dem Modell der sog. *Quality's*<sup>2</sup>.

Dabei wird die Lebensqualität eines erkrankten Menschen anhand der zu erwartenden Lebenserwartung und den vermuteten Kosten errechnet. An diesen Instrumentarien ist das sich dahinter verbergende Prinzip der Selektion und die normative Bestimmung von Lebensqualität zu kritisieren. Somit

drängt sich die Frage auf, wer bestimmt zu Lasten von wem den Gesamtnutzen? Vor allem ältere Personen schneiden bei diesen Bemessungen eindeutig schlechter ab als jüngere Personen, insofern bedeutet Rationierung häufig Altersdiskriminierung.

Jedoch scheinen die Pflegenden eine offene Auseinandersetzung über ihre alltägliche Praxis im Umgang mit Leistungsbegrenzungen nicht zu führen. Ängste vor Repressionen könnten dabei ursächlich sein. Viele Pflegenden sind in der beruflichen Praxis mit Rationierung konfrontiert und zwar meistens mit einer impliziten (verdeckten) Rationierung, so wie z.B. fehlende personelle Ressourcen und damit mangelnde Zeit zur Kommunikation. Dieser Trend wird sich zukünftig, angesichts der leeren Kassen im Gesundheitswesen noch verstärken. Um so wichtiger erscheint es, dass die Berufsgruppe das Thema öffentlich aufgreift und sich dazu positioniert. Das folgende Fallbeispiel beleuchtet die täglich in der Pflege anzutreffende Rationierung: „Frau N. ist seit zwei Jahren exami-

*Mit unterschiedlichem Elan dabei – alte Menschen beim Beweglichkeits-training*

Foto: gezett.de

nierte Altenpflegerin und arbeitet in einem Pflege- und Altenheim einer kirchlichen Trägerschaft. Sie macht heute zum ersten Mal Nachtdienst, da sie sich wegen ihrer Kinder vom Tag- in den Nachtdienst einteilen ließ, um tagsüber präsenter für ihre Kinder sein zu können. Obwohl sie die Pflegeeinrichtung und die Bewohner/innen gut kennt, fühlt sie sich heute vollkommen überfordert. Sie ist zuständig für den Wohnbereich der stark dementen Bewohner/innen und wegen des krankheitsbedingten Ausfalls der Kollegin auch einer sterbenden Bewohnerin. Die ganze Nacht ist Frau N. hin- und hergerissen zwischen der Betreuung von Herrn M., der aufgrund seiner schweren Demenz nachts besonders aktiv und mobil wird, in alle Zimmer läuft, um sich in andere Betten zu legen. Gleichzeitig möchte sich Frau N. um die sterbende Frau K. kümmern, deren Tod absehbar ist und die eigentlich die ganze Zeit eine Präsenzperson bräuchte. Ganz zu schweigen von den anderen Bewohner/innen, die ebenso ihrer Pflege bedürften. Sie entscheidet sich für die Betreuung von Herrn M., den demenziell erkrankten Bewohner, um zu große Irritationen und Aggressionen ihm gegenüber zu vermeiden. Am nächsten Morgen ist Frau N. (Nachtwache) vollkommen erschöpft, wütend und traurig zugleich und hat ein schlechtes Gewissen gegenüber Frau K., die in den frühen Morgenstunden verstorben ist.“ (Fallbeispiel aus der Untersuchung „ethisches Führungsverhalten von Pflegemanagerinnen in der stationären und teilstationären Altenpflege“; Dibelius 2001)

Jede Pflegeperson kennt solche Situationen zur Genüge und sie machen den defizitären Zustand der Pflege sehr deutlich. Was die vermeintlichen Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen angeht sind folgende Fragestellungen zu erörtern:

- ▶ Wie kann die häufig anzutreffende Rechtfertigung einer Altersrationierung widerlegt werden?
- ▶ Welche Erfahrungen machen andere Länder auf diesem Gebiet, hier die Schweiz?

### Zu: Kann die Rechtfertigung einer Altersrationierung widerlegt werden?

Bezüglich der zahlenmäßig immer mehr zunehmenden älteren Menschen hält sich der Mythos, dass die Kostenexplosion im Gesundheitswesen durch diese demographische Veränderung verursacht sei. Insofern ist der zuletzt gemachte Rationierungsvorschlag von dem Vorsitzenden der Jungen Union Philipp Mißfelder kein Zufall. Folgende Argumente sprechen dagegen: Erstens ist der Vorschlag der Altersrationierung unethisch, da ein generelles Verteilungsproblem nicht an einem einzelnen Kriterium wie dem Alter festgemacht werden kann. Denn die Kostensteigerung ist nicht nur durch den demographischen Wandel allein zu erklären, sondern durch eine Vielzahl von weiteren Faktoren. Dazu gehören u.a. die Änderung der Lebensformen und Lebensstile, der medizintechnische Fortschritt und die Folgen einer Unter-, Über-, Fehlversorgung in unserem Gesundheitswesen. Zweitens ist der Vorschlag einer Altersrationierung ignorant, da das Argument der sog. Kostenexplosion von führenden Ökonomen durch das Kriterium der „Nähe des Todes“ ersetzt wurde. Demnach sind die Kosten eines älteren Patienten nicht unbedingt höher als die bei einem jüngeren. Drittens belegt eine von Hilke Brockmann (2000) vorgelegte Studie bereits den umgekehrten Trend. Daten der Krankenkassen AOK Westfalen-Lippe und der AOK Thüringen zeigen, dass die Krankenkassen für die älter als Neunzigjährigen nur halb so viel ausgeben wie für die 65- bis 69-Jährigen. Demnach nehmen ältere Menschen im Schnitt weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch als jüngere Personen. Es bleibt ungeklärt, ob ältere Menschen bezüglich einer medizinischen Versorgung eine niedrigere Anspruchshaltung haben als jüngere Personen, oder ob ihnen Gesundheitsleistungen verweigert werden.

So ist es nicht verwunderlich, dass gerade Menschen mit der Diagno-

se „Demenz“ häufig mit „Leistungsbegrenzungen“ zu rechnen haben. Als wichtigste Rationierungsmaßnahmen sind knappe Personalbemessung, das Fehlen von gerontopsychiatrischen Fachpersonal und der Mangel von therapeutischen und pflegerischen Materialien zu nennen. Um den Personal-mangel zu kompensieren, erhalten „unruhige“ Bewohner häufig eine Überdosierung von Beruhigungsmitteln, die wiederum Nebenwirkungen haben wie Verwirrung und Sturzgefahr. Dies steht in krassm Kontrast zur rationierenden Medikamentenvergabe von Alzheimer Medikamenten oder Medikamente, die zur Verbesserung der Nebenwirkungen beitragen (Beyreuther 2001). Bekannt ist weiterhin, dass die für die Therapie unerlässliche Diagnostik von Alzheimer sehr häufig unterbleibt. Darüber hinaus gibt es empirische Untersuchungen über die positive Wirkung von Sozio- und Psychotherapie (Hirsch 2001), die in Altenheimen – wenn überhaupt –, nur in wenigen Fällen angeboten wird.

Fragen nach einer Verteilungsgerechtigkeit stellen sich auch, wenn man sich die Untersuchungsergebnisse von Hallauer (et al. 2000) vor Augen führt. Die Gesamtkosten von Demenzpatienten wurden bei 43.767 Euro pro Patient und pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland errechnet, wobei nur 2,5 Prozent auf die gesetzlichen Krankenversicherung, 29,6 Prozent auf die gesetzliche Pflegeversicherung und der Bärenanteil von 67,9 Prozent auf die Familien entfielen. Insofern unterliegen pflegende Angehörige nicht nur enormen psychischen und körperlichen Belastungen bei der Pflege, sondern auch einem Verarmungsrisiko. Für die Zukunft muss die Frage nach der Wertigkeit des Alterns und der würdevollen Pflege in Verbindung mit wirtschaftlichen Prioritätensetzungen neu gestellt werden. Die ursprüngliche Bedeutung von „wirtschaften“ heißt so viel wie „Werte schaffen“, insofern sind ökonomische Entscheidungen nicht wertfrei.

## Fussnoten

- <sup>1</sup> Parse (1987), Benner et al. (1997), Watson (1996)
- <sup>2</sup> Quality adjusted life years: Qualität bemessen nach Lebensjahren
- <sup>3</sup> Bemerkenswert ist vor allem das Engagement, mit dem die Diskussion über das Konzept geführt wurde, die Beschäftigten am Universitätsspital Zürich konnten sich über einen Zeitraum von vier Wochen dazu äußern.

### Zu: Welche Erfahrungen macht das Nachbarland Schweiz?

Hier soll auf die heftige Debatte um das Züricher Konzept zur Prioritätensetzung in der Pflege, das in der Schweiz für lebhaftes Diskussions gesorgt hat, hingewiesen werden. Das Konzept, das im Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege am Züricher Universitätsspital zusammen mit der Pflegedienstleitung entwickelt wurde (ZEEP 1999) hatte sich zum Ziel gesetzt, dem akuten Personalnotstand entgegenzuwirken und einer gefährlichen Pflege vorzubeugen. Demzufolge sollten in einer Notsituation vor allem die Interaktionen zwischen den Pflegepersonen und den zu Pflegenden in den Bereichen der Prävention und der pflegetherapeutischen Interventionen rationiert werden. Weiterhin wurden Einschränkungen in den Bereichen Zuwendung, Information sowie interdisziplinäre Maßnahmen vorgeschlagen. Alarmierend ist dabei, dass das hohe Gut der ‚Kommunikation‘ und damit die ethische Fundierung der Pflege dem Rotstift zum Opfer fallen sollte. Eine Pflege ohne Kommunikation widerspricht jedoch allen ethischen Grundprinzipien einer Pflegebeziehung. Eine Mehrheit der Pflegekräfte sprach sich jedoch gegen das Modell aus, da sie es als unethisch erachteten, was letztendlich eine Umsetzung in die Praxis verhinderte.<sup>3</sup> In der Öffentlichkeit sorgte dieses Papier für große Empörung. Begrüßt wurde hingegen die öffentliche Diskussion der Thematik und die Erkenntnis, dass „die Pflege kein beschränktes Rationierungskonzept braucht, sondern eine auch mit der Ärzteschaft und der Politik

abgestützte Diskussion über die „Prioritätensetzung“ (ZEEP 1999). Darüber hinaus wurde den Pflegenden bewusst, dass die Auseinandersetzung mit der Rationierung in den Pflegeberufen nicht offen angegangen wird, was wohl auch für die Bundesrepublik Deutschland zutrifft.

#### Herausforderungen für die Pflege und das Pflegemanagement.

Pflegende und Pflegemanager/innen sehen sich angesichts der bereits genannten demographischen und gesamtgesellschaftlichen Veränderungen mit einer dreifachen Herausforderung konfrontiert: Es gilt den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen, speziell den demenziell erkrankten Menschen, den eigenen fachlichen Standards, aber auch dem restriktiven Finanzierungsrahmen gerecht zu wer-

den. Damit sind ethische Problemsituationen geradezu zwangsläufig vorprogrammiert. Pflegende und Pflegemanager/innen laufen Gefahr, entweder ihre fachliche und persönliche Integrität und damit ein Stück ihres professionellen Ethos aufzugeben („Ausbrennen“ oder Kriminalisierung), oder sich der Loyalität gegenüber ihren Arbeitgeber/innen zu entziehen.

Ich möchte nun Perspektiven aufzeigen, die den aufgezeigten Problemfeldern etwas positives entgegensetzen und die folgenden drei Punkte erörtern:

- ▶ Ethische Kompetenz
- ▶ Umgang mit Dilemmas (z.B. Rationierung)
- ▶ Agieren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene.

**Zur Ethischen Kompetenz.** In der oben bereits genannten Untersu-

chung (Dibelius 2001, 2002) wird belegt, dass Pflegende zwar eine hohe ethische Sensibilität im Umgang mit Menschenrechten haben, jedoch bleibt der ethische Diskurs sehr stark auf die private Sphäre beschränkt. In den Pflegeteams findet auch kaum ein Austausch über ethische Fragestellungen am Arbeitsplatz statt und die Chancen dieser Wissenschaft für das pflegerische Berufsfeld werden nicht erkannt und genutzt. Hilfsmittel wie Fallbesprechungen, Ethikcafés, Ethik-Komitees oder Ethik-Kommissionen gehören nicht zum selbstverständlichen Repertoire von Pflegemanager/innen. Diese Tatsache wird auch durch den Modellversuch von Ruth Schwerdt (2002) bestätigt, in der Wege zur „Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag von

## Literatur

**Arndt, M. (2003):** Mit knappen Ressourcen (über)leben. Verteilungsgerechtigkeit und Pflege. Perspektiven im britischen Gesundheitswesen. In: Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive: Dibelius, O./Arndt, M. (Hrsg.), Hannover: Schlütersche, S. 63-78.

**Benner, P. & Wrubel, J. (1997):** Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern, Göttingen: Hans-Huber.

**Bickel, H. (1999):** Epidemiologie der Demenzen. In: Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie: Förstl, H./Bickel, H./Kurz, A. (Hrsg.), Berlin, Heidelberg: Springer, S. 9-32.

- (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 108-115.

**Brockmann, H. (2000):** Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. Max-Planck-Institut für demographische Forschung, Rostock: www.demogr.mpg.de

**Beyreuther, K. (2001):** Unveröffentlichter Vortrag gehalten auf der DGGG-Tagung, Fachbereich IV in Kiel (27. September).

**Dibelius, O. (2001):** Im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe (Heft 6/14. Jahrgang), S. 407-415.

- (2003): Altersrationierung: Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen? Eine Studie zum ethischen Führungshandeln von Pflegemanager/innen in der stationären und teilstationären Altenpflege. In: Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive: Dibelius, O. & Arndt, M. (Hrsg.), Hannover: Schlütersche, S. 23-36.

**Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) – Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe IV (2005):** Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (September 2005).

**Hallauer, J.H. et al. (2000):** Untersuchung von Krankheitskosten

bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 5, S. 73-79.

**Hirsch, R.D. (2001):** Sozio- und Psychotherapie bei Alzheimer. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, S. 92-100.

ICN Code of Ethics for Nurses (2000): www.icn.ch.

**Kühn, H. (2001):** ‚Rationierung‘ med. Leistungen nach Alterskriterium aus wirtschaftlichen Gründen? Doku. des Workshop Medizinethik vom 6.10.2001 in Berlin: Leben um jeden Preis? Zum „Therapieverzicht“ im Alter aus ökonomischen Gründen, Ev. und Kath. Akademie, St. Joseph-Krankenhaus: www.sjk.de

**Luhmann, N. (1965):** Grundrechte als Institution. Ein Beitrag zur politischen Soziologie, Berlin: Duncker & Humblot.

**Parse, R.R. (1987):** Nursing Science – Major Paradigms, Theories, and Critiques. Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders Company.

**Ulrich, P. (1998):** Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie. 2. Aufl. Haupt, Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, S. 127.

**Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege** des Universitätsspitals Zürich (ZEEP) (1999): Bericht über die Vernehmlassung zum Konzeptentwurf zur Setzung von Prioritäten in der Pflege: www.pfl.usz.ch/zeffp/stellungnahme\_prioritaeten.

**Wagner, A. (2000):** Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen. Diakonie Korrespondenz, Positionen und Konzepte aus dem Diakonischen Werk der Ev. Kirche in Deutschland (11/00), Zentraler Vertrieb der EKD, Leinfelden-Echterdingen.

**Watson, J. (1996):** Pflege – Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern, Göttingen: Hans Huber.

**Schwerdt, R. (2002):** Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung. Das Modellprojekt „Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pfleger“, kath. Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Regensburg (2. Auflage).

Pflegenden“ aufgezeigt werden. Qualität wird häufig rein wirtschaftlich definiert, während ethische Argumente außen vor bleiben. Zukünftig wird es aber gerade darauf ankommen, ethische Kriterien mit Qualitäts- und Wirtschaftsdenken in Form eines integrativen Ansatzes zu verknüpfen. Die klassische „Zwei-Welten“ Teilung von „Ethik“ und „Ökonomie“ sollten im Pflegemanagement überwunden werden. Vor allem die Grundgedanken der integrativen Wirtschaftsethik (St. Galler-Schule) sind zukunftsweisend für das Gesundheitswesen. Demnach ist eine Unternehmensethik nicht als äußere Grenze, sondern als innere Grundlage des unternehmerischen Erfolgsstrebens zu konzipieren. Das heißt keinesfalls auf geschäftliche Erfolge zu verzichten. Die Quintessenz des integrativen Ansatzes lautet vielmehr: „Es ist nicht alles unmoralisch, was unternehmerischen Erfolg bringt – und auch nicht alles unwirtschaftlich, was ethisch verantwortbar und sinnvoll ist“ (Ulrich 1998). Für Geschäftsführer/innen und Pflegemanager/innen kommt es also auf die Verbindung von Werten und wirtschaftlichem Erfolg an.

**Zum Umgang mit Dilemmas.** Unter moralischen Dilemmas werden Situationen verstanden, in denen die Wahl zwischen zwei Entscheidungsmöglichkeiten besteht, die beide gleichermaßen ungenügend oder fragwürdig sind. In dem erwähnten Fallbeispiel von Frau N. besteht das ethische Dilemma der zu geringen Ressourcen darin, dass viele Bewohner/innen von ihr vernachlässigt werden müssen und insbesondere die im Sterben liegen. Diese Entscheidung verletzt aber die Regeln des Berufsethos, da die Begleitung eines sterbenden Menschen grundsätzlich Vorrang hat. Zumal die Bewohner/innen dieser Einrichtung bewusst ein konfessionelles Haus gewählt haben, in der Hoffnung nicht alleine sterben zu müssen.

Auf der Mesoebene kann festgestellt werden, dass die Pflegedienstleitung der Fürsorgepflicht

und Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen nicht gerecht geworden ist, da sie keine Vertretung für die krank gewordene Mitarbeiterin organisiert hat. Die Defizite des Pflegemanagements und der Institution können langfristig nur durch einen Organisationsentwicklungsprozess behoben werden.

Auf der Makroebene drängt sich die Frage auf, warum demenziell erkrankte Menschen eine so schwache Lobby in unserer Gesellschaft haben und die Betreuung und Pflege so unzureichend finanziert wird. In diesem Zusammenhang ist die Initiative des Deutschen Zentrums für Altersfragen in Berlin (2005) zu nennen, die die Entwicklung einer „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ bewirkt hat. Die Charta soll einerseits den Einrichtungen ein Instrumentarium an die Hand geben, das zur Sicherung der Grundrechte von Bewohner/innen, Patient/innen und Klient/innen beiträgt. Andererseits soll damit auch eine öffentliche Debatte über Grundrechte von pflegebedürftigen Menschen – vor allem der demenziell erkrankten Menschen – und einer Ethik der Solidarität angestoßen werden.

**Zum Agieren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene.** Pflegemanager/innen sind mehr denn je aufgerufen, sich für ihre fachspezifischen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen einzusetzen. Dazu gehören die Novellierung der Pflegeversicherung, die Stärkung des Verbraucherschutzes (z.B. Stärkung der Grundrechte von demenziell erkrankten Menschen) oder die adäquate Finanzierung von Pflegeleistungen. Die Lösung dieser drängenden Probleme ist nur im Rahmen von interdisziplinären Netzwerken zu bewerkstelligen, die bereits ansatzweise vorhanden sind (z.B. Qualitätsgemeinschaften). Nur eine Minderheit von Pflegemanager/innen ist berufspolitisch tätig und nimmt an einer Vernetzung der Gesundheitsleistungen zwischen den verschiedenen

Einrichtungen teil. Die Herausforderung liegt aber gerade darin, die Gesundheitsleistungen und personellen Ressourcen zu vernetzen und auch durch ein gutes Marketing und eine überzeugende Öffentlichkeitsarbeit mehr finanzielle Unterstützung zu erhalten.

**Resümee.** Der Rede für eine Altersrationierung kann und muss sowohl aus ökonomischer als auch aus ethischer Sicht entgegengetreten werden. Alter darf nicht als „Exklusivkriterium“ für die sog. Kostenexplosion des Gesundheitswesens erhalten. Damit ist nicht gemeint, dass eine gesundheitliche Exklusivversorgung bei allen kranken Personen sinnvoll und notwendig ist. Diesem Problemfeld ist langfristig in dreierlei Hinsicht zu begegnen: Durch die Steigerung der ethischen und kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden und des Pflegemanagements, durch eine Analyse der Probleme auf den drei Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) und durch eine ausgeprägte Netzwerkarbeit zur politischen Interessenvertretung. Eine Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist nicht ohne Dialog der jeweiligen Berufsangehörigen zu lösen und sollte keineswegs nur den Gesundheitspolitiker/innen überlassen werden. Ökonomische Entscheidungen dürfen nicht noch weiter zu Lasten einzelner Gruppen wie den demenziell erkrankten Menschen gehen. Eine öffentliche von den Pflegenden angestoßene Diskussion über Rationierungsmodelle ist dringend notwendig, um der Praxis der impliziten Rationierung ein Ende zu setzen.

**Menschen mit der Diagnose Demenz haben häufig mit „Leistungsbeschränkungen“ zu rechnen**

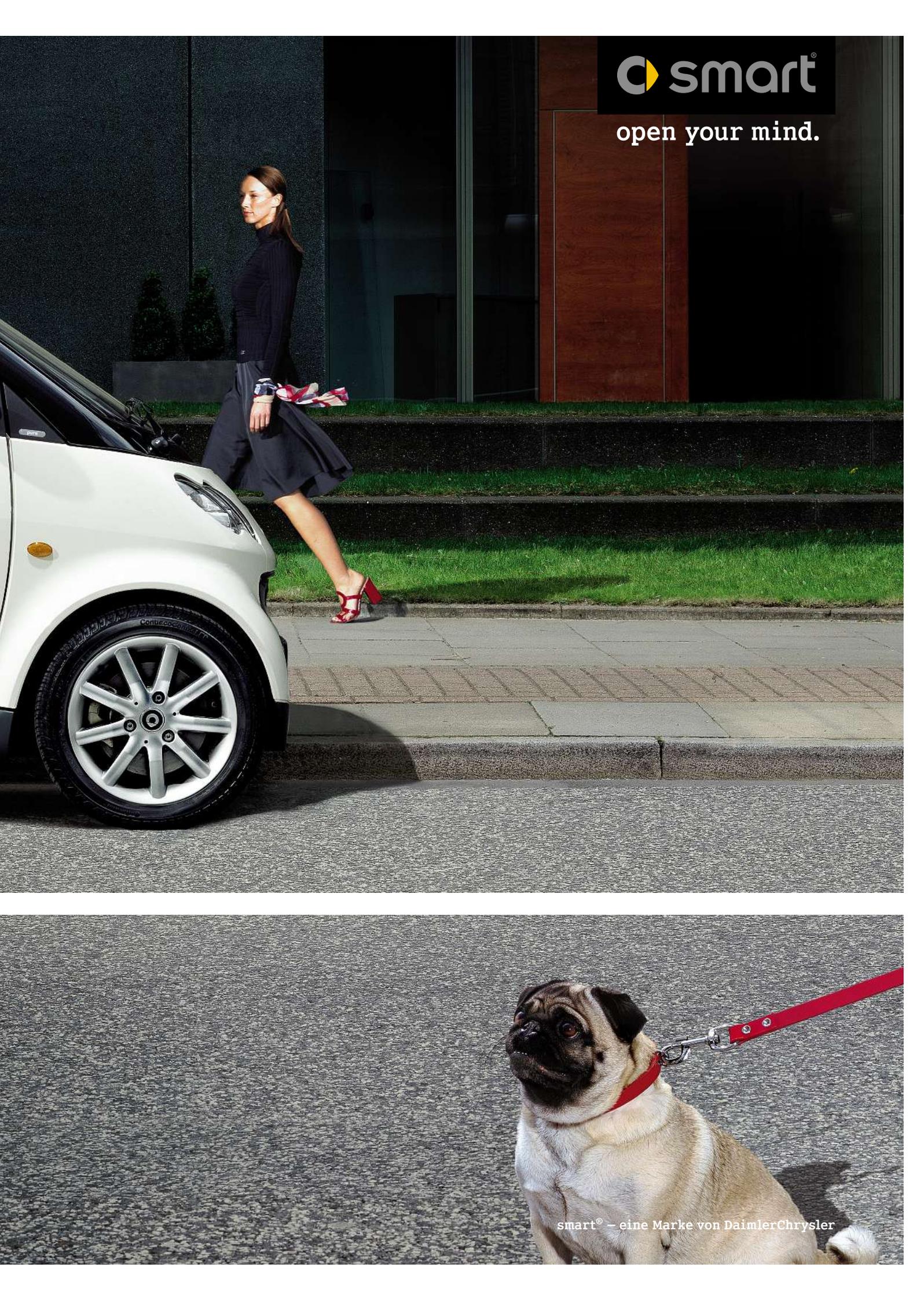
*Dieser Text erscheint in veränderter Form mit dem Titel „Ist würdevolle Pflege noch zu bezahlen? Versteckte Rationierung bei demenziell erkrankten Menschen“, Piechotta, G. & v. Kampen, N. (Hrsg.) (2006). Berliner Beiträge zur Sozialen Arbeit und Pflege, Band 3, 213-223.*



## >> smart® macht erfolgreich. Ausnahmen siehe oben.

Man muss sich schon anstrengen, um mit einem smart Firmenwagen keinen Erfolg zu haben. Der smart fortwo etwa überzeugt schlaue Unternehmer mit niedrigen Betriebskosten und Flexibilität in der City. Sein frisches Design gibt jeder Firma ein besonderes Gesicht, und den Mitarbeitern macht er einfach nur Spaß. Denken Sie mal darüber nach – oder informieren Sie sich gleich unter [www.smart.com](http://www.smart.com)

**smart Firmenwagen. Für Unternehmer, die denken.**

A woman in a black dress and red heels stands next to a white Smart car. A pug dog is sitting on the pavement in the foreground. The background shows a modern building with large windows and a wooden door.

smart®

open your mind.

smart® – eine Marke von DaimlerChrysler