

Der Umgang mit Ressourcenknappheit in der Pflege. Reichweite und Grenzen individueller Verantwortung unter Knappheitsbedingungen

Nadia Primc

Abstract

Empirische Studien zeigen, dass Pflegefachkräfte häufig nicht in der Lage sind, all diejenigen Pflegetätigkeiten auszuführen, die von ihnen als notwendig erachtet werden. Das Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten stellt eine Folge der Ressourcenknappheit in der Patientenversorgung und Form der Rationierung von Pflegeleistungen dar. Obwohl die Pflegefachkräfte nicht für den Ressourcenmangel selbst verantwortlich gemacht werden können, ist dennoch ein ethisch reflektierter Umgang mit Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen, ebenso wie mit Effizienzerwägungen in der pflegerischen Versorgung von Patient*innen zu fordern. Das Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen ist nicht nur in einem pflegewissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kontext zu thematisieren, sondern gleichermaßen in einen ethischen Interpretationsrahmen zu stellen. In einem derartigen Rahmen lassen sich auch Reichweite und Grenzen der individuellen Verantwortung von Pflegefachkräften unter Knappheitsbedingungen in Grundzügen bestimmen.

1 Einleitung

It's been a long while since I was a clinical nurse juggling competing demands on a busy medical ward. Fighting down the sense of panic, with a growing realisation that what needs doing is more than I can get done. Hoping that somehow, by luck or judgment, the amount of harm caused by what I leave undone is minimal. Leaving a shift with a nagging doubt, and finding it increasingly difficult to imagine staying in nursing.¹

Unter den Stichwörtern „care left undone“, „unfinished care“, „missed care“, „unmet nursing care“ oder „implicit rationing of care“ wird ein besonderes Phänomen in der professionellen Pflege untersucht, nämlich die Tatsache, dass Pflegefachkräfte aufgrund einer zeitlichen oder sonstigen Ressourcenknappheit regelmäßig nicht in der Lage sind, all diejenigen Pflegetätigkeiten ausführen, die als notwendig eingeschätzt werden, bzw. sie Tätigkeiten nicht, wie vorgesehen, vollständig ausführen können.² Der Fokus der einzelnen Untersuchungen variiert. So liegt dieser in einigen Studien eher auf den Ursachen bzw. Folgen unvollständiger Pflege,³ in anderen hingegen stärker auf den involvierten Entscheidungsprozessen selbst.⁴ Das Ausmaß an unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten wird als möglicher Indikator für die

¹ Ball 2017, S. 1.

² Jones et al. 2015; Papastavrou et al. 2014; Recio-Saucedo et al. 2018.

³ Ball et al. 2016; Recio-Saucedo et al. 2018; Schubert et al. 2013; Zander et al. 2014; Zúñiga et al. 2015.

⁴ Kalisch 2006.

Gefährdung der Patientensicherheit gesehen sowie als Anzeichen für eine Überlastung der Pflegefachkräfte, die wiederum als eine der Ursachen für den nicht nur in Deutschland festgestellten Pflegefachkraftmangel gehandelt wird.⁵

Unvollständig ausgeführte Pflegeleistungen werden im Rahmen der genannten Studien als eine Form von Behandlungsfehlern thematisiert.⁶ Es handelt sich hierbei um Fehler, die auf der Nicht-Durchführung von Pflegeleistungen beruhen, anstatt auf der falschen Durchführung oder Durchführung der falschen Pflegeleistung. Im Gegensatz zur Überbehandlung stellt dies eine Form der Unterbehandlung dar, ein Versäumnis, das aber gleichermaßen eine Gefahr für die Patientensicherheit und das Patientenwohl darstellen kann.⁷ Die empirischen Studien diskutieren unvollständig ausgeführte Pflegeleistungen vornehmlich im Kontext von fachlichen Standards und deren unvollständiger Umsetzung in der pflegerischen Praxis.

Wie im Folgenden gezeigt werden soll, sind mit dem Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen allerdings auch eine Reihe von ethischen Fragestellungen verbunden, die mit der mangelhaften Umsetzung von fachlichen Standards nicht hinreichend beschrieben sind. Erst vor diesem Hintergrund lassen sich auch Fragen der Verantwortlichkeit für unvollständig ausgeführte Pflegeleistungen thematisieren. Das Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen ist demnach nicht nur, wie bisher, vornehmlich in einem pflegewissenschaftlichen oder gar gesundheitsökonomischen Rahmen zu thematisieren, sondern gleichermaßen in einen ethischen Interpretationsrahmen zu stellen.

Im Folgenden werden grundlegende, mit dem Phänomen der unvollständigen Pflege verbundene ethische Fragestellungen herausgearbeitet. Hierzu wird zuerst ein Überblick über die für die ethische Diskussion wichtigsten Ergebnisse der empirischen Forschung gegeben, sodann einige begriffliche Klärungen aus dem Bereich der Allokationsethik vorgestellt. In diesem Kontext ist auch darauf einzugehen, inwiefern Fragen der Rationierung von Pflegeleistungen typisch für die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens sind und durch die übergeordneten, strukturellen Rahmenbedingungen bestimmt werden. Vor diesem Hintergrund lassen sich Reichweite und Grenzen der individuellen Verantwortung der Pflegefachkräfte im Umgang mit der Ressourcenknappheit in der Pflege in Grundzügen bestimmen.

2 Das Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen in der empirischen Forschung

Zu dem Wesen und Ausmaß sowie den Ursachen und Folgen unvollständig ausgeführter Pflegeleistungen in der professionellen Pflege liegen mittlerweile nicht nur zahlreiche empirische Studien, sondern auch mehrere Übersichtsarbeiten und systematische Reviews

⁵ Ball 2017, S. 25, 66; Kutschke 2014; Papastavrou et al. 2014, S. 5, 22.

⁶ Scott et al. 2019, S. 1529; Suhonen/Scott 2018, S. 549; Jones et al. 2015, S. 1122.

⁷ WHO 2009, S. 16, 106, 148.

vor.⁸ Im Folgenden soll daher kein weiterer systematischer Überblick über die empirischen Forschungsergebnisse gegeben, sondern die wesentlichen, für die weitere ethische Analyse relevanten Aspekte vorgestellt werden.

Die Mehrzahl der vorliegenden Studien wurde in Akutkrankenhäusern, einige wenige auch im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege⁹ durchgeführt. Zum Einsatz kamen sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden.¹⁰ Die meisten Studien gingen methodisch so vor, dass Pflegefachkräften ein Fragebogen mit einer Reihe von Pflegeetätigkeiten vorgelegt wurde mit der Aufforderung, retrospektiv zu beurteilen, welche und wie häufig sie Pflegeetätigkeiten in einem bestimmten, vergangenen Zeitraum nicht in der Lage waren durchzuführen, obwohl diese von den Pflegefachkräften als notwendig eingeschätzt wurden. Parallel dazu wurden ggf. Fragen zum Arbeitsumfeld (z. B. Personalschlüssel, Arbeitsbelastung, Arbeitsklima) und zu den Auswirkungen auf die Patientensicherheit (negative Patientenergebnisse wie z. B. Stürze, Dekubitus, Infektionen) und/oder Mitarbeiterzufriedenheit gestellt, bzw. Informationen hierzu anderen Datensätzen (z. B. administrativen Daten) entnommen. Einige Studien haben die Qualität der Pflege oder das Ausmaß an unvollständig ausgeführten Pflegeetätigkeiten auch mittels Patientenbefragungen erhoben.¹¹

Die einzelnen Studien weisen große formale und inhaltliche Unterschiede auf, z. B. hinsichtlich der genutzten Erhebungs- und Auswertungsmethoden, oder auch der Kontexte, in denen die Daten erhoben wurden (z. B. Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie). Diese Variabilität setzt der Vergleichbarkeit der Studienergebnisse gewisse Grenzen. Verallgemeinernd lässt sich festhalten, dass Einzelergebnisse eine negative Auswirkung der unvollständig ausgeführten Pflegeetätigkeiten auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit nahelegen.¹² In mehreren Studien wird ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an vernachlässigten Tätigkeiten und dem Personalschlüssel sowie der Erfahrung und Ausbildung des Pflegepersonals hergestellt (sog. „grade and skill mix“)¹³, allerdings mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen.¹⁴ Zudem wurden an Hand von negativen Patientenergebnissen die Auswirkungen der unvollständig ausgeführten Pflegeetätigkeiten auf das Patientenwohl und die Patientensicherheit gemessen. Entsprechende Korrelationen konnten zwischen unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen und dem Auftreten von nosokomialen Infektionen und Harninfekten, Stürzen, Dekubitalulzera

⁸ Ball 2017; Jones et al. 2015; Papastavrou et al. 2014; Recio-Saucedo et al. 2018.

⁹ Z. B. Zúñiga et al. 2015; Tønnessen et al. 2011.

¹⁰ Jones et al. 2015; Papastavrou et al. 2014.

¹¹ Jones et al. 2015; Papastavrou et al. 2014; Recio-Saucedo et al. 2018.

¹² Ball et al. 2014; Jones et al. 2015; Schubert et al. 2008; Schubert et al. 2009; Papastavrou et al. 2014; Recio-Saucedo et al. 2018; Zúñiga et al. 2015.

¹³ Der „grade and skill mix“ bezieht sich auf die spezifische Zusammensetzung des Pflegeteams aus Personen mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, individuellen berufsspezifischen Fähigkeiten und besonderem fachlichen Wissen.

¹⁴ Jones et al. 2015; Papastavrou et al. 2014; Kalisch 2006.

und Medikationsfehlern aufgezeigt werden. Ebenso wird eine Auswirkung auf die Mortalität der Patient*innen diskutiert.¹⁵

In den Einzelstudien wird nicht explizit zwischen dem Begriff der unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen und der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten differenziert, sondern beides wird bisweilen synonym verwendet. Systematisch lässt sich die Beziehung beider Begriffe zueinander so fassen, dass als notwendig erachtete Pflegeleistungen (z. B. Mundpflege) sich in einzelne konkrete Pflegetätigkeiten unterteilen lassen, die je nach Patient*in und dem gesundheitlichen Bedarf variieren kann. So kann die Pflegeleistung der Mundpflege je nach Patient*in die Reinigung der Zähne und Zahnzwischenräume mittels einer Zahnbürste erfordern oder aber die Reinigung der Zahnprothese im Waschbecken. Eine Pflegeleistung gilt dann als nicht vollständig ausgeführt, wenn die hierfür in den Experten- und Pflegestandards vorgesehenen Pflegetätigkeiten nicht vollständig ausgeführt wurden.

Aufgrund der bereits angesprochenen Unterschiede in den Erhebungs- und Auswertungsmethoden, dem Erhebungsort usw. variiert das in den Studien festgestellte Ausmaß an unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen stark. Dennoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten im Umgang mit Zeit- oder sonstigem Ressourcenmangel feststellen, die sich am Beispiel von zwei Studien exemplifizieren lassen.¹⁶

In einer in Deutschland durchgeführten Studie¹⁷ wurden 1.511 Pflegefachkräfte dazu befragt, wie viele der in einem Fragebogen angeführten Pflegetätigkeiten sie in der letzten Schicht vernachlässigen mussten. Im Durchschnitt waren dies 4,7 von insgesamt 13 Pflegetätigkeiten. 92,6 % der befragten Pflegefachkräfte gaben an, dass sie in der letzten Schicht mindestens eine der aufgezählten Tätigkeiten nicht durchführen konnten. Zu den am häufigsten genannten Pflegetätigkeiten gehörten die Items „Zeit für Zuwendung/Patientengespräche“ (82 %), „Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeplänen/Pflegebehandlungspfaden“ (54 %), „Beratung/Anleitung“ (54 %) sowie „Planung der Pflege“ (43 %). Aber auch die „Patientenüberwachung“ wurde in 37 % der Fälle als vernachlässigte Pflegetätigkeit genannt. Am seltensten genannt wurden hingegen „Behandlungen und Prozeduren“ (15 %), gefolgt von „Schmerzmanagement“ (19 %), „Zeitgerechte Medikation“ (21 %) und „Regelmäßiges Umlagern“ (22 %).¹⁸

Schubert und Kolleg*innen nutzten in einer in der Schweiz durchgeführten Studie eine Liste von 32 Pflegetätigkeiten und befragten insgesamt 1.633 Pflegefachkräfte dazu, wie viele dieser Tätigkeiten sie während der letzten sieben Arbeitstage nicht in der Lage waren durchzuführen.¹⁹ Im Unterschied zu der vorher genannten Studie sollte hierbei jeweils

¹⁵ Schubert et al. 2008; Schubert et al. 2009; Schubert et al. 2013, Papastavrou et al. 2014; Recio-Saucedo et al. 2018.

¹⁶ Da im Verlauf des vorliegenden Beitrages auf die Rahmenbedingungen der Pflege in Deutschland eingegangen wird, werden zur Exemplifizierung Studien aus Deutschland und der benachbarten Schweiz herangezogen.

¹⁷ Zander et al. 2014.

¹⁸ Zander et al. 2014, S. 731.

¹⁹ Schubert et al. 2013.

präzisiert werden, ob diese Tätigkeiten nie, selten, manchmal oder häufig vernachlässigt werden mussten. Insgesamt 98 % der Befragten berichteten, dass sie zumindest eine der genannten Tätigkeiten in den letzten sieben Arbeitstagen nicht vollständig durchführen konnten. Die Items „Set up care plans“, „Assessment of newly admitted patient“, „Emotional & psychological support“ wurden in der Kategorie der häufig vernachlässigten Pflegetätigkeiten jeweils mit einer Häufigkeit von 12,3 %, 11,5 % und 10,6 % genannt. In der Kategorie der manchmal vernachlässigten Pflegetätigkeiten fanden „Emotional & psychological support“ (30,8 %), „Mobilization“ (28 %), „Necessary conversation“ (27,3 %) und „Assessment of newly admitted patient“ (26,6 %) die häufigste Nennung. Am seltensten vernachlässigt wurden „Change of the bed linen“ (65,2 %), „Necessary disinfection measures“ (61,7 %), „Partial sponge bath“ (56,2 %), „Change of wound dressings“ (54,7 %), „Preparation for test and therapies“ (53,3 %) und „Continence training (insert catheter)“ (52,5 %).²⁰

Diese Beispiele veranschaulichen die allgemein in der Studienlage zu beobachtende Tendenz, dass Aspekte der sozialen, psychologischen Betreuung und Beratung, ebenso wie Tätigkeiten rund um die Pflegeplanung und -dokumentation am häufigsten vernachlässigt werden, wenn Pflegefachkräfte aufgrund eines Zeit- oder sonstigen Ressourcenmangels nicht in der Lage sind, alle als notwendig erachteten Pflegetätigkeiten durchzuführen. Am seltensten vernachlässigt werden tendenziell Tätigkeiten aus dem Bereich der Behandlungspflege, von Ärzt*innen delegierte Maßnahmen, sowie Aufgaben der Assistenz bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Gleiches gilt für Tätigkeiten, die wenig Zeit in Anspruch nehmen (z. B. Wechseln der Bettwäsche, Medikation), bzw. deren zeitlicher Umfang sich leichter einschätzen lässt, wie beispielsweise regelmäßige Umlagerungen im Gegensatz zu zeitlich aufwendigeren Maßnahmen der Mobilisierung und aktivierenden Pflege. Hiermit wird die Frage aufgeworfen, ob sich aus diesen Tendenzen ein informelles System herauslesen lässt, das sich in Zeiten der Ressourcenknappheit herausgebildet hat und gemäß dem Pflegefachkräfte entscheiden, gewisse Pflegetätigkeiten zu vernachlässigen, andere hingegen soweit möglich nicht.²¹

In diesem informellen System könnte man zum einen den Versuch der Pflegefachkräfte sehen, im Zweifel eher diejenigen Pflegetätigkeiten zu vernachlässigen, die einen weniger direkten Einfluss auf die Gesundheit der Patient*innen und Bewohner*innen haben, bei deren Vernachlässigung also nicht mit unmittelbar eintretenden negativen Effekten zu rechnen ist (wie z. B. bei der sozialen und psychologischen Betreuung sowie Beratung von Patient*innen und Angehörigen), sondern eher im späteren Verlauf, etwa nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.²² Zum anderen kann man diese Tendenzen auch als Ausdruck einer zunehmenden Fremdbestimmung der Pflegefachkräfte sehen, insofern von ihnen Aufgabenbereichen seltener vernachlässigt werden, die auf einer Delegation der Ärzt*innen beruhen oder in der direkten Assistenz ärztlicher Tätigkeiten bestehen. Diese Fremdbestimmtheit durch andere Berufsgruppen führe dazu, dass die Pflegefachkräfte

²⁰ Schubert et al. 2013, S. 235.

²¹ Jones et al. 2015, S. 1131; Schubert et al. 2013, S. 236–37; Zander et al. 2014, S. 731.

²² Jones et al. 2015, S. 1131; Schubert et al. 2013, S. 236–37; Zander et al. 2014, S. 731.

vornehmlich diejenigen Tätigkeiten vernachlässigen, über die sie selbst bestimmen können und die als ureigene Aufgaben der Pflege angesehen werden, nämlich die sozialen und psychologischen Betreuungsaufgaben.²³ Des Weiteren ließe sich hierin auch ein sich wandelndes Selbstverständnis des Pflegefachberufes festmachen, das sich von einem eher holistischen, in der konfessionellen Krankenpflege begründeten Verständnis der Pflege (siehe Abschnitt 3) hin zu einer biomedizinisch verkürzten, zugleich aber auch biomedizinisch vertieften Auffassung von professioneller Pflege bewegt, welche die soziale und psychologische Betreuung der Patient*innen in die Peripherie des professionellen Selbst- und Fremdverständnisses rückt.²⁴

Zu den vorliegenden Studienergebnissen ist zu ergänzen, dass ein wesentlicher Kritikpunkt sich gegen die angewandten Erhebungsmethoden richtet. Fast alle Untersuchungen stützten sich bei der Erhebung der vernachlässigten Pflegetätigkeiten und der negativen Patientenergebnisse auf die Selbstauskunft der Pflegefachkräfte (und ggf. der Patient*innen). Bei dieser Form der retrospektiven Erhebung ist nicht nur ein möglicher „recall bias“ in Betracht zu ziehen, sondern auch der Begriff der „notwendigen Pflegetätigkeiten“ dürfte von den einzelnen Pflegefachkräften (und Patient*innen) sehr unterschiedlich verstanden und verwendet werden – ein Definitionsproblem, auf das später noch einmal zurückzukommen ist.

Aufgrund dieser methodischen Mängel wird in den Studien explizit darauf hingewiesen, dass keine der angeführten Studien streng genommen dazu in der Lage ist, eine kausale Beziehung zwischen vernachlässigten Pflegetätigkeiten und negativen Patientenergebnissen nachzuweisen. Dennoch wird das Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten als wesentlicher Bestandteil eines theoretischen Modells gesehen, das dazu in der Lage sein soll, den in vielen internationalen Studien diskutierten Zusammenhang zwischen Personalschlüssel, bzw. „skill and grade mix“, und negativen Patientenergebnissen, bis hin zu einer höheren Mortalitätsrate, zu erklären²⁵ – insbesondere, da ein Zusammenhang zwischen unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten und negativen Patientenergebnissen bereits bei einem sehr geringen Grad an vernachlässigten Pflegetätigkeiten nachgewiesen werden konnte.²⁶

Unabhängig von den dargestellten methodischen Mängeln stellt sich aus ethischer Sicht die Frage, wie Pflegefachkräfte verantwortungsvoll mit dem Zeit- und sonstigen Ressourcenmangel umgehen sollen, bzw. welche Verantwortlichkeiten mit dem Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens einhergehen.

²³ Papastavrou et al. 2014, S. 18.

²⁴ Papastavrou et al. 2014, S. 23; Suhonen/Scott 2018, S. 550.

²⁵ Ball 2017, S. 20–22.; Recio-Saucedo et al. 2018, S. 2250; Schubert et al. 2008, S. 227; Schubert et al. 2013, S. 232; Griffiths et al. 2019; Twigg et al. 2016; Aiken et al. 2012; Schwab et al. 2012.

²⁶ Schubert et al. 2009.

3 Allokation, Priorisierung, Rationierung, Rationalisierung und Effizienz von Versorgungsleistungen

Wie bereits erwähnt, wird das Phänomen der aufgrund von Ressourcenknappheit unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen in der Literatur mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten belegt. Der Begriff „implicit rationing of care“ verdeutlicht, dass Pflegefachkräfte ebenso wie Ärzt*innen die Funktion von „gatekeeper“ im Gesundheitswesen innehaben, die den Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen kontrollieren. Pflegefachkräfte führen zu einer medizinischen Intervention durch, die von Ärzt*innen delegiert wurden. Zum anderen stellen sie im Rahmen der Pflegeplanung selbst Pflegebedarfe fest (z. B. in Form von Pflegediagnosen) und initiieren eigenverantwortlich entsprechende Pflegemaßnahmen. „Therefore, few care processes reach patients without first passing through the hands of nurses“.²⁷

Pflegefachkräfte sind durchgehend mit der Allokation gesundheitlicher Leistungen²⁸ beschäftigt, da sie die ihnen zur Verfügung stehenden zeitlichen und materiellen Ressourcen zwischen den Patient*innen aufteilen und somit entscheiden müssen, welche gesundheitlichen Leistungen den einzelnen Patient*innen wann und wie zugänglich gemacht werden sollen und welche nicht.²⁹ Dies geschieht in Form einer Priorisierung, bei der die Pflegefachkraft ihre Aufgaben gemäß dem Grade der Wichtigkeit ordnet und nacheinander abarbeitet. Die Priorisierung wird zu einer Rationierung, wenn durch den Zeit- oder sonstigen Ressourcenmangel gewisse Aufgaben gar nicht mehr oder nur unvollständig erfüllt werden können.

Obwohl die Begriffe der Allokation, Priorisierung, Rationierung und Rationalisierung eng miteinander verbunden sind, kommt ihnen dennoch eine unterschiedliche Bedeutung zu, die im Folgenden am Beispiel der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten erläutert werden soll.

Allokation

Unter dem Begriff der Allokation soll im Folgenden allgemein die Verteilung begrenzter Ressourcen unter unterschiedlichen Empfänger*innen (Personen, Institutionen, Aufgaben usw.) verstanden werden. Die Allokation kann anhand impliziter oder auch explizit vorgegebener Ziele oder Kriterien vorgenommen werden.³⁰ So schreibt das deutsche Transplantationsgesetz (TPG) beispielsweise explizit vor, dass postmortale Spenderorgane vornehmlich gemäß der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht einer Organtransplantation zu

²⁷ Jones et al. 2015, S. 1122.

²⁸ Der Begriff der gesundheitlichen Leistung oder Ressource wird im Folgenden in einem umfassenden Sinn verwendet und umfasst sowohl materielle als auch immaterielle Güter. Die Bezeichnung einer Ressource oder Leistung als „gesundheitlich“ meint hierbei, dass selbige darauf ausgerichtet ist, die Gesundheit zu schützen, zu stärken oder wiederherzustellen, bzw. Leiden oder Dysfunktionen zu lindern oder zu verhindern.

²⁹ Scott et al. 2019; Suhonen/Scott 2018.

³⁰ Marckmann 2006, S. 195–196.

verteilen sind.³¹ Die im vorherigen Abschnitt beschriebene Verteilung von Pflegeleistungen auf Station bzw. im Wohnbereich erfolgt hingegen anhand impliziter Kriterien, die also nicht in Form von allgemein verbindlichen Richt- oder Leitlinien explizit formuliert vorliegen. Die Kriterien und Verteilungsregeln sind in diesem Fall nicht oberhalb der individuellen Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem, d. h. auf einer höheren Ebene des Gesundheitswesens vorgegeben.

Priorisierung

Gemäß dem an dieser Stelle unterbreiteten Definitionsvorschlag ist unter dem Begriff der Priorisierung die Einordnung der Versorgungsleistungen, bzw. der Empfänger*innen von Versorgungsleistungen gemäß ihrem Grad der Wichtigkeit zu verstehen, der sich aus der Anwendung der impliziten oder expliziten Allokationskriterien ergibt.³² Eine häufig im Gesundheitswesen anzutreffende und ethisch gut begründete Priorisierung ist diejenige von Patient*innen mit akuten, lebensbedrohlichen Zuständen gegenüber leicht erkrankten Personen. Diese werden beispielsweise in der Notaufnahme oder im Wartezimmer den bereits länger wartenden Patient*innen zeitlich vorgezogen (Triage), da man davon ausgeht, dass eine längere Wartezeit für diese Patient*innen mit der Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Schädigungen verbunden ist. Dies entspricht in weiten Teilen der oben dargestellten, ersten möglichen Deutung des informellen Priorisierungssystems in der Pflege, nämlich, dass Pflegefachkräfte in Zeiten der Ressourcenknappheit diejenigen Pflegeleistungen priorisieren, bei denen eine zeitliche Aufschiebung mit der konkreten und akuten Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Schädigungen verbunden ist.

Als ethisch bedenklicher ist hingegen die zweite mögliche Deutung des informellen Priorisierungssystems in der Pflege anzusehen, nämlich, dass Pflegefachkräfte vornehmlich jene Aufgaben priorisieren, die ihnen von anderen Berufsgruppen, insbesondere Ärzt*innen delegiert wurden, da in diesem Fall die Priorisierung nicht per se auf den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Patient*innen beruht. In einigen Fällen mag es durchaus eine Überschneidung zwischen diesen beiden Priorisierungssystemen geben, nämlich dann, wenn ärztlich delegierte Tätigkeiten zugleich solche sind, deren zeitliche Aufschiebung mit einem gesundheitlichen Gefährdungspotential einhergeht. Diese Überschneidungen sind allerdings kontingent und die beiden informellen Priorisierungssysteme aus ethischer Sicht streng voneinander zu unterscheiden.

Rationierung

Von einer Rationierung sollte nur dann gesprochen werden, wenn Patient*innen Leistungen vorenthalten werden, die prinzipiell dazu geeignet sind, ihr Leben zu verlängern oder gesundheitlich bedingte Dysfunktionen zu lindern oder zu kompensieren, bzw. weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen zu verhindern.³³ Entsprechend ist das Vorenthalten von aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht indizierten Leistungen auch nicht als Rationierung von

³¹ § 12 Abs. 3 TPG.

³² Vgl. auch Marckmann 2006, S. 193–199.

³³ Scott et al. 2019, S. 1530–1531; Marckmann 2006, S. 193–194.

Pflegeleistungen zu bezeichnen. Richtungsweisend für die Feststellung des gegenwärtigen Standes der Pflegewissenschaft sind in Deutschland die vom „Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP)³⁴ erarbeiteten Expertenstandards. Letztere formulieren für unterschiedliche Aufgaben in der Pflege (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement usw.) evidenzbasierte Standards, die als Maßstab für eine qualitativ hochwertige Pflege dienen und mittels Pflegestandards in den einzelnen Einrichtungen implementiert werden sollen.³⁵

Rationierungen werden dann notwendig, wenn die vorhandenen Ressourcen begrenzt sind und nicht allen potentiellen Empfänger*innen Zugang zu denselben gewährt werden kann. Bei dem Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten handelt es sich primär um eine Folge der Ressourcenknappheit. Aus diesem Grund scheint mir die Bezeichnung „Allokation“ für das wiederkehrende Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegeleistungen das zentrale ethische Problem zu verdecken und der Begriff der Rationierung die treffendere Bezeichnung zu sein. Den Patient*innen wird in derartigen Fällen zumindest zum Teil der Zugang zu einer pflegerischen Leistung vorenthalten, die prinzipiell dazu geeignet ist, gesundheitlich bedingte Einschränkungen zu lindern (z. B. durch eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege anstatt der zeitsparenderen kompletten Übernahme der Körperpflege durch Pflegekräfte) oder weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen zu verhindern (z. B. durch eine adäquate Patientenüberwachung oder Mobilisierung). Es handelt sich hierbei um eine pflegerische Unterstützung, auf welche die Patient*innen (ähnlich wie bei medizinisch indizierten Behandlungen) prima facie einen legitimen ethischen Anspruch haben, insbesondere in einem öffentlich finanzierten und an den oben genannten Expertenstandards auszurichtenden Gesundheitssystem.³⁶ Da Patient*innen hier zu Gunsten von anderen Personen auf pflegerische Leistungen verzichten müssen, ist eine derartige Rationierung jederzeit als begründungsbedürftig auszuweisen. Inwiefern individuellen Patient*innen tatsächlich ein ethischer Anspruch auf einzelne Pflegeleistungen zugesprochen werden kann, ist im Rahmen der Pflegeprozessplanung zu bestimmen. Hierbei geben der gegenwärtige Stand der Pflegewissenschaft sowie die in den Institutionen vorgegebenen Pflegestandards den äußeren Rahmen vor, in dem die individuellen Unterstützungsbedarfe der Patient*innen festzustellen und zu planen sind.³⁷

Analog zur Allokation können Rationierungen, d. h. Leistungsbegrenzungen, entweder eine explizite oder implizite Form annehmen. Explizite Leistungsbegrenzungen erfolgen oberhalb der individuellen Beziehung zwischen Ärzt*in, bzw. Pflegefachkraft und Patient*in.³⁸ Implizite

³⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

³⁵ § 113a SGB XI.

³⁶ § 113a SGB XI.

³⁷ Unberührt hiervon bleibt die weitergehende ethische Frage, inwiefern Patient*innen über die in den Experten- und Pflegestandards festgelegten, standardisierten Versorgungsleistungen hinaus auch ein Anspruch auf persönliche Zuwendung und individuelle Anpassung der Versorgungsleistung an persönliche Bedürfnisse und Präferenzen zugesprochen werden sollte oder gar muss. Die Anwendung der Experten- und Pflegestandards stellt aus Sicht der Ansprüche der Patient*innen eine Minimalforderung dar.

³⁸ Marckmann 2006, S. 195–196.

Rationierungen erfolgen „hingegen nicht nach allgemein verbindlichen Regeln, sondern jeweils im Einzelfall durch die Leistungserbringer“.³⁹ Diese Form der Leistungsbegrenzung wird auch als „bedside rationing“ bezeichnet.⁴⁰ Aus ethischer Sicht sind mit der expliziten und impliziten Form der Rationierung jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Explizite Leistungsbegrenzungen weisen den entscheidenden Vorteil auf, dass hierdurch die Transparenz und Konsistenz der Verteilungsentscheidungen besser gewährleistet werden kann sowie dass Patient*innen mit vergleichbaren gesundheitlichen Einschränkungen überall die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten.⁴¹ Explizite Verteilungsentscheidungen können auch das Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringer*in und Patient*in entlasten, da erstere nicht selbst entscheiden müssen, welche ihrer Patient*innen Zugang zu der knappen Ressource erhalten sollen und welche nicht, sondern diese Entscheidung auf einer höheren Ebene des Gesundheitswesens getroffen wird.

Ein entscheidender Vorteil impliziter Rationierungen liegt aus ethischer Sicht hingegen darin, dass hier flexibler auf die individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse und persönlichen Präferenzen der Patient*innen eingegangen werden kann – allerdings mit der Gefahr, dass dies zu einer Ungleichbehandlung der Patient*innen führen kann, die aus allokationsethischer Sicht als bedenklich anzusehen ist und insbesondere vulnerable Patient*innengruppen zu benachteiligen droht.⁴² Implizite Rationierungen haben prinzipiell den Vorteil, dass Pflegefachkräfte auf eine Erhöhung der Arbeitsbelastung individuell reagieren und entscheiden können, welche Pflegetätigkeiten sie am ehesten abkürzen oder vernachlässigen können.

Rationalisierung

Eine Rationierung gesundheitlicher Leistungen ist aus ethischer Sicht nur dann legitim, wenn alle Möglichkeiten der Rationalisierung, d. h. Effizienzsteigerung ausgeschöpft sind.⁴³ Möglichkeiten der Effizienzsteigerung sind prinzipiell dann gegeben, wenn das gleiche Ziel (z. B. ein bestimmtes Pflegeziel) mit weniger Ressourcen erreicht werden kann oder aber mit dem gleichen Ressourceneinsatz mehr geleistet werden kann (z. B. mehr Patient*innen versorgt werden können). Maßnahmen der Effizienzsteigerung können durchaus im Sinne des Patient*innenwohles sein, nämlich dann, wenn beispielsweise mittels evidenzbasierter Pflege den Patient*innen die nachweislich effektivste Pflegemaßnahme zur Erreichung eines bestimmten Pflegezieles angeboten wird. Als ethisch bedenklich sind Rationalisierungen dann anzusehen, wenn hierdurch die Qualität der Versorgung gemindert wird oder notwendige pflegerische Maßnahmen, z. B. aufgrund eines zu geringen Personalschlüssels, gar nicht mehr angeboten werden können.⁴⁴

³⁹ Marckmann 2006, S. 196.

⁴⁰ Ubel/Goold 1997.

⁴¹ Marckmann 2006, S. 196.

⁴² Marckmann 2006, S. 198.

⁴³ Scott et al. 2019.

⁴⁴ Marckmann 2006, S. 192.

Ob eine Umstrukturierung in der Praxis tatsächlich als Effizienzsteigerung anzusehen ist, ist bisweilen auch deswegen strittig, da die Beurteilung der Effizienz zum Teil von übergeordneten Prinzipien und normativen Leitbildern abhängig ist. So hat die Organisationsform der Funktionspflege gegenüber ganzheitlichen oder patient*innenorientierten Pflegesystemen zwar den Vorteil, dass die einzelnen Aufgaben der Pflege unter Umständen auch mit einer geringeren Anzahl an Pflegenden arbeitsteilig durchgeführt werden können. Unter dem Gesichtspunkt eines ganzheitlichen Pflegeprinzips kann die Funktionspflege aber nicht ohne weiteres als effizientere Organisationsform beschrieben werden, da hiermit gerade das Prinzip der ganzheitlichen Pflege zu Gunsten eines anderen übergeordneten Pflegeprinzips, nämlich der funktionsorientierten Pflege, aufgegeben wird. Ebenso kann die vollständige Übernahme der Körperpflege durch das Pflegepersonal nicht als effizient beschrieben werden, wenn hierdurch das eigentliche Pflegeziel, nämlich, dass ein*e Patient*in dazu angeleitet werden soll, sich teilweise wieder selbst zu waschen, aufgrund einer Personal- und Zeitknappheit aufgegeben werden muss. Vielmehr wird das Pflegeziel hier gar nicht mehr realisiert.

Entsprechend würde ein eher technisches und an einem engen biomedizinischen Leitbild orientiertes Verständnis von professioneller Pflege, welches das Wesen und die Qualität der Pflege in der Übernahme definierter Aufgaben der Grund- und Behandlungspflege sowie der Assistenz ärztlicher Tätigkeiten verortet, die oben angeführte häufige Vernachlässigung der sozialen und psychologischen Betreuung nicht unbedingt als Rationierung einer an sich notwendigen Pflegetätigkeit definieren, oder ggf. nur dann, wenn sich ein kausaler Zusammenhang zu objektiv feststellbaren, negativen Patient*innenergebnissen herstellen ließe. Der ethisch reflektierte Umgang mit Ressourcenknappheit und Leistungsbegrenzungen in der professionellen Pflege lässt sich demnach nicht ohne weiteres von der übergeordneten sozialetischen Frage trennen, welches normative Ideal professioneller Pflege innerhalb eines Gesundheitssystems angestrebt wird und welche individuellen Patient*innenansprüche eine Solidargemeinschaft in der pflegerischen Versorgung erfüllt sehen will.

Effizienz

Wenn von Rationalisierungen im Gesundheitswesen gesprochen wird, ist aus ethischer Sicht jeweils kritisch zu hinterfragen, in welchem Sinn der Begriff der Effizienz jeweils verwendet wird. Wie gemäß dem im Folgenden unterbreiteten Definitionsvorschlag argumentiert werden soll, lässt sich der Begriff der Effizienz auf ganz unterschiedliche Weise rahmen, indem der Fokus entweder auf die Einsparung an Ressourcen oder aber die zu erreichenden Ziele gelenkt wird. Im ersteren Fall wäre die Pflege so zu organisieren, dass möglichst viel Pflegepersonal eingespart werden kann, bzw. eine möglichst große Anzahl an Patient*innen versorgt werden kann. Obwohl sich eine derartige Ausrichtung der Effizienzbestrebungen insbesondere aus utilitaristischer Sicht gut begründen lässt, besteht angesichts eines derartigen Gebrauchs des Effizienzbegriffs die Gefahr, dass insbesondere schwerkranke und pflegeintensive Patient*innen hier benachteiligt werden könnten. In einem streng getakteten Stationsalltag laufen vor allem ältere und desorientierte Patient*innen Gefahr, nicht

bedarfsgerecht gefördert werden zu können, insbesondere wenn keine Angehörigen vor Ort sind, die die fehlende persönliche Betreuung ausgleichen.

In dem zweiten Fall meint der Begriff der Effizienz hingegen eine möglichst effiziente Realisierung der vorgegebenen Ziele, d. h. Effizienz wäre hier primär von den zu erreichenden Pflegezielen her zu definieren. Die Bestimmung der Effizienz von Pflegemaßnahmen ist in einem derartigen Fall an dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patient*innen festzumachen. Wenn der von Pflegefachkräften im Rahmen der Pflegeprozessplanung festgestellte Bedarf an pflegerischer Unterstützung (z. B. regelmäßige Spaziergänge im Flur nach orthopädischem Eingriff) aufgrund eines Zeit- oder sonstigen Ressourcenmangels nicht gedeckt werden kann,⁴⁵ ist dies unter einem derartigen Gesichtspunkt keine effiziente Nutzung der „Ressource Pflege“, sondern vielmehr eine Nicht-Erfüllung der *lege artis*, vom Pflegefachpersonal mittels fachlicher Standards festgestellten Ansprüche der Patient*innen auf bestimmte Pflegeleistungen.

4 Die strukturellen Rahmenbedingungen und übergeordneten Verantwortungsbereiche im Umgang mit der Ressourcenknappheit in der Pflege

Obwohl die Pflegefachkräfte eine Verantwortung dafür haben, wie sie die Pflegetätigkeiten in der direkten Patient*innenversorgung priorisieren und auch rationieren, können sie nicht gleichermaßen für diese Ressourcenknappheit selbst verantwortlich gemacht werden. Diese ist vielmehr durch die Entscheidungen und Verantwortungsbereiche auf den höheren Ebenen des Gesundheitswesens mitbedingt. Verteilungsentscheidungen werden auf allen Ebenen des Gesundheitswesens getroffen und haben einen direkten Einfluss auf die Verteilungsentscheidungen der darunterliegenden Ebenen. Insofern diese Verteilungsentscheidungen auf den oberen Ebenen sowohl nationalen Unterschieden als auch einem zeitlichen Wandel unterworfen sind, ist es zu erwarten, dass sich hieraus auch Unterschiede in dem Verständnis dessen ergeben, was als notwendige Pflegetätigkeit in der direkten Patient*innenversorgung angesehen wird und welche Anforderungen an die Pflegenden im Umgang mit der Ressourcenknappheit zu stellen sind. Aus den Verteilungsentscheidungen auf den einzelnen Ebenen lässt sich rekonstruieren, welches Ideal professioneller Pflege innerhalb eines Gesundheitssystems jeweils angelegt ist und wie dieses ethisch zu bewerten und in Form von Priorisierungs- und Rationierungssystemen in der direkten Patient*innenversorgung umzusetzen ist.

Eine umfassende systematische Rekonstruktion kann im Rahmen dieses Beitrages nicht geleistet, sondern lediglich bezogen auf Deutschland die Entwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen kurz skizziert werden, da diese den Umfang und Umgang mit der Ressourcenknappheit in der Pflege wesentlich bedingen.

⁴⁵ Kalisch 2006, S. 307.

Die Reform der Krankenpflege in der Nachkriegszeit⁴⁶

Bis in die 1950er Jahre war die pflegerische Versorgung in deutschen Krankeneinrichtungen vornehmlich durch die konfessionelle Pflege geprägt. Die von den Mutterhäusern entsandten Schwestern verstanden „ihre Tätigkeit nicht als Beruf, sondern als Berufung; nicht als Arbeit, sondern als Dienst“.⁴⁷ Von den Schwestern wurde erwartet, dass sie ihr Leben ganz in den Dienst der konfessionellen Pflege, d. h. der Sorge um das körperliche und seelische Wohl der Patient*innen stellten. Hiermit verbunden war ein Kost- und Logiszwang, d. h. die ledigen Schwestern lebten in den Krankeneinrichtungen oder zumindest in der direkten Umgebung derselben. Dies bedeutete, dass die Schwestern quasi rund um die Uhr für die Betreuung ihrer Patient*innen verfügbar waren.⁴⁸ Entsprechend wurde den Schwestern kein leistungsbezogener Arbeitslohn, sondern ein Versorgungslohn gezahlt.⁴⁹ Die hohe Verfügbarkeit der Schwestern ermöglichte es, die Pflege vornehmlich als Ganzheitspflege zu konzipieren, d. h. die Schwestern kümmerten sich zumeist in zwei Schichten (Tag- und Nachtschicht) jeweils vollumfänglich um die ihnen zugeteilten Patient*innen. Die heute in Deutschland noch geläufige Hierarchisierung der Pflege in eine Grund- und Behandlungspflege setzte sich erst mit der Reformierung der Pflege zu einem modernen, leistungsbezogen entlohnenden Beruf durch.⁵⁰ Das Modell der Ganzheitspflege wurde auch von den sogenannten freien, d. h. nicht-konfessionellen Schwesternschaften übernommen, die sich mit Beginn des 20. Jahrhundert als Alternative zu den Mutterhäusern herausgebildet hatten.⁵¹

Ein wesentlicher Unterschied zur gegenwärtigen Situation der Pflegefachkräfte in Deutschland besteht sicherlich darin, dass unter dem skizzierten Modell der Ganzheitspflege personelle und zeitliche Engpässe vornehmlich dadurch aufgefangen wurden, dass die Schwestern ihre Schichten entsprechend dem Arbeitsaufwand einfach ausdehnten. Unter dem Leitbild der konfessionellen Pflege dürfte dies (bis zu einem gewissen Grad) auch als legitime ethische Anforderung an die Schwestern im Umgang mit den knappen zeitlichen Ressourcen verstanden worden sein. Dennoch mussten auch damals von den Pflegenden tagtäglich Allokationsentscheidungen getroffen werden. Pflegerische Tätigkeiten mussten ebenso gemäß dem Grad ihrer Wichtigkeit priorisiert und zwischen mehreren Patient*innen aufgeteilt werden. Selbst eine Rationierung von pflegerischen Maßnahmen ist nicht auszuschließen.

⁴⁶ Die in diesem Abschnitt dargelegten Ausführungen beziehen sich auf Kreutzer 2005, welches immer noch das einschlägige pflegehistorische Werk zur Reform der Krankenpflege in Deutschland nach 1945 darstellt. Eine allgemeine Übersicht zu den Entwicklungen in der Krankenpflege und anderen Gesundheitsberufen nach 1945 findet sich in dem Sammelband von Hähner-Rombach und Pfütsch 2018. Der 2016 erschienene Sammelband von Kreutzer und Nolte geht über Deutschland und das 20. Jahrhundert hinaus. Der 2010 von Kreutzer herausgegebene Sammelband enthält einen Beitrag von Kreutzer zu den Umbrüchen der Krankenpflege in Deutschland nach 1960, der nochmal wesentliche Punkte aus Kreutzer 2005 aufgreift.

⁴⁷ Kreutzer 2005, S. 7.

⁴⁸ Kreutzer 2005, S. 18.

⁴⁹ Kreutzer 2005, S. 206.

⁵⁰ Kreutzer 2005, S. 18, 27.

⁵¹ Kreutzer 2005, S. 8.

Aufgrund der sinkenden Attraktivität des Pflegeberufes hatten die Mutterhäuser ab Mitte der 1950er Jahre mit einem zunehmenden Personalmangel zu kämpfen. Damit musste zum einen auf der Ebene der Mutterhäuser entschieden werden, in welche Institutionen die verbleibenden Schwestern entsandt werden, bzw. welche Institutionen von ihnen ganz aufgegeben werden mussten.⁵² Zum anderen konnten aufgrund des Personalmangels auch in der direkten Patient*innenversorgung Pflegeleistungen nicht wie empfohlen oder gewollt durchgeführt werden. Es musste also auch hier rationiert werden⁵³ – und sei es nur, dass den Schwestern nicht die gewünschte Zeit für die persönliche, „seelische“ Betreuung der Patient*innen zur Verfügung stand. Die Rationierung in der direkten Patient*innenversorgung dürfte ebenso wie heute vornehmlich die Form einer impliziten Rationierung angenommen haben, d. h. ohne Heranziehung von explizit formulierten oder ethisch eigens reflektierten Handlungsrichtlinien.

Ein wesentlicher Unterschied ist allerdings darin zu sehen, dass unter dem Konzept der Ganzheitspflege die Allokationsentscheidung nicht gleichermaßen über verschiedene Pflegebereiche und Pflegefachkräfte hinweg koordiniert werden musste. Während den damaligen Schwestern noch eine große Eigenständigkeit in der Planung und Koordination der pflegerischen Versorgung ihrer Patient*innen zugestanden wurde, fallen heutzutage unter die zu erbringenden pflegerischen Leistungen auch die in Deutschland auf einer ärztlichen Verordnung und Delegation beruhenden pflegerischen Maßnahmen (z. B. Wundversorgung, Medikamentengabe, Blutdruck- und Blutzuckermessung usw.). Diese werden immer noch häufig als Teil der Behandlungspflege von dem Bereich der Grundpflege abgegrenzt. So sind mit der Reform der Krankenpflege auch neue Verteilungskonflikte entstanden, insofern eine Pflegefachkraft entscheiden muss, wie sie ihre knappe Ressource der Zeit zwischen diesen beiden Bereichen aufteilt.⁵⁴ Wie oben gesehen, besteht eine vermutete Folge der stärker hierarchischen Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege in der Tendenz, dass in der gegenwärtigen Pflege die ärztlich delegierten Tätigkeiten generell priorisiert werden zu Ungunsten von anderen pflegerischen Maßnahmen, die stärker auf die persönliche Betreuung der Patient*innen abstellen oder von der ärztlichen Versorgung getrennt sind.

Insofern Patient*innen gleichzeitig von mehreren Pflegefachkräften versorgt werden, bedarf es heutzutage auch einer weitaus umfangreicheren Koordination und Kommunikation der Allokations- und Rationierungsentscheidungen der Pflegefachkräfte untereinander, was eine zusätzliche Herausforderung in der Patient*innenversorgung darstellt. Der hiermit einhergehende Bedarf an Teamwork, Kommunikation und Koordination stellt einen der Faktoren dar, der von den Pflegefachkräften als mitverantwortlich für die Vernachlässigung von Pflegeleistungen identifiziert wird.⁵⁵

Die Umstrukturierungen des Gesundheitswesens seit den 1990er Jahren

⁵² Kreutzer 2005, S. 22–25.

⁵³ Kreutzer 2005, S. 22.

⁵⁴ Zander et al. 2017, S. 135–136.

⁵⁵ Papastavrou et al. 2014, S. 21.

Mit der Reform der Krankenpflege zu einem modernen und leistungsbezogen entlohten Beruf ist die Grundlage dafür gelegt, die Krankenpflege in einem vorher nicht gekannten Ausmaß ökonomischen Effizienzerwägungen zu unterwerfen. Mehrere Umstrukturierungsmaßnahmen (z. B. zunehmende Privatisierung, Einführung des G-DRG-Systems,⁵⁶ Schaffung von Wettbewerbsstrukturen) haben seit den 1990er Jahren in Deutschland dazu geführt, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zunehmend einem Kostendruck ausgesetzt sind, d. h. sich gezwungen sehen, die Versorgung ihrer Patient*innen möglichst kostengünstig zu erbringen.⁵⁷ Die Öffnung der Patient*innenversorgung für marktwirtschaftliche Prinzipien, häufig auch als Ökonomisierung bezeichnet, sollte vornehmlich die Effizienz des Gesundheitssystems steigern. Unter anderem sollte hierdurch eine Überversorgung von Patient*innen verhindert (z. B. unnötig lange Verweildauern, überflüssige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen) sowie vermutete Überkapazitäten auf Seiten des Personals abgebaut werden. Der „personale, materielle und zeitliche Ressourcenverbrauch“ sollte gesenkt werden, „ohne dass dadurch die Qualität der Versorgung gemindert“ wird.⁵⁸

Nun sind Effizienzerwägungen in der pflegerischen Versorgung nicht per se als ethisch bedenklich anzusehen, sofern die Effizienz, wie oben angeführt, von den Pflegezielen her definiert wird. Wenn Effizienzerwägungen mit wirtschaftlichen Interessen der Gewinnmaximierung gepaart sind, laufen diese allerdings Gefahr, in Strategien der Gesamtnutzenmaximierung umzuschlagen, sodass der im Rahmen der Pflegeprozessplanung festgestellte Pflegebedarf der Patient*innen eben nicht mehr im Vordergrund der Personal- und Pflegeplanung steht, oder, wie im Rahmen der empirischen Studienergebnisse dargestellt, eine angemessene Pflegeplanung gar nicht mehr erfolgen kann. Effizienzsteigerungen sind als ethisch bedenklich anzusehen, wenn der Abbau von Überversorgungen in eine Unterversorgung einzelner Patient*innen umzuschlagen droht.

In der professionellen Pflege, welche heutzutage so unterschiedliche Bereiche wie die Krankenhauspflege, die ambulante Pflege oder stationäre Langzeitpflege umfasst, ist es zu einer zunehmenden Verdichtung der pflegerischen Arbeit gekommen:

Die Krankenhausverweildauer der Patienten in Allgemeinkrankenhäusern wurde seit 1990 von 14,7 auf 7,3 Tage 2010 gesenkt. Im gleichen Zeitraum wurde die Zahl der Krankenhausfälle von 14.080.589 auf 17.485.806 gesteigert. Demnach wird rund ein Fünftel mehr Patienten in der Hälfte der Zeit im Krankenhaus behandelt als noch vor rund 20 Jahren. Allein dadurch hat sich die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte im Krankenhaus mehr als verdoppelt. Eine Mehrbelastung durch zusätzliche Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, Anleitung von Service- und Hilfskräften und höherer bürokratischer Aufwand sind hierbei unberücksichtigt.⁵⁹

⁵⁶ German diagnostic related groups.

⁵⁷ Mohan 2019, S. 160–165, S. 197–209; Slotala/Bauer 2009, S. 55–56.

⁵⁸ Slotala/Bauer 2009, S. 59.

⁵⁹ Kutschke 2014, S. 55.

Nicht nur müssen insgesamt mehr Patient*innen versorgt werden. In Folge des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ finden sich sowohl auf Station als auch in der stationären Langzeitpflege vornehmlich Patient*innen mit schweren körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, die einen erhöhten Pflegeaufwand erfordern. Aus ethischer Sicht wäre hierauf, im Sinne des Anspruchs der Patient*innen auf eine fachgerechte pflegerische Versorgung, mit einer entsprechenden Anpassung des Personalschlüssels zu reagieren. Seit den 1990er Jahren wurde hingegen (wie ursprünglich auch intendiert) in den verschiedenen Sektoren Pflegepersonal abgebaut, so dass heute weniger Pflegekräfte eine größere Anzahl von Patient*innen mit tendenziell höherem Pflegebedarf versorgen.⁶⁰

Hervorzuheben ist, dass im Krankenhausbereich parallel zu dem Abbau der Stellen im Pflegedienst das Personal im ärztlichen Dienst kontinuierlich aufgestockt wurde. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Reduzierung des Pflegepersonals in Folge der Umstellung auf das G-DRG-System nicht allein auf den Abbau von Überkapazitäten im Bereich der Pflege, sondern zugleich auch auf eine krankenhauserne Umverteilung der finanziellen Mittel zu Gunsten des ärztlichen Personals zurückzuführen ist.⁶¹ Betrachtet man das Verhältnis von Pflegekraft zu den zu betreuenden Patient*innen (Nurse-to-Patient-Ratio), belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen der letzten Plätze,⁶² worin einer der Gründe für die regelmäßige Rationierung der als notwendig erachteten Pflegetätigkeiten zu vermuten ist.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Wie der Blick auf die strukturellen Rahmenbedingungen und deren Wandel verdeutlicht, können Pflegefachkräfte nicht für die Knappheitsbedingungen selbst verantwortlich gemacht werden. Dennoch ist im Kontext der berufsethischen Anforderungen von den Pflegefachkräften ein verantwortungsvoller Umgang mit der Ressourcenknappheit zu fordern. Der Umgang mit der Ressourcenknappheit geschieht vornehmlich in Form einer impliziten Rationierung, wodurch die Gefahr gegeben ist, dass die hierbei angewandten Kriterien von den Pflegefachkräften nicht eigens reflektiert werden. Die Einbindung einer allokationsethischen Reflexion der Rationierung von Pflegeleistungen in Ausbildung und Praxis ermöglicht den Pflegefachkräften zu einer größeren Handlungssicherheit im Umgang mit der Ressourcenknappheit. Zum anderen wird hiermit ein möglichst verantwortungsvoller Umgang mit den Ansprüchen von Patient*innen auf eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sichergestellt.⁶³ Die in Abschnitt 3 erarbeiteten Begriffserläuterungen stellen hierbei eine wichtige Grundlage dar für die weitergehende ethische Reflexion des Umgangs mit Ressourcenknappheiten in der Pflege.

⁶⁰ Kutschke 2014, S. 55.

⁶¹ Simon 2009.

⁶² Zander/Busse 2017, S. 132–133; Aiken et al. 2012.

⁶³ Jones et al. 2015, S. 1134.

Professionelle Pflege erfolgt heutzutage in sehr unterschiedlichen Bereichen. Die ethischen Anforderungen an die Pflegefachkräfte sind jeweils an dem spezifischen Pflegebedarf der von ihnen versorgten Patient*innen festzumachen, so dass an dieser Stelle nur allgemeine Grundsätze eines ethisch reflektierten Umgangs mit Ressourcenknappheit in der Pflege umrissen werden können. Wie oben gesehen, bezieht sich der Begriff der Rationierung auf das Vorenthalten von an sich notwendigen Pflegeleistungen. Welche Pflegeleistungen als notwendig anzusehen sind, ist mit Hilfe der möglichst evidenzbasierten Experten- und Pflegestandards im Rahmen der Pflegeprozessplanung festzustellen. Der Begriff der Notwendigkeit sollte aus ethischer Sicht hier nicht in einem engen Sinne ausgelegt werden. In einem engeren Sinn wären Pflegeleistungen nur dann als notwendig anzusehen, wenn deren Vorenthaltung die Gefahr einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versorgenden Patient*innen birgt. Angemessener scheint hier der Begriff der Indiziertheit von Pflegeleistungen, der auf die Geeignetheit einer Pflegeleistung zur Erreichung eines bestimmten Pflegezieles (z. B. eigenständige Körperpflege) verweist. Entsprechend sind Experten- und Pflegestandards als Werkzeuge zum Stellen derartiger pflegerischer Indikationen anzusehen.

Können aufgrund einer zeitlichen oder sonstigen Ressourcenknappheit nicht alle als indiziert ausgewiesenen Pflegeleistungen erbracht werden, so sind diejenigen Pflegetätigkeiten vorzuziehen, deren Aufschiebung mit der Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Schädigungen verbunden ist. Dies entspricht der oben dargestellten, ersten möglichen Deutung des informellen Priorisierungssystems in der Pflege, nämlich, dass Pflegefachkräfte in Zeiten der Ressourcenknappheit diejenigen Pflegetätigkeiten priorisieren, bei denen eine zeitliche Aufschiebung mit der konkreten und akuten Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Schädigungen verbunden ist.

Ein methodisches Problem im Umgang mit der Ressourcenknappheit in der Pflege besteht darin, dass eine ethisch reflektierte Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen die fachgerechte Erhebung und Bewertung der Pflegebedarfe voraussetzen, die Pflegeplanung nun aber gerade eine der Tätigkeiten ist, die, wie oben erwähnt, am häufigsten rationiert wird. Ein ethisch reflektierter Umgang mit der Ressourcenknappheit in der Pflege ist nur möglich in Kenntnis der individuellen Pflegebedarfe und der kurz- und langfristigen Auswirkung vernachlässigter Pflegetätigkeiten auf die Gesundheit der Patient*innen.

Allerdings kann auch ein ethisch reflektierter Umgang mit Rationierungsentscheidungen in der Patient*innenversorgung nur eine Verwaltung, nicht aber Lösung der Ressourcenknappheit bieten, die durch die strukturellen Rahmenbedingungen auf den darüber gelegenen Verantwortungsbereichen des Gesundheitswesens mitbestimmt ist. Als Reaktion auf die beobachtete Diskrepanz zwischen dem Anspruch an die pflegerische Versorgung von Patient*innen und der festgestellten Ressourcenknappheit in der direkten pflegerischen Versorgung wurden in Deutschland eine Reihe von Verordnungen auf den Weg gebracht, die dem Phänomen der unvollständig ausgeführten Pflegetätigkeiten entgegenwirken sollen.

So schreibt die sogenannte Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) eine seit Januar 2019 in Deutschland gültige Untergrenze für die Anzahl an Pflegekräften (Pflegefach- und Pflegehilfskräfte) in sogenannten pflegesensitiven Bereichen vor, wie etwa die Intensivstation, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie. Für den Bereich der Krankenhauspflege relevant ist auch das im November 2018 beschlossene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das unter anderem eine Ausgliederung der Personalkosten aus dem G-DRG-System vorsieht. Letzteres regelt in Deutschland die Vergütung der im Krankenhaus erbrachten Versorgungsleistungen. Mit dieser Gesetzesänderung reagierte der Gesetzgeber auf die langjährige Kritik, dass in den G-DRGs der individuelle Pflegebedarf nicht hinreichend abgebildet wird. Im Krankenhaus erbrachte Pflegeleistungen galten bisher dem Anspruch nach als in den ärztlichen Diagnosen mitabgegolten, ohne dass der Tatsache hinreichend Rechnung getragen wurde, dass die gleiche ärztliche Diagnose je nach Allgemeinzustand der Patient*innen mit einem sehr unterschiedlichen Pflegebedarf und Pflegeaufwand verbunden sein kann. Für den Bereich der Langzeitpflege sind auf der obersten Ebene des Gesundheitswesens die im Jahre 2017 eingeführten Pflegegrade zu nennen, die zusammen mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit die wesentlichen Aufgabenbereiche der Langzeitpflege sowie Reichweite und Grenzen legitimer Patient*innenansprüche umreißen.

Um eine angemessene pflegerische Versorgung sicherzustellen, sind Pflegewissenschaftler*innen und Pflegefachkräfte auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens in die relevanten Verteilungsentscheidungen miteinzubeziehen. Dem Verweis auf die methodischen Mängel der Studien zu den Auswirkungen des Personalschlüssels und des „grade and skill mix“ auf die Patient*innensicherheit ist mit der Finanzierung entsprechender Studien zu begegnen. Die Beweislast liegt hier nicht auf Seiten der Patient*innen, die belegen müssen, dass ihr Anspruch auf eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung gegenwärtig nicht hinreichend realisiert werden kann. Hieraus ergibt sich die weitere Verpflichtung der Pflegefachkräfte, entsprechende Überlastungsanzeigen zu machen, wenn die Patient*innensicherheit von ihnen nicht gewährleistet werden kann.

Nadia Primc (Dr.), Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Deutschland

6 Bibliographie

Aiken, Linda H./Walter Sermeus/Koen Van den Heede/Douglas M. Sloane/Reinhard Busse/Martin McKee/Luk Bruyneel/Anne Marie Rafferty/Peter Griffiths/Maria Teresa Moreno-Casbas/Carol Tishelman/Anne Scott/Tomasz Brzostek/Juha Kinnunen/René Schwendimann/Maud Heinen/Dimitris Zikos/Ingeborg Strømseng Sjetne/Herbert L. Smith/Ann Kutney-Lee: Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care. Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States. In: BMJ 344 (2012), e1717. DOI: 10.1136/bmj.e1717.

- Ball, Jane E: Nurse Staffing Levels, Care Left Undone, & Patient Mortality in Acute Hospitals. Stockholm 2017, https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45563/Thesis_Jane_Ball.pdf?sequence=6&isAllowed=y, abgerufen am 16. April 2020.
- Ball, Jane E./Peter Griffiths/Anne Marie Rafferty/Rikard Lindqvist/Trevor Murrells/Carol Tishelman: A Cross-Sectional Study of 'Care Left Undone' on Nursing Shifts in Hospitals. In: Journal of Advanced Nursing 72 (2016), 9, S. 2086–2097. DOI: 10.1111/jan.12976.
- Ball, Jane E./Trevor Murrells/Anne Marie Rafferty/Elizabeth Morrow/Peter Griffiths: 'Care Left Undone' During Nursing Shifts. Associations with Workload and Perceived Quality of Care. In: BMJ Quality & Safety 23 (2014), 2, S. 116–125. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001767.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandards und Auditinstrumente, <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente>, abgerufen am 16. April 2020.
- Griffiths, Peter/Antonello Maruotti/Alejandra Recio-Saucedo/Oliver C. Redfern/Jane E. Ball/Jim Briggs/Chiara Dall'Ora/Paul E. Schmidt/Gary B. Smith: Nurse Staffing, Nursing Assistants and Hospital Mortality. Retrospective Longitudinal Cohort Study. In: BMJ Quality & Safety 28 (2019), 8, S. 609–617. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-008043.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn/Pierre Pfütsch (Hg.): Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945. Ein Lehr- und Studienbuch. Frankfurt am Main 2018.
- Jones, Terry L./Patti Hamilton/Nicole Murry: Unfinished Nursing Care, Missed Care, and Implicitly Rationed Care. State of the Science Review. In: International Journal of Nursing Studies 52 (2015), 6, S. 1121–1137. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
- Kalisch, Beatrice J.: Missed Nursing Care. A Qualitative Study. In: Journal of Nursing Care Quality 21 (2006), 4, S. 306–313.
- Kreutzer, Susanne: Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main 2005.
- Kreutzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Göttingen 2010.
- Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016.
- Kutschke, Thomas: Pflegenotstand und Fachkräftemisere. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin 66 (2014), 4, S. 54–56.
- Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Schulz, Stefan/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau/Norbert W. Paul (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Frankfurt am Main 2006, S. 183–208.

- Mohan, Robin: Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit. Bielefeld 2019.
- Papastavrou, Evridiki/Panayiota Andreou/Georgios Efstathiou: Rationing of Nursing Care and Nurse-Patient Outcomes. A Systematic Review of Quantitative Studies. In: The International Journal of Health Planning and Management 29 (2014), 1, S. 3–25. DOI: 10.1002/hpm.2160.
- Recio-Saucedo, Alejandra/Chiara Dall’Ora/Antonello Maruotti/Jane E. Ball/Jim Briggs/Paul Meredith/Oliver C. Redfern/Caroline Kovacs/David Prytherch/Gary B. Smith/Peter Griffiths: What Impact Does Nursing Care Left Undone Have on Patient Outcomes? Review of the Literature. In: Journal of Clinical Nursing 27 (2018), 11–12, S. 2248–2259. DOI: 10.1111/jocn.14058.
- Schubert, Maria/Dietmar Aussenhofer/Mario Desmedt/René Schwendimann/Emmanuel Lesaffre/Baoyue Li/Sabina De Geest: Levels and Correlates of Implicit Rationing of Nursing Care in Swiss Acute Care Hospitals. A Cross Sectional Study. In: International Journal of Nursing Studies 50 (2013), 2, S. 230–239. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016.
- Schubert, Maria/Sean P. Clarke/Tracy R. Glass/Bianca Schaffert-Witvliet/Sabina De Geest: Identifying Thresholds for Relationships Between Impacts of Rationing of Nursing Care and Nurse- and Patient-Reported Outcomes in Swiss Hospitals. A Correlational Study. In: International Journal of Nursing Studies 46 (2009), 7, S. 884–893. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008.
- Schubert, Maria/Tracy R. Glass/Sean Clarke/Linda H. Aiken/Bianca Schaffert-Witvliet/Douglas M. Sloane/Sabina De Geest: Rationing of Nursing Care and Its Relationship to Patient Outcomes. The Swiss Extension of the International Hospital Outcomes Study. In: International Journal for Quality in Health Care 20 (2008), 4, S. 227–237. DOI: 10.1093/intqhc/mzn017.
- Schwab, Frank/Elisabeth Meyer/Christine Geffers/Petra Gastmeier: Understaffing, Overcrowding, Inappropriate Nurse: Ventilated Patient Ratio and Nosocomial Infections: Which Parameter is the Best Reflection of Deficits? In: Journal of Hospital Infection 80 (2012), 2, S. 133–139. DOI: 10.1016/j.jhin.2011.11.014.
- Scott, Anne P./Clare Harvey/Heike Felzmann/Riitta Suhonen/Monika Habermann/Kristin Halvorsen/Karin Christiansen/Luisa Toffoli/Evridiki Papastavrou: Resource Allocation and Rationing in Nursing Care. A Discussion Paper. In: Nursing Ethics 26 (2019), 5, S. 1528–1539. DOI: 10.1177/0969733018759831.
- Simon, Michael: Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft 14 (2009), 2, S. 101–123.
- Slotala, Lukas/Ullrich Bauer: „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.“ Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. In: Pflege & Gesellschaft 14 (2009), 1, S. 54–66.

- Suhonen, Riitta/P. Anne Scott: Missed Care. A Need for Careful Ethical Discussion. In: Nursing Ethics 25 (2018), 5, S. 549–551. DOI: 10.1177/0969733018790837.
- Tønnessen, Siri/Per Nortvedt/Reidun Førde: Rationing Home-Based Nursing Care. Professional Ethical Implications. In: Nursing Ethics 18 (2011), 3, S. 386–396. DOI: 10.1177/0969733011398099.
- Twigg, Diane/Helen Myers/Christine Duffield/Judith D. Pugh/Lucy Gelder/Michael Roche: The Impact of Adding Assistants in Nursing to Acute Care Hospital Ward Nurse Staffing on Adverse Patient Outcomes. An Analysis of Administrative Health Data. In: International Journal of Nursing Studies 63 (2016), S. 189–200. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.008.
- Ubel, Peter A./Susan Goold: Recognizing Bedside Rationing. Clear Cases and Tough Calls. In: Annals of Internal Medicine 126 (1997), 1, S. 74–80.
- WHO: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1 Final Technical Report January 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1, abgerufen am 16. April 2020.
- Zander, Britta/Reinhard Busse: Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel, Peter/Ingrid Smerdka-Arhelger/Kathrin Lipp (Hg.): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Heidelberg 2017, S. 125–137. DOI: 10.1007/978-3-662-54166-1_13.
- Zander, Britta/Lydia Dobler/Michael Bäumlner/Reinhard Busse: Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern. Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: Gesundheitswesen 76 (2014), 11, S. 727–734. DOI: 10.1055/s-0033-1364016.
- Zúñiga, Franziska/Dietmar Ausserhofer/Jan P. H. Hamers/Sandra Engberg/Michael Simon/René Schwendimann: The Relationship of Staffing and Work Environment with Implicit Rationing of Nursing Care in Swiss Nursing Homes. A Cross-Sectional Study. International Journal of Nursing Studies 52 (2015), 9, S. 1463–1474. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005.