

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 2/2018

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



Liebe Leserinnen und Leser,

»Das Geld ist der allgemeine, für sich selbst konstituierte Wert aller Dinge. Es hat daher die ganze Welt, die Menschenwelt wie die Natur, ihres eigentümlichen Wertes beraubt. Das Geld ist das dem Menschen entfremdete Wesen seiner Arbeit und seines Daseins, und dies fremde Wesen beherrscht ihn, und er betet es an.«

Dieses Zitat des deutschen Sozialökonoms Karl Marx, dessen 200. Geburtstag sich in diesem Jahr jährte, provoziert. Herausfordern möchten auch wir Sie mit einer Schwerpunkt-Ausgabe zum Thema: »Ökonomisierung in der Pflege«. Außer Thesen nichts gewesen? Das entscheiden Sie am Ende der Ausgabe selbst. Wir sind gespannt auf Ihre Rückmeldungen!

Mit besten Grüßen aus dem Redaktionsteam der Ludwigshafener Ethischen Rundschau LER

Ihr

Jonas Pavelka

2 **Ohne Wertschätzung der Pflegenden keine Sicherheit für Patient/innen**
Renate Stemmer

7 **Implizite Rationierung – From Novice to Expert in nur drei Jahren**
Michael Krisch

12 **Ökonomische Anforderungen, Leitlinien, Standards – wie viel Normierung verträgt verantwortliches Pflegehandeln in der Praxis?**
Constanze Giese

17 **Gemeinwohlorientierung der Altenhilfe**
Hanno Heil

Fallvignette:

22 **Ökonomisierung in der Pflege**
Peter Schiffer / Manfred Schnabel

Impuls:

27 **Was wir vom barmherzigen Samariter über die Ökonomisierung im Gesundheitswesen lernen können.**
Jonas Pavelka

Buchbesprechung:

31 **Klaus Gauger: Meine Schizophrenie**
Tabea Haas

Das Zitat »»

»Ob Pflegeeinrichtung oder Hotel, ob ambulante Pflege oder Handwerkerleistung: für den Markt ist alles gleich.«

Dr. Hanno Heil

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Ohne Wertschätzung der Pflegenden keine Sicherheit für Patient/innen

Die Pflege ist zu einem Politikum geworden. Die Sicherstellung einer in quantitativer und qualitativer Hinsicht ausreichenden Versorgung mit Pflegeleistungen ist deutschland-, europa- und weltweit eine Herausforderung. Nicht immer gelingt es, diese Herausforderung zu meistern. International wird in diesem Zusammenhang oft der Begriff ‚Rationierung‘ benutzt. ‚Rationierung‘ beschreibt den Umstand, dass die Ressourcen nicht ausreichen, um die erforderliche Pflege sicherzustellen.

Ursachen der Rationierung

Verschiedene Ursachen können zu Rationierung führen.

- 1.** Dazu gehört ein Mangel bezogen auf die pflegenden Personen. Dieser Mangel kann quantitativer Art sein, in dem Sinne, dass die Anzahl der Pflegepersonen nicht ausreicht, um die erforderliche Versorgung zu erbringen. Er kann auch qualitativer Art sein. Dies ist immer dann der Fall, wenn die vorhandene Qualifikation für die Erbringung der erforderlichen Pflegeleistungen nicht ausreicht, z.B. um den Pflegebedarf korrekt einzuschätzen, die pflegerischen Interventionen sachgerecht durchzuführen oder die Ergebnisse des pflegerischen Handelns angemessen einzuschätzen.
- 2.** Weitere Ursachen für Rationierung liegen in dem erhöhten Bedarf an Pflege z.B. bedingt durch den Ausbau technischer Möglichkeiten wie der häuslichen Intensivpflege oder weiterer komplexer Behandlungsoptionen. Informationsangebote im Internet stellen einerseits eine Ressource für Patientinnen und Patienten bzw. Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen dar. Diese Informationen bedürfen aber andererseits immer wieder



Renate Stemmer hat an der Katholischen Hochschule Mainz eine Professur für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement inne. Sie ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP). Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören die Qualitätsmessung in der Pflege sowie Fragen der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen.

der Einordnung hinsichtlich der Relevanz für die jeweils individuelle Situation und führen so zu einem erhöhten Beratungs- und damit Zeitbedarf.

Die Rationierung im Pflegealltag

Das Auftreten von Rationierung ist insbesondere für die Pflege im Krankenhaus mehrfach untersucht. Zusammenfassend kommen die Studien zu dem Ergebnis, dass Rationierung sehr häufig auftritt. 55-98% der befragten Pflegenden berichten, aus ihrer Sicht erforderliche Pflegeleistungen nicht erbracht zu haben. Eine Untersuchung in deutschen Krankenhäusern zeigt, dass insbesondere an Zeit und Zuwendung für Patientengespräche gespart wird, auch wenn diese Gespräche nach Einschätzung der Pflegepersonen in konkreten Situationen erforderlich gewesen wären. In einer Studie gaben 82% der mehr als 1500 teilnehmenden Pflegepersonen an, dass sie diese Gespräche aus Zeitmangel vernachlässigt haben. Insgesamt zeigt sich, dass die zuwendungsorientierten patientennahen Aufgaben eher rationiert werden als die medizinnahen Tätigkeiten (Zander, Döbler, Bäuml, Busse 2014). Bei diesen Formen der impliziten Rationierung stehen die Pflegepersonen angesichts eines Missverhältnisses von Aufgaben und Zeit vor der Aufgabe situativ Prioritäten zu setzen. Sie werden dabei allein gelassen. Zwar gibt es vielfältige informelle Einschätzungen und Erwartungen. Allerdings gibt es keine offiziellen Verlautbarungen, welche der pflegerischen Aufgaben sie unbeachtet lassen sollen. Zudem ist auch die Nichtbeachtung erforderlicher Pflegeleistungen mit dem Ethikkodex der Pflege nicht vereinbar. Die Folgen der Rationierung sind Rollenkonflikte, Schuldgefühle und Stress auf Seiten der Pflegenden.

Die Folgen der Rationierung sind Rollenkonflikte, Schuldgefühle und Stress auf Seiten der Pflegenden.

Die Folgen der Rationierung

Die Bedeutung der Ausstattung mit qualifizierten Pflegefachpersonen für das Patientenoutcome (Zustand des Patienten) wurde international umfangreich untersucht. Eine in quantitativer oder qualitativer Hinsicht zu geringe Besetzung gefährdet die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Beobachtet wurden u.a. vermehrte Stürze, eine erhöhte Anzahl von im Krankenhaus erworbenen Infektionen und verspätete Hilfe im Notfall, verbunden mit einer erhöhten Sterberate (Aiken et al. 2013). Pflegefachpersonen reagieren auf den erlebten Druck, der durch die Rationierung entsteht, mit Reduktion der Arbeitszeit, Wechsel des Arbeitgebers oder sogar mit dem Ausstieg aus dem Beruf.

Zusammenfassend ist die Situation in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung prekär und die schwierigen Bedingungen unterstützen die Abwärtsspirale.

Pflegefachpersonen reagieren auf den erlebten Druck mit Reduktion der Arbeitszeit, Wechsel des Arbeitgebers oder sogar mit dem Ausstieg aus dem Beruf.

Lösungsansätze

Bei der Suche nach Lösungen, die sowohl geeignet sind, die Sicherheit für die Patientinnen und Patienten zu erhöhen als auch die Zufriedenheit der Pflegenden zu verbessern, sind Schritte zielführend, die einerseits den immensen zeitlichen Druck reduzieren, dem die Pflegenden ausgesetzt sind. Andererseits zeigen internationale Beobachtungen die hohe Bedeutung der Gestaltung der Arbeitsumgebung.

Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten ist an mehr Pflegepersonalzeit gekoppelt. Die aktuell viel diskutierte Frage ist, wie es gelingen kann, diese Pflegepersonalzeit zur Verfügung zu stellen. Ansatzpunkte sind

- a) die Erhöhung der finanziellen Ressourcen,
- b) die Erhöhung der Pflegepersonalzeit durch gezielten Einsatz von Pflegepersonen verschiedener Qualifikationsstufen,
- c) die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes.

Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten ist an mehr Pflegepersonalzeit gekoppelt.

Zu a) Erhöhung der finanziellen Ressourcen

Der Pflegeberuf ist anspruchsvoll, sowohl in inhaltlicher Hinsicht als auch hinsichtlich der Arbeitsbedingungen. Die Belastung durch die ständige Konfrontation mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist hoch und wird durch den ständigen Zeitdruck erhöht. Das Arbeiten im Schichtsystem, Wochenenddienste und insbesondere häufige ungeplante Änderungen des Dienstplanes erschweren eine entspannte Freizeitgestaltung. Umso wichtiger ist eine Kompensation durch eine angemessene Bezahlung.

Zu b) Erhöhung der Pflegepersonalzeit

Bereits seit einiger Zeit werden in allen Bereichen, in denen Pflege erbracht wird, auch Pflegehelfer und Pflegeassistenten eingesetzt. Vielfach handelt es sich dabei jedoch nur um eine Reduktion der Pflegefachpersonenstandards. Erforderlich ist demgegenüber die Umsetzung von Konzepten, die die pflegerischen Aufgaben gezielt auf unterschiedlich qualifizierte Pflegenden, von der Pflegeassistenz bis zu den akademisch qualifizierten Pflegenden, aufteilt, um so durch ein Ineinandergreifen unterschiedlicher Kompetenzen und Kompetenzniveaus eine sichere Patientenversorgung trotz steigender Anforderungen zu erreichen (Robert Bosch Stiftung 2018).

Zu c) Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes

Zu den Faktoren, die die Attraktivität des Pflegeberufes erhöhen, gehören Strukturen, die die Bedeutung der Pflege abbilden. Zu nennen sind hier eine sichtbare und starke Leitung der Pflege mit einem partizipativen Führungsstil, strukturelles Empowerment (d.h. Stärkung und Unterstützung) durch Organisationsstrukturen, die es Pflegenden ermöglichen sich an Entscheidungsprozessen, die die direkte Patientenversorgung betreffen, zu beteiligen, die Entwicklung und Implementierung professioneller Pflegemodelle, die Stärkung interdisziplinärer Beziehungen sowie die Förderung der Autonomie Pflegenden (Feuchtinger 2015).

Fazit

Damit sind relevante Lösungsansätze für den Fachkraftmangel in der Pflege identifiziert. Statt der zu beobachtenden Suche nach Personengruppen, die bereit sind zu den beschriebenen Bedingungen zu arbeiten, muss es darum gehen, die Attraktivität zu erhöhen und damit sowohl junge Menschen für diesen Beruf zu begeistern, als auch erfahrene Pflegepersonen im Beruf zu halten. Dies gelingt durch Wertschätzung, ausgedrückt durch mehr Pflegezeit für die Patientenversorgung, mehr pflegerischen Einfluss auf Entscheidungen im Versorgungsprozess sowie mehr Lohn für gute Arbeit.

» Literaturhinweise bei der Verfasserin

Implizite Rationierung – *From Novice to Expert* in nur drei Jahren

Outputorientierte Steuerungsinstrumente wie Qualitätssicherung, Leistungsvereinbarungen, Benchmarking, Leitbilder, Visionen, Strategien, leistungsgerechte Vergütung, Kennzahlensysteme oder Zielvereinbarungsgespräche haben zu einer Ökonomisierung im Pflegewesen geführt. Die stetige Ablösung religiöser und medizinischer Imperative hat auch eine unmittelbare Auswirkung auf die Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen. Dunkle Wolken kündigen von einer verderblichen Ausrichtung, deren Folgen sich an den mit hunderten von Überstunden belasteten Arbeitszeitkonten von Pflegekräften deutlich ablesen lassen. Es ist ein Allgemeinplatz, dass sich der ökonomische Erfolgsdruck in Pflegeeinrichtungen eher negativ denn positiv auf die professionelle Pflege auswirkt. So fordert auch in diesem Sektor der Wachstumsimperativ eine immer effizientere Erfüllung von Pflegeleistungen. Schaut man sich das Schuhwerk von vielen Pflegekräften an, so fällt einem zunehmend Laufsuhwerk ins Auge. Dieser Anblick spricht für sich und besitzt immense Symbolwirkung. Baudrillard würde sagen: Eine solche Beschleunigung hat nichts Natürliches mehr an sich (vgl. Baudrillard, J. 2012, S. 11). Die Grundproblematik des gewünschten Mehrwerts äußert sich eben nicht nur in Produktionsvorgängen, sondern auch bei der Erstellung von Dienstleistungen wie Pflege. Es ist ein Irrglaube, dass der Markt und ein stetig anhaltendes Wachstum das Wohlbefinden aller Menschen befördert oder gar sichert. »Jeder weiß, dass Wettbewerb nicht gleichbeutend mit Vernunft ist.« (Virilio, P. 1998, S. 26)

Implizite Rationierung oder der Zusammenbruch der Marktlogik

Die Folgen des Neoliberalismus äußern sich u. a. in Erscheinungen wie der *Impliziten Rationierung*. Diese zeigt die Asozialität der Marktlogik im Bereich der Pflege. Sie muss im Zusammenhang mit Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung eingeordnet werden.



Michael Krisch arbeitet freiberuflich im Bereich des Pflegemanagements. Aktuell interessiert ihn der Diskurs: »Sorgende Gemeinschaften« und das Thema »Genossenschaftswesen« im Bereich der Pflege.

Rationalisierungen zielen auf die Verbesserung der Effizienz ab, ohne dass sich etwas an der Qualität der erbrachten Dienstleistungen ändert. Die daraus resultierenden Effizienzreserven könnten nun der Optimierung von Pflegeprozessen dienen. Wenn Rationalisierungen nicht mehr genügen, werden Dienstleistungen vorenthalten. Bei der *impliziten* Rationierung werden notwendige Pflegehandlungen von der Pflegekraft unausgesprochen in Bezug auf bestimmte Empfängergruppen in eine Rangfolge gebracht, um Versorgungsengpässe und -lücken zu schließen. Hier stellt sich der Pflegekraft die Frage: Was ist wichtig und was ist weniger wichtig? *Implizite Rationierung* meint demnach die verdeckte Begrenzung von Dienstleistungen. Pflegekräfte entscheiden in konkreten Mangelsituationen, mit welchen Patienten sie welche Dienstleistung ausführen oder auch nicht. Das Vorenthalten von Leistungen ist das Resultat einer ökonomischen Perspektive der Nützlichkeit, die der Aufrechterhaltung und Steigerung des Effizienzdenkens dient und ganz nebenbei neoliberale Hegemonie zementiert.

Aiken et al. bestätigen diesen Eindruck. In einer aufwendigen internationalen Studie wurden aus Zeitmangel nicht durchgeführte notwendige pflegerische Maßnahmen erhoben. Für die Bundesrepublik Deutschland waren dies Gespräche/Zuwendung (53,8 %), Schulung von Patienten/Angehörigen (29,6 %), Erstellung und Anpassung von Pflegeplänen (34 %), Austrittsplanung (13,4 %), Hautpflege (13 %) sowie die Mundpflege (10 %). Darüber hinaus wurden Probleme und Qualitätsmängel wie Medikamentenfehler, Krankenhausinfektionen, Sturzverletzungen, Beschwerden von Patienten oder Angehörigen und Beschimpfungen des Pflegepersonals bestimmt. Im Ergebnis konstatieren die Autoren einen Zusammenhang zwischen dem Phänomen der *Impliziten Rationierung* sowie den aufgedeckten Qualitätsdefiziten (vgl. Aiken et al. 2001).

Das Vorenthalten von Leistungen ist das Resultat einer ökonomischen Perspektive der Nützlichkeit, die der Aufrechterhaltung und Steigerung des Effizienzdenkens dient.

Im Ergebnis konstatieren die Autoren einen Zusammenhang zwischen dem Phänomen der Impliziten Rationierung sowie den aufgedeckten Qualitätsdefiziten.

Vom Novizen zum Experten

Ich habe mit Altenpflegeschülern aus unterschiedlichen Ausbildungsjahren über das Phänomen der *Impliziten Rationierung* diskutiert und ein Muster erkannt, welches ausschlaggebend für den Titel des vorliegenden Artikels war. In Anlehnung an die fünf von Benner entwickelten Pflegekompetenzstufen ist davon auszugehen, dass Altenpflegeschüler bezüglich des Phänomens der *Impliziten Rationierung* in nur drei

Jahren eine Entwicklung vom Novizen zum Experten durchmachen, wofür laut Benner's Theorie Jahrzehnte vorgesehen sind (vgl. Benner, P. 2012). Könnte man manche Aspekte des Pflegealltags, die vornehmlich von Schülern im ersten Ausbildungsjahr benannt wurden, noch als Kavaliersdelikte oder vertragsrechtlich als Schlechtleistung fassen, so ließen die Aufzählungen der Schüler der höheren Lehrjahrgänge eine deutliche zivil- sowie strafrechtliche Relevanz erkennen; beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Tatbestände der Urkundenfälschung (§ 267 StGB), der Schlechtleistung (§ 323 BGB) oder der Körperverletzung (§ 223 StGB) verwiesen, deren Strafmaß bei bis zu fünf Jahren Freiheitsentzug liegt. Eine mit handlungspraktischen Beispielen aus dem eigenen Erfahrungsbereich gefüllte Metaplanwand wurde von einem Schüler treffenderweise als *Wall of Shame* bezeichnet.

Auswirkungen impliziter Rationierung

Das Begriffspaar *Implizite Rationierung* ist eine betriebswirtschaftlich beschönigende Beschreibung für gefährliches, strafrechtlich relevantes Handeln und lebensbedrohliche Pflege. Es steht für ein Bild von etwas anderem. Wenn Menschen den ideologischen Grundlagen einer solchen künstlich produzierten Symbolik gewahr werden, beginnen sie sich zu wundern. Solche Verblendungen besitzen keinen neutralen Charakter; sie demütigen und sind ein ideologisches Werkzeug, da sie negative Dinge durch sprachliche Ausdrücke beschönigen, abmildern, vertuschen, tarnen oder auch in einer mildernden Art und Weise etikettieren. Die *Implizite Rationierung* berührt Fragen nach Verantwortung, sozialer Gerechtigkeit, Fragen des Gleichheitsgebotes, des Rechtsschutzes, des Vertrags- und Leistungsrechts oder der Willkür. Hierbei gerät die Pflegekraft in einen komplexen Entscheidungskonflikt. Einerseits nimmt sich die Pflegeperson des Patienten an, andererseits folgt sie den wirtschaftlichen Interessen eines Unternehmens, obschon sie gemäß dem *ICN-Ethikkodex für Pflegenden* in ihrer grundlegenden beruflichen Verantwortung dem pflegebedürftigen Menschen gegenüber verantwortlich ist (vgl. ICN 2017, S. 2). Inwieweit solche versteckten Verteilungsentscheidungen vor dem Hintergrund von Fachkräftemangel, Präsentismus (kranke Pflegekräfte am und nicht im Bett) sowie zunehmend prekären Arbeitsverhältnissen sinnvoll, vernünftig oder rational

Das Begriffspaar »Implizite Rationierung« ist eine betriebswirtschaftlich beschönigende Beschreibung für gefährliches, strafrechtlich relevantes Handeln und lebensbedrohliche Pflege.

sind, bleibt ungeklärt. Zudem ist zu fragen, ob die *Implizite Rationierung* bestimmte Personengruppen besonders bevorteilt oder benachteiligt. Man denke hier z. B. an soziale Vorurteile, an besonders vulnerable Patientengruppen, an Menschen, die sich nicht äußern können, an Personen mit hohem oder niedrigem Pflegeaufwand oder an besonders durchsetzungsstarke Zeitgenossen. Sind vielleicht die Schwächeren der ohnehin schon Schwachen betroffen? Wer legt die Grenzen fest? Nach welchen Kriterien entscheiden die Pflegekräfte? Wie können soziale Differenzen vermieden werden? Und schließlich: Was können Pflegekräfte tun, um Antworten auf diese Fragen zu finden?

Boshaftigkeit und Kritik

Lösungsansätze müssen auf individueller, organisatorischer und politischer Ebene diskutiert werden. Da das Weisungsrecht beim Arbeitgeber liegt, entscheiden Pflegekräfte trotz Zeitmangel nicht selbst, wo etwas oder was getan wird. In aller Unterschiedenheit aber darf, kann und muss bei Überlastungen protestiert werden. Überlastungsanzeigen beziehen sich meist auf die Paragraphen 3 bis 5 des Arbeitszeitgesetzes. Trotz Entlastungsschreiben muss die Arbeit verrichtet werden. Sie bieten aber weder Schutz vor fachlichen Fehlern noch vor haftungs- und strafrechtlichen Folgen. Es besteht kein Verweigerungsrecht im Arbeitsalltag. Darüber hinaus hat jede Pflegekraft die Möglichkeit, Mitarbeitervertretungen, Betriebsräte oder Personalräte zu involvieren, sich gewerkschaftlich oder (berufs-)politisch zu organisieren, um Besetzungsproblematiken zu thematisieren und die sich aus der *Impliziten Rationierung* ergebenden Konsequenzen aufzuzeigen.

Auf organisatorischer Ebene sollten Leitungskräfte für die Folgen unternehmensorientierter Steuerungsinstrumente sensibilisiert werden. Sie stehen in der Pflicht, die impliziten Entscheidungen transparent zu machen. Der Spagat zwischen Berufsethos und ökonomischem Diktat muss offen thematisiert werden. Hierzu ist es notwendig, Diskussionen zu verdeckten Leistungspriorisierungen zu führen und gegebenenfalls transparente Regeln aufzustellen. Heimliche, versteckte Leistungsbeschränkungen durch Rationierungseffekte dürfen nicht dem Versorgungsalltag

*Der Spagat zwischen
Berufsethos und
ökonomischem
Diktat muss offen
thematisiert werden.*

überlassen werden.

Zuletzt empfiehlt es sich vielleicht auch einem kranken System gegenüber etwas »boshafter« zu agieren, was ganz im Sinne des Herrn Settembrini wäre, den Thomas Mann auf seinem Zauberberg folgenden Satz zu Hans Castorp sprechen lässt: »In meinen Augen ist sie [i. e. die Boshaftigkeit] die glänzendste Waffe der Vernunft gegen die Mächte der Finsternis und der Häßlichkeit. Bosheit, mein Herr, ist der Geist der Kritik, und Kritik bedeutet den Ursprung des Fortschritts und der Aufklärung.« (Mann, T. 1999, S. 89) Fernab von politischem Engagement, Boshaftigkeit und Kritik ist auf der Grundlage einer solidarischen Pflegevollversicherung eine Kostenlosigkeit von Pflege für hilfebedürftige Menschen zu gewährleisten, da sie eine Wesensäußerung menschlichen Lebens ist, die vom Faktor »Geld« beeinflusst werden darf. Es sollte nicht weiter geduldet werden, dass die Ökonomie immer mehr grundlegende Daseinsbereiche infiltriert.

» Literaturhinweise beim Verfasser.

Ihre Altersvorsorge – eine Entscheidung fürs Leben



Nur für Mitarbeiter in
Kirche und Caritas!

Attraktive Betriebsrenten binden und motivieren Ihre Mitarbeiter



Mehr Informationen:
www.pensionskasse-caritas.de
info@pensionskasse-caritas.de
Telefon: 0221 46015-0

 PENSIONSKASSE
DER CARITAS VVAG

Ökonomische Anforderungen, Leitlinien, Standards – wie viel Normierung verträgt verantwortliches Pflegehandeln in der Praxis?

Das Ziel und der Grund ethischen Handelns ist die Freiheit (Pieper 2007:49). Auch die christliche Verantwortungsethik (Kurz: *Autonome Moral*) sieht im autonom handelnden Subjekt die Bedingung für sittliches Handeln. Kurz: Ethik bedarf der Freiheit und soll sie zugleich fördern. Der Beitrag geht der Frage nach, wie diese grundsätzliche Ausrichtung der Ethik auf Freiheit in Einklang zu bringen ist mit der aktuellen Entwicklung in der Gesundheitsversorgung und Pflege, die zur Qualitätssicherung auf Standardisierung und Leitlinienentwicklung setzt und auf diesem Wege Entscheidungsspielräume eingrenzt.

Standardisierung versus ethische Autonomie?

Zunächst lässt sich konstatieren, dass die Bedingungen, unter denen Pflegehandeln sich heute realisiert, engen Vorgaben folgen muss. Ursächlich hierfür ist nicht nur die Knappheit an (adäquat qualifizierten) Pflegefachkräften. Auch Vorgaben des Qualitätsmanagements schränken das pflegerische Handeln ein. Nicht selten wird versucht dem Fachkräftemangel durch verlässlich einzuhalten standardisierte Abläufe im Sinne einer »Prozessoptimierung« zu begegnen. Schließlich nehmen auch ökonomische Gesetzmäßigkeiten Einfluss auf Entscheidungen und lassen wenig Raum für eigenverantwortliches Handeln. Giovanni Maio spricht von einem engen Handlungs- und Entscheidungskorsett und »struktureller Bevormundung« der Ärztinnen und Pflegenden (Giovanni Maio, Helfen nach Betriebsvorschriften, Berlin 2014). Effizienzorientie-



»»

Constanze Giese ist Professorin für Ethik und Anthropologie in der Pflege an der Katholischen Stiftungshochschule München. Sie ist examinierte Krankenschwester und promovierte in Moralthologie zum Dr. theol.. Aktuell arbeitet sie an Fragen der Professionsentwicklung der Pflege und ihres berufsständischen Ethos sowie an der Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung. Ihr Ziel ist es dazu beizutragen, dass Pflege künftig auf allen Ebenen der politischen und administrativen Entscheidungen besser und *gerecht* berücksichtigt wird und Pflegenden dazu befähigt werden, ihre berechtigten Interessen deutlich, hörbar und wirksam einzubringen.

rung, die sich aus der politisch verordneten Verdichtung und Beschleunigung von Arbeitsprozessen ergibt, folgt der Logik von Rationalisierungen im betriebswirtschaftlichen Denken. Die Überführung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Pflege in Wirtschaftsunternehmen führt dazu, dass unternehmerisches Denken Einzug in die Einrichtungen gehalten hat. Damit einher geht die Tendenz *einheitliche, vorhersagbare, kalkulierbare* und *steuerbare* Prozeduren durchzusetzen. Standardisierung droht zum Qualitätsmerkmal von Prozessen zu werden; die Einzigartigkeit der Situation kranker und pflegebedürftiger Menschen wird in vorgegebene Strukturen und Prozesse gepresst. Medizinerinnen und Pflegende erleben es als – auch ihr Gewissen – belastend, wenn Entscheidungen im Versorgungsprozess an Kriterien der ökonomischen Konsequenzen für die Einrichtung (Im Klinikbereich: Abrechenbarkeit nach DRG) ausgerichtet werden sollen und nicht primär an der Situation des je einzigartigen Patienten. Der Raum für Entscheidungen gemäß professionsinterner und damit professionsethischer Logik nimmt ab. Der persönlichen Gewissensentscheidung auch folgen zu können und die Identifikation mit ihr im Sinne der Übernahme von Verantwortung für das eigene Tun wird nicht verlangt, sondern kann zum Störfaktor im betrieblichen Ablauf werden.

Standardisierung droht zum Qualitätsmerkmal von Prozessen zu werden.

Dem Gewissen folgen oder der Leitlinie?

Vor diesem Hintergrund sind neben therapeutischen Leitlinien und Standards auch Ethikleitlinien (und Standards) als zunehmend beliebte Instrumente im Rahmen der Organisationsethik zunächst eine weitere Reglementierung, die Handlungsspielräume einschränkt. Auch sie sollen der Qualitätssicherung unter Bedingungen zunehmender Komplexität und Verdichtung des Arbeitsalltags dienen. Wenn es stimmt, dass mit der Überreglementierung des heil- und pflegekundlichen Handelns eine Abnahme des Engagements, eine *Verringerung der Ich-Leistung* und *Kreativität* der Pflegenden einhergeht, dann kann eine Standardisierung im Bereich der Ethik ein weiterer Schritt sein in die Richtung, die handelnden Akteure aus ihrer ethischen Verantwortung zu entbinden. Oder, wie Maio formuliert: »An die Stelle der moralischen Einstellung tritt heute die methodische Schulung«. Dies korrespondiert dem Phänomen, dass Verantwortung in Organisationen diffundieren kann und dass zugleich allgemeine ethische Leitbilder, die Einrichtungen sich geben, oft wenig Wirkung entfalten. Es stellt sich zudem die Frage, inwieweit überhaupt von ethischem

Handeln die Rede sein kann, wenn vorgegebene Regeln und Standards – auch im Sinne ethischer Leitlinien – das Handeln legitimieren und nicht die Überlegung und Überzeugung des Subjekts. Dennoch werden auch für den Ethikbereich in den Kliniken Leitlinien und Standards vorgeschlagen, so etwa für die Ethikberatung und für Einzelfallentscheidungen. Welchen Ort hat angesichts dessen das Gewissen der Pflegenden und welche Bedeutung kommt ihrem heilkundlichen Berufsethos zu?

Persönliche Gewissensüberzeugung oder »Berufsgewissen«?

Die Frage nach dem Ort des Gewissensentscheids und dem Recht der Pflegenden, ihrem Gewissen zu folgen, wird in Deutschland eher schleppend diskutiert. Im Zentrum steht die Frage, unter welchen Umständen eine Dienstleistung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses nicht erbracht werden muss, wenn sie der Glaubens- oder Gewissensüberzeugung einer Mitarbeiter/in widerspricht bzw. erbracht werden darf, obwohl sie den Richtlinien der Trägerin widerspricht. Auch wenn diese Frage in der Diskussion hierzulande eher ein Randphänomen darstellt, gibt es wiederkehrende Situationen, die schwere Gewissensbelastungen darstellen können. Exemplarisch wären hier Patientenverfügungen zu nennen, deren Umsetzung, gerade wenn sie das Sterben eines Menschen bedeuten, auch eine schwere psychische und moralische Belastung der Pflegekräfte darstellen kann. Aus den Reihen der Pflegefachkräfte und der Ärztinnen werden auch Gewissensnöte geschildert, die damit einhergehen, Entscheidungen nicht primär orientiert an oder gar gegen Patienteninteressen fällen zu sollen, wenn dies ökonomisch opportun erscheint. Pflegenden erleben sich in Arbeitsbedingungen gefangen, die eine Pflege nach dem Stand aktuellen Pflegewissens und gemäß ihrer *core values* (basale Grundwerte des Berufs, für die Pflege kodifiziert im Ethikkodex des ICN, International Council of Nurses) oft nicht erlauben. Eine zentrale Rolle spielt hier die Kultur in einer Einrichtung, sie bestimmt das »ethische Klima«, d.h. die Atmosphäre, die es fördern oder behindern kann, im Sinne des *je einmaligen Patienten* zu entscheiden, auch wenn dies gegen vorgegebene Standards oder Leitlinien verstößt.

Das Potential ethischer Leitlinien und Standards in einer überreglementierten Praxis

Um komplexe Situationen schnell und auch ethisch korrekt bewältigen zu können, wünschen sich viele Mitarbeitende klare Handlungsanweisungen für Entscheidungssituationen. Dies können und sollen Ethikleitlinien nicht geben. Ihr Potential liegt vor allem auf drei Ebenen:

1. Sie entlasten von der Suche nach *geeigneten Prozessen der Entscheidungsfindung*, indem sie diese vorgeben (geregelt ethische Falldiskussion, Leitlinien der Entscheidungsfindung).
2. Sie geben inhaltliche Orientierung und schützen die *core values der Heilberufe* vor einer Diffusion in der Vielzahl echter und scheinbarer Gesetzmäßigkeiten klinischen Handelns.
3. Sie erlauben individuell angemessene *Ausnahmen von der Regel*.

Um komplexe Situationen schnell und auch ethisch korrekt bewältigen zu können, wünschen sich viele Mitarbeitende klare Handlungsanweisungen für Entscheidungssituationen.

Zu 1. Angehörige der Heil- und Pflegeberufe sind keine Ethiker/innen und müssen es auch nicht werden. Ihr Potential selbstverantwortlich, frei und zugleich professionell und ethisch zu handeln kann durch Leitlinien gefördert werden, wenn diese ein transparentes, beteiligungsorientiertes Verfahren vorgeben. Diese können zudem Sicherheit geben, nichts Wesentliches übersehen zu haben. Beispielhaft zu nennen sind hier die »Münchener Leitlinien zu Entscheidungen am Lebensende« oder Standards für die klinische Ethikberatung, wie sie die Akademie für Ethik in der Medizin vorschlägt. Sie entlasten von Verfahrensfragen und setzen damit das Potential der Mitarbeitenden für inhaltliche Beratung frei.

Zu 2. Ethische Leitlinien, die das in der Regel sehr allgemeine Leitbild auslegen, bergen das Potential das Ethos der Heilberufe zu stärken, indem sie deren core values in die Praxis übertragen helfen und konkurrierenden Werten und Zielen (z.B. ökonomischen) ihren argumentativen Rang zuweisen. Angehörige der Heil- und Pflegeberufe dürfen und sollen sich nach den professionseigenen ethischen Werten richten dürfen, dies bietet den Patientinnen und Patienten die Verlässlichkeit, die sie brauchen um vertrauen zu können. Dazu können ethische Leitlinien beitragen und somit die »Integrität der Organisation« stärken und die Mitarbeitenden vor moralischem Stress schützen.

Zu 3. Ausnahmen von der Regel müssen in begründeten Einzelfällen möglich sein. Darin zeigt sich der Respekt vor den Akteuren und ihrer Verpflichtung, dem Einzelfall gerecht zu werden. Erst diese Möglichkeit legitimiert die Existenz der Leitlinie als solcher. Leitlinien und Standards sollen das Potential der Mitarbeitenden zu eigenverantwortlichem, ethischem Handeln freisetzen, indem sie Orientierung geben und insbesondere von Verfahrensfragen entlasten.

Das Gewissen jeder Person steht unter grundrechtlichem Schutz. Ihm zu folgen haben wir grundsätzlich das Recht. Professionelle Pflegefachkräfte benötigen in Situationen der Unsicherheit und in der Abwägung konkurrierender Güter die Möglichkeit sich auf ihre professionellen Werte zu beziehen und diesen zu folgen. Gewissenskonflikte können in Zeiten der Steuerung nach DRGs, der Personalknappheit, der Verdichtung und Überreglementierung von Prozessen vermehrt auftreten. Leitlinien, die das Ethos der Heilberufe und das ethische Leitbild der Einrichtung konkret umsetzen helfen, können hier entlastend wirken. Vor diesem Hintergrund können ethische Leitlinien das Potential haben, die Freiheit zu ethischem Handeln zurück zu erobern.

Das Gewissen jeder Person steht unter grundrechtlichem Schutz.

Literaturhinweise

- » Akademie für Ethik in der Medizin, AEM, Vorstand, Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. . In: Zeitschrift Ethik in der Medizin 2010 Band 22:149–153
- » Giese Constanze: Zwischen Medizin, Ökonomie und Qualitätskontrolle: Hat das Gewissen – einen Ort in der Pflege? In: Bormann Franz-Josef, Wetzstein Verena (Hrsg.): Gewissen. Berlin, Boston 2014:561–574
- » Großklaus-Seidel Marion: Pflegeethik als kritische Institutionenethik. In: Monteverde Settimio (Hrsg.): Handbuch Pflegeethik. Stuttgart 2012:85–97
- » Maio Giovanni: Helfen nach Betriebsvorschriften und Algorithmen? Von der Abwertung ärztlicher Ermessensspielräume in einer ökonomisierten Medizin. In: Bormann Franz-Josef, Wetzstein Verena (Hrsg.): Gewissen. Berlin, Boston 2014:51–64
- » Maio Giovanni: Warum die Ökonomisierung der Pflege ein Irrweg ist. In: Pflege (2018) 31/3: 123–124
- » Neitzke Gerald et al: Empfehlungen zur Erstellung von Ethikleitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin 2015 Band 27:241–248
- » Pieper Annemarie: Einführung in die Ethik. Tübingen, Basel 2007
- » Riedel Annette, Linde Anne-Christin: Ethik-Leitlinien-Entwicklung – als Prozess der Ethikkompetenzentwicklung erfassen. In: Riedel Annette, Linde Anne-Christin (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege. Berlin 2018:181–187
- » Schaupp Walter: *Zwischen personal beliefs und professional duties*: Weltanschaulich-religiöser Pluralismus als neue Herausforderung für das ärztliche Gewissen. In: Bormann Franz-Josef, Wetzstein Verena (Hrsg.): Gewissen. Berlin, Boston 2014:3–24
- » Winkler Eva et al: Münchner Leitlinien zu Entscheidungen am Lebensende. In: Ethik in der Medizin 3/2012:221–234]

Gemeinwohlorientierung der Altenhilfe

Kaum zu überschätzen ist die Tragweite des Paradigmenwechsels in der Pflege, der im Jahr 1995 mit der Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland seinen gesetzlichen Ausdruck gefunden hat. Die Rahmung der Pflege hat sich zum Ende des 20. Jahrhunderts völlig neu gestaltet:

- von einer religiösen in eine wissenschaftliche Einbettung
- von einem Arbeitsfeld, in das man Zeit und Geld investieren musste, in eines, aus dem man Geld als Rendite herausziehen kann
- aus einer Sphäre des Familien- und Glaubenslebens in die Sphäre des Arbeitslebens
- von einer aufgrund von eingebrachter Zuwendung und Zeit geschätzten hin zu einer professionell erzeugten und gemessenen Qualität.

Gewinne und Verluste eines Paradigmenwechsels

Die Uhren lassen sich nicht zurückdrehen. Für diesen Paradigmenwechsel gab es viele Gründe. Aber ein Vierteljahrhundert danach können wir Verluste und Gewinne deutlicher wahrnehmen.

Was sicher auf die Haben-Seite dieser Entwicklung gehört, ist die grundsätzliche Entscheidung, das Pflegerisiko durch eine neue Sozialversicherung abzusichern. Davon haben viele Menschen einen hohen Nutzen, auch wenn diese Versicherung noch eine Reihe Geburtsfehler aufweist, die es zu beheben gilt

Wo Gewinn und Rendite das vorrangige – oft mit »Mensch im Mittelpunkt«-Sätzen kaschierte – Ziel der Pflege sind, verschieben sich Wertesysteme.

– man denke nur an die bis heute nicht geregelte Finanzierung der Behandlungspflege im stationären Bereich oder die ständig steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Auch die Zunahme und Verbreitung von wissenschaftsbasiertem Pflegewissen ist hier positiv hervorzuheben.



Dr. Hanno Heil ist Ständiger Lehrbeauftragter und Projektleiter am Lehrstuhl Pastoraltheologie/Diakonische Theologie der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Als Vorsitzender des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD e.V.) betreibt er Lobbyarbeit für eine bessere pflegerische Versorgung alter Menschen.

Wundversorgung, Dementenbetreuung, Palliativversorgung und soziale Betreuung profitieren von der wissenschaftlichen Begleitung und Durchdringung der Pflege. Dieser Paradigmenwechsel hat aber auch Wortschöpfungen hervorgebracht, die auf Missstände hinweisen. Der Begriff »Minutenpflege« taucht erst ab 1995 im Digitalen Wörterbuch der Deutschen Sprache (DWDS 2017) auf. Er beschreibt die Annäherung der Pflege an die »normale« Industriearbeit und Dienstleistungsarbeit. Sie wird nun auch »taylorisiert«, d.h. in Arbeitsschritte zerlegt, welche mit Zeiteinheiten hinterlegt entsprechend abgerechnet werden können. Unserer kapitalistisch geprägten Gesellschaft und ihrer Politik, welche die Pflege für den Markt öffnen wollten, erschien dies als passendes Verteilungs- und Steuerungsinstrument für den »Pflegermarkt«.

Die Verdrängung sozialer Normen durch Normen des Marktes

Ob Pflegeeinrichtung oder Hotel, ob ambulante Pflege oder Handwerkerleistung: für den Markt ist alles gleich. Hier wird in Renditen und Dienstleistungseinheiten abgerechnet. Dabei entsteht jedoch eine fundamentale Verwechslung. Michael J. Sandel hat dies in seinen Überlegungen zu »Was man für Geld nicht kaufen kann.« (Berlin 2012) wie folgt beschrieben: »Ökonomen gehen oft davon aus, dass die Märkte keinen Einfluss auf die dort gehandelten Güter hätten. Doch das ist nicht wahr. Märkte hinterlassen ihren Stempel. Manchmal verdrängen die Werte des Marktes andere Werte, die wir lieber erhalten sollten.« Dan Ariely liefert in seinem Bestseller: »Denken hilft zwar, nützt aber nichts.« (München 2010) ein anschauliches Beispiel für die Verdrängung von sozialen Normen durch Marktnormen: »So fragte zum Beispiel die AARP (American Association for Retired Persons- Amerikanische Rentnervereinigung) Anwälte, ob sie bereit wären, bedürftigen Rentnern ihre Dienste günstiger anzubieten, für etwa 30 Dollar die Stunde. Die Anwälte lehnten ab. Daraufhin hatte der Projektleiter von AARP eine geniale Idee: Er fragte die Anwälte, ob sie seinen Klienten ihre Dienste kostenlos zur Verfügung stellen würden. Die Anwälte erklärten sich mit überwältigender Mehrheit dazu bereit.« (S. 115f) Ariely erklärt diese erstaunliche Situation mit der Tatsache, dass solange durch das finanzielle Angebot Marktnormen im Spiel waren, die Anwälte das Angebot im

Ob Pflegeeinrichtung oder Hotel, ob ambulante Pflege oder Handwerkerleistung: für den Markt ist alles gleich.

Vergleich zu ihrem marktüblichen Honorar als unzureichend empfanden. Als aber von Geld nicht mehr die Rede war, agierten sie mit sozialen Normen und stellten ihre Zeit kostenlos zur Verfügung. »Aber«, so fragt Ariely zum Schluss: »warum akzeptierten sie nicht einfach die 30 Dollar und betrachteten sich als Ehrenamtliche, die 30 Dollar erhielten? Weil die sozialen Normen keine Rolle mehr spielen, sobald Marktnormen Eingang in unsere Überlegungen gefunden haben.« (ebd.)

Ariely konstatiert, dass das Experiment eine bedauerliche Tatsache zum Vorschein bringt: »Wenn eine soziale Norm mit einer Marktnorm kollidiert, verschwindet Erstere. Mit anderen Worten: Es ist nicht leicht, die sozialen Beziehungen wiederherzustellen. Wenn eine Rosenblüte vom Stock herabgefallen ist – wenn eine soziale Norm von einer Marktnorm übertrumpft wurde –, kommt nur selten eine neue nach. Die Tatsache, dass wir sowohl in der sozialen Welt als auch der des Marktes leben, wirkt sich in vielerlei Hinsicht auf das Privatleben aus.« (S.123f) Er erinnert daran, dass wir immer wieder einmal jemanden anfragen müssen, um ein Möbelstück umzustellen, für ein paar Stunden auf unsere Kinder aufzupassen oder unsere Post aus dem Briefkasten zu holen, wenn wir unterwegs sind. Aber meinen wir für solche Dienstleistungen unsere besten Freunde und Nachbarn mit Geld motivieren zu können oder mit einem Geschenk? Natürlich letzteres, auch wenn dann immer noch die Frage im Raum steht, wie viel das Geschenk kosten sollte, oder ob wir darauf verzichten sollten. In all diesen Situationen gehen wir in einen sozialen Balanceakt, der wie Ariely feststellt, nicht leicht ist: »besonders dann nicht, wenn die Gefahr besteht, dass eine menschliche Beziehung ins Reich des wirtschaftlichen Austauschs verschoben wird.« (ebd.)

Was bedeutet das für die Altenpflege, die zunehmend als ein Markt für Investoren und Anleger gesehen wird? Immerhin wurden bei den drei größten Transaktionen im deutschen Pflegemarkt im vergangenen Jahr ca. 20.000 Pflegeplätze für fast 2 Mrd. Euro an Investmentgesellschaften in den USA, auf den Kanalinseln und in Paris verkauft. Wo Gewinn und Rendite das vorrangige – oft mit »Mensch im Mittelpunkt«-Sätzen kaschierte – Ziel der Pflege sind, verschieben sich Wertesysteme. Kein Zufall, dass das Wort »Pflegeskandal« auch erst seit 1995 im deutschen Wortschatz auftaucht. Der Zusammenhang dieses Begriffs mit der Ökonomisierung der Pflege zeigt sich daran,

Wo Gewinn und Rendite das vorrangige – oft mit »Mensch im Mittelpunkt«-Sätzen kaschierte – Ziel der Pflege sind, verschieben sich Wertesysteme.

dass privatgewerbliche Anbieter deutlich mehr Anlass bezogene Prüfungen durch die Heimaufsicht auf sich ziehen, als gemeinnützige Anbieter der Wohlfahrtspflege. Es gibt weitere Indizien für die Annahme, dass Gewinnorientierung nicht zu einem gesteigerten Interesse an der Verfolgung sozialer Werte führt, z.B. die Feststellung in einem Forschungsbericht zur Palliativversorgung in Pflegeheimen dass unter den angefragten Einrichtungen sich die privat-gewerblichen Träger stark unterrepräsentiert beteiligt haben. Oder der jüngste Versuch privat-gewerblicher Anbieter, in der Pflegeausbildung die Standards – auch die kommunikativen – in der Spezialisierung für die Altenpflege zu senken.

Gemeinwohl-Ökonomie als Alternative zur Ökonomisierung in der Altenhilfe

Wenn die Zukunft der Altenpflege weniger durch »Pflegeskandale« und die Übertrumpfung sozialer Normen durch Marktnormen geprägt sein soll, muss über die Steuerung der Altenpflege intensiver nachgedacht werden. Ein Lösungsweg könnte in der Verpflichtung aller Pflegeanbieter zu einer ausweisbaren Gemeinwohl-Orientierung liegen. Damit wird der Marktzugang unterschiedlicher Anbieter nicht aufgehoben, wie Christian Felber, der Vordenker einer »Gemeinwohl-Ökonomie« (Erw. Neuaufl. München 2018), betont. Aber diese müssen sich dann nicht allein an einer bis heute unbefriedigend messbaren Pflegequalität oder ihrer Rendite messen lassen. Hinzu käme ein neuer Maßstab: Wie weit erreichen die unterschiedlichen Anbieter die Verwirklichung von Werten des Gemeinwohls: von Menschenwürde, Gerechtigkeit und Solidarität, Nachhaltigkeit sowie Partizipation und Transparenz? Und das jeweils gegenüber ihren unterschiedlichen Berührungsgruppen: Bewohnern, Patienten, Mitarbeitenden, Zulieferern, Angehörigen, Akteuren im Gemeinwesen? Die effiziente Erbringung von Dienstleistungen ist dann nur ein Indikator in der Wertematrix, hier der Nachhaltigkeit im Verhältnis zu den Versicherten. Daneben kommen aber viele andere Indikatoren ins Spiel, wie z.B. Lohnspreizung im Unternehmen, Fortbildungsangebote, Zahl der arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzungen (Gerechtigkeit im Verhältnis zu Mitarbeitenden) oder Zahl der ethischen Fallbesprechungen (Menschenwürde im Verhältnis zu Bewohnern und Patienten mit ihren Angehörigen).

Die von der Gemeinwohl-Ökonomie Bewegung ausgearbeitete Wertematrix bietet einen fundierten Katalog für eine Werteausrichtung (nicht nur) von Altenpflegeeinrichtungen. (vgl.: www.ecogood.org). Zu Werten muss man sich allerdings bekennen. Für die Caritas ist die Orientierung an Werten des Gemeinwohls durch die katholische Soziallehre vorgezeichnet und wird durch die aktuellen Aussagen von Papst Franziskus bekräftigt, wie z.B.: »Die Würde jedes Menschen und das Gemeinwohl sind Fragen, die die gesamte Wirtschaftspolitik strukturieren müssten...« (Evangelium Gaudium, Nr. 203)

Für den deutschen Staat und seine Wirtschafts- wie auch Pflegepolitik ist dieses Bekenntnis zur vorrangigen Orientierung am Gemeinwohl im Grundgesetz (Art. 14,2) und den Länderverfassungen ausgesprochen: »Die gesamte wirtschaftliche Tätigkeit dient dem Gemeinwohl.« (Bayrische Verfassung, Art. 151) oder: »Die wirtschaftliche Freiheit des einzelnen findet ihre Grenzen in der Rücksicht auf die Rechte des Nächsten und auf die Erfordernisse des Gemeinwohls.« (Rheinland-pfälzische Verfassung, Art. 52).

Es gibt Alternativen zur wachsenden Ökonomisierung der Altenhilfe. Wir brauchen zügig einen Wandel in Gesellschaft und Politik, um die Altenhilfe stärker an den sozialen Normen des Gemeinwohls auszurichten. Worte wie »Minutenpflege« und »Pflegeskandal« könnten dann wieder aus unserem Wortschatz verschwinden.

Ökonomisierung in der Pflege

Eine Fallvignette

Frau Anna Kurth, 79 Jahre, seit 54 Jahren verheiratet, zwei Kinder, lebt mit ihrem 80jährigen Ehemann teilselbständig in einem Reihenhaus in einer Kleinstadt. Seit 23 Jahren hat sie die Diagnose MS (Multiple Sklerose, schubförmig rückbildend) und leidet an einer innenliegenden Trigeminusneuralgie (schmerzhafte Entzündung am sogenannten Drillingsnerv) im Mundraum. Die Schmerzen im Mundinnenbereich werden zurzeit mit wechselnden Opiaten behandelt und sind weitgehend kontrollierbar. Weitere einschränkende Symptome sind Spastiken am rechten Bein, welche sie bisher mit Gehstock, Rollator und zeitweiser personaler Hilfe durch ihren Mann (Hauptpflegender) erfolgreich bewältigt hat.

Seit ca. 1 ½ Jahren wird der Bewegungsraum von Frau Kurth immer kleiner. Die regelmäßig besuchten Veranstaltungen der Kirchengemeinde, gemeinsame Einkäufe mit ihrem Mann etc., kann sie nur unter größtem Aufwand und Belastung bewältigen. Auch die Fahrt mit dem Bus (ÖPNV) wird zunehmend beschwerlich. Frau Kurth hat sich seit Jahren gegen einen Rollstuhl gewehrt, um »beweglich« zu bleiben. Der behandelnde Neurologe hat ihr nun (zum wiederholten Male) einen Rollstuhl verschrieben. Bei der Krankenkasse wurde eine Firma beauftragt. Diese brachte einen Rollstuhl, der im Vorfeld nicht an die Bedarfe von Frau K. angepasst wurde. Dieser Rollstuhl war sowohl für Frau Kurth als auch für ihren Mann nicht handhabbar. Seit einem Jahr bemüht sich das Ehepaar nun um einen passgenauen Rollstuhl, um Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aufrecht zu erhalten. Die Krankenkasse reagiert eingeschränkt via »Callcenter« wo es heißt »... wir kümmern uns«, eine Koordination mit der beauftragten Firma schlägt fehl, Interventionen durch den behandelnden Arzt und einem Pflegestützpunkt zeigen sich wirkungslos. Bei einem zwischenzeitlichen



Peter Schiffer OSCam ist Dipl.-Pflegewirt, Pflegewissenschaftler und Ordensbruder in der römisch-katholischen Ordensgemeinschaft der Kamillianer. Seit 2015 hat er die Professur für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg inne. Er ist Mitglied der Ethikkommission der DGP (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft).



Manfred Schnabel ist seit 2016 Professor für Pflegewissenschaft an der EH Ludwigsburg mit dem Schwerpunkt Gemeinde-nahe Pflege.

Krankenhausaufenthalt von Frau Kurth wurde ihr die Notwendigkeit eines bedarfsangemessenen Rollstuhls schriftlich bestätigt. Das Ehepaar Kurth hat mittlerweile einen Anwalt eingeschaltet. Würde Herr Kurth als »Hauptpflegender« im Hilfenetzwerk der Kurths ausfallen, wäre eine Aufnahme seiner Frau in die stationäre Hilfe unausweichlich.

An diesem Fall wird u. a. die schlechte Zusammenarbeit einzelner Bereiche in unserem Gesundheitswesen deutlich. Lokale Ansprechpartner fehlen oder sind wirkungslos. Die Qualitätskontrolle von delegierten Sach- und Dienstleistungen findet im obigen Fall nicht statt. Von echter Hilfe zur Umsetzung von mehr Teilnahme und Teilhabe ist kaum etwas zu erkennen. Es entsteht der Eindruck, dass es für die Beteiligten Hilfesysteme kostengünstiger ist, sich nicht zeitnah, effektiv und effizient zu kümmern, da die Problematik sich evtl. von selbst erledigt. Gerade bedürftige Menschen mit Pflegebedarf, welche keine Fürsprecher haben, die systemkompetent (d.h. das System verstehen und wissen, wie sie handeln müssen, um ein Ziel zu erreichen) handeln können, sind den Hilfesystemen weitestgehend schutzlos ausgeliefert. Ihnen fehlt oftmals die Kraft, ihre Rechte durchzusetzen. Krankenkassen »sourcen« Leistungen aus, weil es »ökonomischer« ist. Dienstleister leisten nur für sich wertschöpfend, ohne den aktuellen Bedarf der »Kunden« bedarfsgerecht zu decken. Mit Blick auf die drei zentralen Werte: »Fachlichkeit, Bedarfsangemessenheit, Wirtschaftlichkeit« erscheint es, dass die beteiligten Dienst- und Sachleistungserbringer vorwiegend an ihrer eigenen »Wirtschaftlichkeit« im Sinne des Profits interessiert sind. In einem unter Ökonomisierungsdruck stehenden Gesundheitssystem steht der »Patient« in seinem Kontext nicht mehr im Fokus.

Von echter Hilfe zur Umsetzung von mehr Teilnahme und Teilhabe ist kaum etwas zu erkennen.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die forcierte Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens seit den 1990er Jahren ist zum einen eine Antwort auf strukturelle Veränderungsprozesse wie den demografischen Wandel. Sie ist zugleich Ausdruck des wachsenden Interesses, den Gesundheitssektor auch marktwirtschaftlich zu erschließen. Die

Etablierung einer Wettbewerbsordnung ist für beide Anliegen von zentraler Bedeutung. Sie gilt als geeignetes Instrument, um die im Gesundheitssektor vermuteten Leistungsreserven zu mobilisieren und so seine Effizienz zu erhöhen. Im Wettbewerb stehende Organisationen sollen, so die Erwartung, im Interesse der eigenen Bestandsicherung Höchstleistungen erbringen und unproduktive Überkapazitäten abbauen. Ziel ist der Erhalt einer hohen Versorgungsqualität bei stabilen Kosten (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 450f.).

Im Wettbewerb wird die Teilnahme am Gesundheitsmarkt verstärkt an das wirtschaftliche Eigeninteresse der Akteure und ihr unternehmerisches Geschick gebunden. Ihre Optionen werden einerseits erweitert, z.B. durch den Abbau von restriktiven Zugangsregelungen und die Privatisierung von Leistungen, zugleich aber an den Preis des Scheiterns geknüpft. Ihr wirtschaftliches Gedeihen wird von den Bereitstellungspflichten der öffentlichen Hand entkoppelt und dem Wettbewerb überantwortet.

Nun ist auch unter den Befürwortern des Wettbewerbsprinzips eines kaum strittig: Ein den Eigennutz förderndes Handlungsmuster ist kaum dazu geeignet, kollektive Güter wie eine solidarische Gesundheitsversorgung zu vermehren (Rosa 2006: 93). Entsprechend ist die ins Gesundheitssystem eingeführte Wettbewerbsordnung stark reglementiert. Die Marktteilnehmer sollen in einen regulierten Leistungswettbewerb eintreten und letztlich im Interesse des Gemeinwohls konkurrieren. Ihr Unternehmertum wird einerseits stimuliert, zugleich aber durch externe Leistungs- und Qualitätsstandards begrenzt und einer patientenorientierten Versorgung verpflichtet. Der solcherart initiierte »solidarische Wettbewerb« bleibt, so die Erwartung, den normativen Leitbildern des Gesundheitswesens verpflichtet (Gerlinger 2009: 22). Andererseits wurde mit der Begrenzung von Entgelten und handelbaren Dienstleistungen bei gleichzeitiger Öffnung des Marktes der Grundstein für einen aggressiv geführten Verdrängungswettbewerb gelegt. Somit treten am Wohl der Patienten orientierte Motive in Konkurrenz mit der Notwendigkeit, das eigene wirtschaftliche Überleben zu sichern (ausführlich Schnabel/Manzei 2016).

Auswirkungen von Ökonomisierungsprozessen

Die problematischen Auswirkungen des Verdrängungswettbewerbs sind mittlerweile gut belegt. So werden fachliche Begründungen für Art und Umfang pflegerischer oder medizinischer Interventionen häufig mit einer Einschätzung ihrer betriebswirtschaftlichen Effekte verbunden. Zeitintensive und daher unter den Bedingungen der gültigen Vergütungsregelungen »unrentable« Patienten, z.B. solche mit Demenz, werden gemieden oder nur betreut, wenn sich der Zeitverlust an anderer Stelle kompensieren lässt (Slotala 2014: 212). Gleichzeitig nimmt die Anzahl einträglicher Operationen in Deutschland stetig und im europäischen Vergleich überproportional zu (WIdO 2013; Rosenbrock/ Gerlinger 2014: 241). Studien zeigen zudem, dass in einigen Bereichen die Qualität der Arbeit nicht mehr nur mit Blick auf eine den beruflichen Ansprüchen genügende Patientenversorgung, sondern vor allem in Relation zu ihren Wettbewerbseffekten beurteilt wird. Sich gegenüber der Konkurrenz durchzusetzen und das eigene Überleben zu sichern, ist im Verdrängungswettbewerb zu einem wichtigen Antrieb geworden (vgl. Manzei 2014).

Zeitintensive und daher »unrentable« Patienten werden gemieden oder nur betreut, wenn sich der Zeitverlust an anderer Stelle kompensieren lässt .

Fazit

Pflegedienste, Arztpraxen, Krankenhäuser und Krankenkassen mit ihren »Dienst- und Sachleistern« handeln wettbewerbskonform, wenn sie die Konkurrenz im Auge behalten und »unrentable« Patienten meiden. Die hier nur angedeuteten Verhaltensweisen sind somit kein Versagen des Wettbewerbs, sondern Konsequenz seines Funktionierens. Während die Bedeutung einer produktiven Zusammenarbeit angesichts der steigenden Komplexität und Taktfrequenz der Krankenbehandlung und einer gesteigerten Vulnerabilität seiner Nutzer also eigentlich wächst, wurde mit dem Wettbewerb ein kooperationsfeindliches und den Eigennutz förderndes Handlungsmuster implementiert. Zwar gilt das Grundprinzip eines solidarischen und am Einzelfall orientierten Gesundheitssystems nach wie vor, aus Sicht der Leistungsträger sind es aber am Markt ori-

enterte Strategien, die den eigenen Fortbestand im Konkurrenzkampf sichern. Dies hat bedenkliche Folgen. Studien zeigen zwar, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen durch Marktprozesse nicht einfach »umprogrammiert« werden, sondern die Zumutungen des Marktes im Interesse ihrer Patienten an vielen Stellen unterlaufen und kompensieren. Dennoch ist die Frage zu stellen, ob ein am Bedarf orientiertes Versorgungssystem es sich leisten kann, dem Menschen zugewandte, d.h. nicht der Logik des Marktes folgende Handlungsmotive durch künstlich erzeugte Wettbewerbszwänge unter Druck zu setzen. Im Wettbewerb ist ein am Einzelfall und guter Fachlichkeit orientiertes Handeln kein Wert an sich. Verliert es seinen Wettbewerbseffekt, wird es – wenn keine anderen Relevanzen gelten – obsolet. Die begrenzten Möglichkeiten wettbewerblicher Regulierung sind deshalb auch im Gesundheitswesen anzuerkennen.

Eine Antwort auf diese prekären Situationen zu finden und Fachlichkeit, Bedarfsangemessenheit und Wirtschaftlichkeit auszutarieren, erscheint als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Für die Kirchen mit ihren Wertehaltungen in diakonischer Tradition ist dies auch eine Frage der langfristigen Glaubwürdigkeit.

*Im Wettbewerb ist ein
am Einzelfall und guter
Fachlichkeit orientiertes
Handeln kein Wert an sich.*

» Literaturhinweise bei den Verfassern

Was wir vom barmherzigen Samariter über die Ökonomisierung im Gesundheitswesen lernen können.

Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25–37) berichtet von einem Mann, der einen schwer verletzten Menschen am Wegesrand sieht, stehen bleibt und sich seiner annimmt. Anders als der Priester und der Levit, die zuvor an dem bedürftigen Menschen vorbeigegangen sind. Auch wenn die beiden vielleicht ins Grübeln geraten sind, ob sie helfen sollen oder nicht, haben sie sich gegen das Helfen entschieden. Doch Hand auf's Herz, wäre ich stehengeblieben?

Beziehung und Sorge

Diese Frage danach, wie ich mich verhalten hätte, ist nicht der einzige Punkt in diesem Gleichnis, der mich nachdenklich macht. Der Mann, der half, war ein Samariter und gehörte somit einer Bevölkerungsgruppe an, die bei den Juden als »nicht religiös recht lebend« galt. Ausgerechnet dieser Samariter bleibt stehen und schenkt dem Notleidenden seine Aufmerksamkeit. Seine Fürsorge reicht in diesem Fall sogar so weit, dass der Mann dem Wirt, bei dem er den Verletzten unterbringt, schließlich sogar noch Geld überlässt, damit dieser auch weiterhin für den Notleidenden sorgt, während der Samariter weiterzieht. Der Samariter sieht die Not des Menschen und handelt ganz unabhängig von wirtschaftlichen Nutzen-Erwägungen und losgelöst von der Zugehörigkeit zum »rechten« Glauben. Ich finde, dass dort, wo eine Beziehung zwischen Menschen entsteht, sowohl die Glaubensgesinnung als auch der persönliche Nutzen in den Hintergrund treten. Dieser Gedanke hat auch noch heute für die Begegnung mit Menschen im Krankenhaus oder in der Altenhilfe nichts von seiner Herausforderung verloren.



»»
Dr. Jonas Pavelka ist Schriftleiter der LER und leitet den Bereich »Ethik konkret« im Zefog im Heinrich Pesch Haus. Er arbeitet gerade an einem Baustein für eine Vorlesung zum Thema Organisationsethik.

Die wirtschaftliche Perspektive

In der Diskussion wird »Ökonomisierung« schnell zum Kampfbegriff, der die eigenen Handlungsräume einengt und die Beziehung zu anderen Menschen negativ beeinflusst. Die Schuldigen sind schnell gefunden. Mal der Geschäftsführer oder auch »die Politik«, die einen entsprechenden Leistungsdruck durch engmaschige Erstattungs-vorschriften vorgeben. Selbstverständlich ist es auf der anderen Seite auch plausibel, dass man mit dem vorhandenen Geld sparsam umgehen und es vernünftig und verantwortungsvoll einsetzen muss. Nicht zuletzt werden so die Existenz der Einrichtung, der Arbeitsplatz von Mitarbeitenden und eine gerechte Versorgung von Patienten und Bewohnern ermöglicht. Wirtschaftlichkeit ist also durchaus auch aus ethischer Perspektive betrachtet ein hohes Gut. Gleichzeitig ist eine Grenze dort erreicht, wo versucht wird, auch »das Letzte auszupressen«. Gewinnmaximierung und Rationalisierung finden ihre Grenze dort, wo Leistungen im- oder explizit vorenthalten werden und Mitarbeitende ausgenutzt werden. Allerdings lässt sich das Problem auch nicht automatisch dadurch lösen, dass wir mehr Geld ins System hineingeben.

Diese Abwägungen bleiben gewissermaßen gefangen in einer rein ökonomischen Denkweise. Ökonomisch betrachtet funktionieren das »unwirtschaftliche« Handeln und der Freiraum für ein fürsorgliches Handeln nur dann, wenn man an einer anderen Stelle spart oder mehr Geld im System landet, das zur Verteilung zur Verfügung steht. In der Praxis führt das dazu, dass man als Leitung einer Einrichtung im Gesundheitswesen immer wieder gemeinsam mit den handelnden Akteuren ausloten muss, wie das Verständnis zwischen den unterschiedlichen »Systemen« immer wieder gelingen kann. Das ist nicht der schlechteste Weg.

Eine alternative Perspektive

Doch noch einmal zurück zum Gleichnis. Was motiviert den Samariter, dem Wirt das Geld zur Verfügung zu stellen? Ist es sein eigener Nutzen? Vielleicht kommt es ihm an einer anderen Stelle wieder zugute? Ich unterstelle diesem Mann einmal, dass er nicht aus Eigennutz gehandelt hat. Aber vielleicht fragen Sie sich an dieser Stelle

Wirtschaftlichkeit ist also durchaus auch aus ethischer Perspektive betrachtet ein hohes Gut.

bereits: Was bedeutet das für mich / uns? Soll das nun heißen, dass wir das Geld einfach dem geben, der den höchsten Bedarf anmeldet? Also sozusagen provozierend formuliert »naiv christlich«, getreu der Vorstellung: Ich gebe, was ich habe und dann wird sich Gott schon um alles Weitere kümmern? Das käme einer Einladung gleich, unwirtschaftlich zu handeln. Unterm Strich ist es die Lesart des christlichen Gerechtigkeitsverständnisses, dass man jedem das gibt, was er braucht. Das ist angesichts begrenzter Mittel nicht möglich. Eine scheinbar gerechte Verteilung, die allen das Gleiche gibt scheint bei näherer Hinsicht ebenso ungerecht wie eine Verteilung, die jedem versucht zu geben, was er braucht. Denn auch die letzte Option führt angesichts begrenzter Mittel letztlich zu ungerechten Zuständen, weil sie irgendwo bedürftige Menschen zurücklässt.

Ich stelle nicht in Frage, dass für die Verteilung von Gütern ein umfassendes und differenziertes Verständnis der Arbeitsabläufe in einer Einrichtung ebenso wie Verständnis und ein gutes Gespür für die rechtmäßigen Bedürfnisse der behandelnden Akteure und der bedürftigen Menschen notwendig ist. Um aber nicht in einer rein wirtschaftlichen Denkweise zu bleiben, die Gefahr läuft, Menschen als »statistische Größen« zu betrachten, kann der Blick auf das Gleichnis helfen. Es kann uns irritieren und immer wieder die Frage aufwerfen, ob der Mensch, dem ich heute gegenüberstehe, der jetzt meiner Hilfe bedarf, ob ich mich von ihm oder ihr berühren lasse und in Beziehung trete. Das verändert den Blick.

Ich gebe, was ich habe und dann wird sich Gott schon um alles Weitere kümmern?

Eine sorgsame Haltung

Meiner Meinung nach liegt der Schlüssel zu diesem Gleichnis in der inneren Haltung des Samariters, die im konkreten Moment erkennt, was zu tun ist. Ganz unabhängig von Nutzen- oder Kostenabwägungen, aber doch mit einem vernünftigen Blick auf die Realität, die am Handeln mit dem Wirt deutlich wird. Diese innere Haltung lässt sich im professionellen Pflegekontext nicht durch ökonomische Anreize herstellen, aber sie schließt den verantwortlichen Umgang mit den wirtschaftlichen Mitteln auch nicht aus.

Es geht hier in keiner Weise um Gewinnmaximierung. Vielleicht hat der barmherzige Samariter aus einer Haltung heraus gehandelt, aus der er das, was er zu viel hat, nicht in seinen eigenen materiellen Reichtum investiert. Diese Art von Reichtum wäre ohnehin vergänglich bzw. »Windhauch«, wie es im Buch Kohelet heißt. Der Samariter gewinnt bildlich gesprochen eine andere Art des Reichtums, indem er seine Aufmerksamkeit und Hilfe einem Menschen zukommen lässt, er gleichsam in das Wohl eines anderen Menschen »investiert«.

Zugleich wird auch im Handeln des Samariters deutlich, dass er nicht alles allein machen muss. Der Wirt scheint geeignet zu sein, dem Menschen das zu geben, was dieser jetzt noch benötigt. So weist das Gleichnis darauf hin, dass man dann auch andere Akteure in das Helfen mit einbeziehen kann, die einen bei der Arbeit unterstützen kann. Die Vernetzung mit anderen Diensten, im Gesundheitssystem etwa mit ambulanten Pflegediensten, SAPV-Teams, Ehrenamtlichen etc. ist ebenso wichtig, wie die eigene konkret geleistete Hilfe.

Sorgevolle Organisationskultur

Eine Einrichtung mit Menschen, die dieser Haltung folgen, kann ein Klima einer sorgenden Kultur schaffen, die wirtschaftliche Belange im Blick hat, aber nicht in den Vordergrund treten lässt. Ein solches Haus kann zu einem Ort werden, der nach innen und auch nach außen, also auch in die Gesellschaft hinein wirkt und erlebbar macht, dass Menschen die »Freude und Hoffnung, aber auch die Angst und Trauer der Menschen« (Gaudium et spes) teilen und dass sie durch die Kraft Gottes andere Menschen aufrichten und ihnen neue Freiheitsräume ermöglichen.

Dass eine solche Kultur des Miteinanders entstehen kann, dafür sind auch in- und außerhalb von Altenhilfe-Einrichtungen und Krankenhäusern Orte zur persönlichen Weiterentwicklung erforderlich. Orte, durch die erlebbar wird, dass auch Menschen mit anderen Vorstellungen geachtet sind und dass wir durch echte Begegnungen, die eine von Gott erfüllte Resonanz erzeugen, auch selbst zufrieden weiterziehen können wie der barmherzigen Samariter. Der Priester und der Levit der heutigen Zeit, die an dem Notleidenden vorbei gegangen sind, haben die Erweiterung eines neuen Horizontes verpasst. Einen Teil (christlicher) Freiheit erwirbt man wohl nicht ohne den Mut, das zu verlassen, was aus uns geworden ist. Vielleicht gewinnt man dahinter ja etwas Neues...

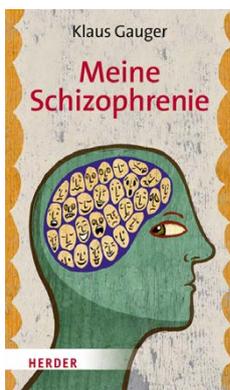
Buchbesprechung

Rezension Klaus Gauger: Meine Schizophrenie

Klaus Gauger berichtet in seinem autobiografischen Buch »Meine Schizophrenie« von seinem Leben mit paranoider Schizophrenie und den vielen zumeist erfolglosen Versuchen, seine Krankheit, häufig auch unter Zwang, zu behandeln. Erst 20 Jahre nach dem Auftreten der ersten Krankheitsanzeichen erlebte er, dass die Symptome nachließen.

Eine Leidens- und Krankheitsgeschichte

Klaus Gauger wurde 1965 geboren und erkrankte während seines Studiums an paranoider Schizophrenie. Er schreibt in seinem Nachwort, dass sein Buch eine »sachliche Darstellung [eines] Lebens mit der Erkrankung »paranoide Schizophrenie«« (S. 219) sein solle, in dem er einerseits den »Verlauf dieser oft verstörend und rätselhaft wirkenden Krankheit aufzeigen« (S. 219), er aber andererseits auch einen Beitrag zum Thema »Zwangsbehandlung« leisten wolle.



Gauger, Klaus (2018),
Meine Schizophrenie,
Verlag Herder Freiburg i. Br.,
232 Seiten.

Das Buch ist stark durch die autobiografische Darstellung geprägt. Der Autor legt großen Wert darauf, objektivierbare Anzeichen, Merkmale und Verläufe der Krankheit paranoider Schizophrenie zu beschreiben, die dabei mit Bezug zu seiner Biographie konkretisiert und veranschaulicht werden.

Rückblickend identifiziert er bereits 1988 erste Anzeichen einer bedenklichen psychischen Entwicklung. Private Probleme führten dazu, dass er in eine Krise geriet, wodurch er »extrem labil, geistesabwesend und weitgehend unfähig [wurde], konzentriert zu arbeiten« (S. 16). Dadurch geriet er immer tiefer in einen depressiven Zustand.



Tabea Haas ist seit Februar 2018 Redaktionsmitarbeiterin der LER. Hauptberuflich ist sie an einem beruflichen Schulzentrum Lehrerin für die Fächer Katholische Religion und Deutsch.

In den folgenden vier Jahren entwickelte sich dieser depressive Zustand zu einem Beeinträchtigungswahn, der sich zunehmend zu einem ausgewachsenen Verfolgungswahn entwickelte. Beide Wahnzustände beschreibt Klaus Gauger als typische Vorstufen der paranoiden Schizophrenie.

Den ersten Zusammenbruch erlebte er im Februar 1994, wobei er im Haus seiner Eltern wütete, da er hinter den Wänden überall Abhörgeräte vermutete. Daraufhin wurde er zur Behandlung in eine Klinik eingewiesen und dort zum ersten Mal zwangsbehandelt. Die folgenden Jahre waren vor allem dadurch geprägt, dass er bei seinen häufig wechselnden Psychiatern und Psychologen keine passende oder nachhaltig zielführende Hilfe erfuhr. Dies führte dazu, dass seine paranoide Schizophrenie zwar phasenweise immer wieder in den Hintergrund rückte, niemals jedoch so behandelt wurde, dass Klaus Gauger mit dieser Erkrankung ein unter den gegebenen Umständen normales Leben führen konnte. So verbesserte sich in den folgenden Jahren sein Zustand nicht, sondern verschlechterte sich zunehmend. Eine unaufhaltsam anwachsende Psychose verwandelte sich letztlich in eine ausgewachsene Paranoia. Er litt unter der Vorstellung, gefangen in einem umfassend geregelten System zu sein, das ihn umgibt, zu dem er allerdings keinen Zugang bekomme, so sehr er es auch versuche. Dabei wähnte er sich im Fadenkreuz verschiedener Regierungen und Politiker. Er war überzeugt davon, dass diese, dabei besonders Angela Merkel und Wolfgang Schäuble, es sich zum Ziel gesetzt hatten, ihn zu beseitigen. Da dies nicht gelang, nahm er an, dass er sich unter dem besonderen Schutz Barack Obamas und zeitweise auch unter dem Schutz anderer Machthaber befinde. Mehrfach floh er aus Deutschland in Länder über den ganzen Globus verteilt. Er floh beispielsweise nach Spanien, England, Amerika, aber auch nach Kanada und Japan. Klaus Gauger Schilderungen seiner Paranoia lesen sich wie das Drehbuch zu einem James Bond Film. Sie erschrecken aber vor allem dadurch, dass man stets vor Augen hat, dass es sich hierbei um Gaugers Realitätsempfinden während seiner paranoiden Phase handelte.

Den ersten Zusammenbruch erlebte er im Februar 1994, wobei er im Haus seiner Eltern wütete, da er hinter den Wänden überall Abhörgeräte vermutete.

Er war überzeugt davon, dass diese, dabei besonders Angela Merkel und Wolfgang Schäuble, es sich zum Ziel gesetzt hatten, ihn zu beseitigen.

Schließlich begegnete Klaus Gauger in Spanien einem Psychiatriekrankenpfleger, was dazu führte, dass Gauger sich selbst in eine Psychiatrie einweisen lies. Allerdings brauchte es trotzdem noch einige Zeit, bis er tatsächlich krankheitseinsichtig wurde. Er kannte zwar seine Diagnose, »paranoide Schizophrenie«, schon seit vielen Jahren, glaubte allerdings nicht an deren Wahrheitsgehalt, sondern sah die Diagnose als perfide Strategie seiner vermeintlichen Gegner, um ihn aus dem Verkehr zu ziehen. Doch je länger Klaus Gauger in der Psychiatrie in Spanien blieb, umso mehr gelang er zur Überzeugung, dass die Ärzte mit ihrer Diagnose recht gehabt hatten. Gauger schreibt darüber: »Noch fühlte ich mich verunsichert und traute dem Frieden nicht. Doch es gab keinen Zweifel, dass sich in mir etwas fundamental verändert hatte!« (S. 187)

Er kannte zwar seine Diagnose, »paranoide Schizophrenie«, schon seit vielen Jahren, glaubte allerdings nicht an deren Wahrheitsgehalt, sondern sah die Diagnose als perfide Strategie seiner vermeintlichen Gegner, um ihn aus dem Verkehr zu ziehen.

Behandlungserfahrungen

Neben der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit schildert Klaus Gauger auch, mit welchen Medikamenten er behandelt wurde, welche Erfahrung er mit psychiatrischer und psychologischer Behandlung machte und wie er seine mehrfachen Zwangsbehandlungen erlebte und diese aus heutiger Sicht einschätzt. Er benennt die Medikamente, die zu seiner Behandlung eingesetzt wurden, bespricht allerdings immer auch deren Wirkungen und Nebenwirkungen, die diese für ihn mit sich brachten. Zu Beginn seiner Behandlung brachten die Medikamente, die zur Behandlung der paranoiden Schizophrenie eingesetzt wurden, massive Nebenwirkungen mit sich, unter denen Klaus Gauger extrem zu leiden hatte. Er nahm stark zu, entwickelte sich zum Kettenraucher, war häufig extrem müde und abgeschlagen und war phasenweise durch die Medikamente auch nicht dazu in der Lage, kognitiv zu arbeiten.

Neben den Nebenwirkungen der Medikamente berichtet Klaus Gauger auch von den Zwangsbehandlungen, die er erleben musste. Diese Schilderungen erscheinen vor allem auch deshalb so eindrücklich, da man

Neben den Nebenwirkungen der Medikamente berichtet Klaus Gauger auch von den Zwangsbehandlungen, die er erleben musste.

durch die Innenperspektive wahrnimmt, wie er die Zwangsbehandlungen wahrnimmt und wie diese ihn zum Teil nachhaltig traumatisierten.

Der Verlauf seiner Krankheit verläuft grob untergliedert in verschiedenen Stufen.

1. Symptome

Die ersten Symptome bleiben zunächst unbemerkt, münden jedoch in einem ersten Zusammenbruch, wodurch er in psychiatrische Behandlung kommt.

2. Unwissen über die Diagnose

Zunächst wussten weder Gauger noch seine Angehörigen von seiner Diagnose »paranoide Schizophrenie« und konnten deshalb weder die Behandlungen noch die Symptome der Erkrankung, die Gauger aufwies, richtig einordnen.

3. Leugnen der Diagnose

Nachdem Klaus Gauger seine Diagnose erfahren hatte, leugnete er diese, da er davon überzeugt war, dass es sich dabei um den Täuschungsversuch einer weltweiten Verschwörungsorganisation handeln müsse.

4. Krankheitseinsicht

Erst im Jahr 2014, also 20 Jahre nach seiner ersten Behandlung in einer Psychiatrie, gelangte Gauger zur Einsicht, dass er an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt ist.

Zurück ins Leben

Seiner Meinung nach waren für seine Genesung nach über 20-jähriger Krankheitsgeschichte sowohl die behandelnden Psychiater, als auch die passenden Medikamente ausschlaggebend. So schreibt er: »Die Wahl der Neuroleptika hat etwas von einer Glückslotterie. Was bei dem einen hilft, verursacht bei dem anderen nur schlimme Nebenwirkungen. Bei vielen Schizophrenen ist das eine jahrelange Suche, bis das richtige Medikament in der richtigen Dosis gefunden wird – wobei es in vielen Fällen sogar auf eine ganz individuelle Kombination von mehreren Präparaten mit unterschiedlichem Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum hinausläuft.« (S. 189f.) Obwohl Gauger ein wahres Martyrium erleiden musste, das möglicherweise durch eine angemessene Medikation und/oder durch eine angemessene psychiatrische Betreuung zumindest hätte verkürzt werden können, hadert er nicht mit seiner

Vergangenheit. Letztlich resümiert er aus heutiger Sicht: »Ich sehe heute in den Psychiatern in erster Linie Freunde und Helfer und keine Gegner, die man als psychisch Kranker bekämpfen sollte. Die Medikamente halte ich trotz der starken Nebenwirkungen für nützlich. Im Falle der Schizophrenie scheint mir die Medikamentenbehandlung sogar völlig unverzichtbar zu sein.« (S. 106)

Nach seiner Genesung musste Klaus Gauger lernen, sich wieder im Alltag zurecht zu finden. Dabei half ihm, dass er im Laufe der Zeit auch anfangen konnte zu arbeiten. Als Alltagsbegleiter in einem psychiatrischen Heim hilft er Menschen, die nicht wie er das Glück hatten, vollständig zu genesen. Am Ende seines Buches schreibt Gauger: »Letztlich ist es eine philosophische Frage, ob man mit seinem Leben zufrieden ist. Ist das Glas halb leer oder halb voll? Ich sehe es mittlerweile so, dass das Glas in meinem Fall doch halb voll ist. Auf der Soll-Seite stehen die enormen Verluste, die ich aufgrund meiner 20-jährigen Krankheitsgeschichte erlitten habe. Aber auf der Haben-Seite steht die Hoffnung, dauerhaft von meiner Schizophrenie genesen zu sein. [...] Ich kann jetzt wesentlich optimistischer in die Zukunft blicken als in den vielen Jahren davor. Das ist für mich ein Grund zur Freude.« (S. 195)

»Ich sehe heute in den Psychiatern in erster Linie Freunde und Helfer und keine Gegner, die man als psychisch Kranker bekämpfen sollte.«

Fazit

Gaugers Buch ist von verschiedenen Standpunkten aus betrachtet äußerst lesenswert und aufschlussreich. So können *einerseits* interessierte Leser eine gut geschriebene autobiografische Krankheitsgeschichte lesen. Aus der Innenperspektive eines an Schizophrenie Erkrankten wird dem Leser anschaulich dessen Schicksal vor Augen geführt, ohne dabei jedoch rührselig zu wirken. Dies erreicht Gauger vor allem auch durch seine klare, manchmal zur Selbstironie neigende Sprache. Gerade die Innenperspektive eines Erkrankten, der während seines Krankheitsgeschichte mit einer Vielzahl von unterschiedlichen ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PflegerInnen umgeben war, bietet *andererseits* auch die Möglichkeit für diejenigen, die Berufe im Gesundheitswesen ausüben, den Umgang mit Patienten, die nötige Aufklärungsarbeit über die Erkrankung des Patienten, den Umgang mit Angehörigen sowie das Thema der Zwangsbehandlung zu reflektieren.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
vertreten durch
P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dr. Jonas Pavelka
E-Mail: pavelka@zefog.de
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Tabea Haas
Dr. Klaus Klother
Prof. Bruder Peter Schiffer

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
Postfach 21 06 23
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0
Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org
Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



ethisch gut beraten

In Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.