

# 13 Von der Zweiklassenmedizin zur Zweiklassenpflege? Rationierung als pflegeethisches Problem

Markus Zimmermann-Acklin

## Abstract

Auf der Basis einiger Beispiele für pflegerische Leistungsbegrenzungen im Abschnitt 13.1 wird im Abschnitt 13.2 die bestehende Realität impliziter bzw. ungeregelter Rationierung am Krankenbett als zentrale Problemstellung identifiziert. Aus Gerechtigkeitsgründen sollte die Frage im Mittelpunkt stehen, wie sich eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und Pflege für alle auf die Dauer sichern lässt. Um die damit verbundenen Fragen diskutieren zu können, werden im Abschnitt 13.3 umstrittene Begriffe wie Rationierung und Prioritätensetzung definiert. Offensichtlich geht es nicht darum, ob Rationierung sein soll, sondern wie sie angesichts bestehender Grenzen gerecht ausgestaltet werden kann. Positionen, ethisch relevante Kriterien und ein Konzept der Entscheidungsfindung für die Gestaltung von Allokationsfragen werden in den Abschnitten 13.4 und 13.5 vorgestellt. Schließlich wird zugunsten einer neuen Kultur des Miteinanders plädiert, in welchem die Begrenztheit der Mittel nicht geleugnet, sondern interdisziplinär angegangen und gerecht gestaltet wird.

## Ziele

Nach dem Lesen dieses Kapitels sind Sie in der Lage, den Begriff der Rationierung zu beschreiben und seine Relevanz in der Frage nach einer gerechten Verteilung pflegerischer Güter zu erkennen. Sie identifizieren Formen der Rationierung in Ihrem Berufsalltag und verfügen über Instrumente, diese in ethischer Hinsicht zu beurteilen.

## 13.1 Beispiele aus dem Alltag der Intensivmedizin

Obwohl Norwegen zu den materiell reichsten Ländern der Welt gehört und nach den USA die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung aufweist, empfinden Pflegendе wie Ärzteschaft auch dort einen zunehmenden Druck, bei klinischen Entscheidungen am Krankenbett die Kosten zu berücksichtigen (vgl. Halvorsen et al. 2008, S. 716). Eine aktuelle Studie zur Prioritätensetzung im Alltag norwegischer Intensivstationen ermöglicht Einblicke in Entscheidungen am Krankenbett und darin enthaltene Werturteile. Als Grundlage dien-

ten dem Forschungsteam unter der Leitung von Kirstin Halvorsen von der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Akershus-Universität einerseits Tiefeninterviews und andererseits Teilnehmerbeobachtungen. Grundlegend hat sich gezeigt, dass mit zunehmenden Schweregrad des Zustands von Patienten auch häufiger intensivmedizinische Maßnahmen ergriffen werden, und dies unabhängig vom potentiellen Nutzen der Interventionen für die Patienten.

Im Rahmen dieser Aktivitäten kommt es speziell im Handlungsbereich von Pflegefachpersonen regelmäßig zu Engpässen. Der Mangel an Pflegepersonal beeinflusst beispielsweise die Praxis der Sedation von Patienten: Um unerwünschte Missgriffe wie das Herausziehen von Schläuchen zu verhindern, werden Patienten häufig stärker und länger sediert, als es bei ausreichendem Pflegepersonal eigentlich nötig wäre. Eine Pflegendе berichtet: „Weil die Ressourcen so begrenzt sind, müssen Patienten manchmal etwas länger sediert werden, ... Um uns um andere Patienten kümmern zu können, sedieren wir Patienten stärker, was ich als unethisch beurteile, wirklich, weil wir wissen, dass dies zu einer Lungenentzündung führen kann ... und zu einer Verlängerung der Zeit am Respirator“ (Halvorsen et al. 2008, S. 721, eigene Übersetzung).

Aufgrund fehlender Ressourcen sehen die Pflegenden zudem wichtige Bereiche ihrer beruflichen Aufgaben bedroht. Im Vordergrund steht dabei stets das Problem des Zeitmangels, das es verunmögliche, auf die Bedürfnisse der Patienten angemessen einzugehen. Eine Pflegendе meinte im Interview: „Es ist offensichtlich, dass dies [die Stellenkürzungen] Konsequenzen für die pflegerischen Aktivitäten nach sich zieht, besonders hinsichtlich der so genannten ‚weichen Aufgaben‘. Die Zeit, sich um jemanden zu kümmern ... Die zwischenmenschlichen Belange und die Sorge um den Patienten, das leidet letztlich. ... Dinge, die wir nicht unbedingt tun müssen, kommen dann zu kurz: mit den Patienten zu reden, ihre Motivation zu stärken ... all die Sachen, die eben Zeit brauchen“ (Halvorsen et al. 2008, S. 721f, eigene Übersetzung).

## 13.2 Problemstellung

Die Intensivmedizin eignet sich besonders gut, um ärztliche und pflegerische Herausforderungen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen aufzuzeigen (vgl. Hurst et al. 2007), obgleich sich ähnliche Probleme auch in der Langzeitpflege oder der Psychiatrie angesichts der dort nötigen intensiven Betreuungsleistungen stellen. Die Intensivmedizin gehört zum einen zu den neueren Errungenschaften der Medizin und steht damit gleichsam symbolisch für die immensen Fortschritte, die in den letzten Jahren in diesem Bereich erzielt wurden, und ist zum anderen sehr kostenintensiv. Ihr Anteil an den gesamten Spitalkosten der USA nahm von 8 % im Jahr 1980 auf 20 % im Jahr 2006 zu, was einem Prozent des gesamten US-amerikanischen Bruttoinlandsprodukts entspricht (Truog et al. 2006). Umstritten ist, wie viele Intensivbetten mathematisch gesehen nötig wären, um eine bestimmte Population zu versorgen. Der größte Anteil der Kosten für die Intensivpflege sind

Personalkosten, während Behandlungen und Medikamente lediglich knapp ein Zehntel der Ausgaben betreffen (Chevrolet et al. 2003). Unbestritten ist auch, dass Morbidität und Mortalität auf Intensivstationen unmittelbar ansteigen, wenn zu wenig Personal vorhanden ist, was situationsbedingt immer wieder vorkommt.



Bereits diese wenigen Anhaltspunkte zur Intensivmedizin machen deutlich, dass **Rationierung**, d. h. die Einschränkung oder Vorenthaltung an sich nützlicher oder sinnvoller Interventionen, eine Realität ist, und zwar auch und gerade in materiell wohlhabenden Ländern mit enorm hohen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben wie Norwegen oder der Schweiz, dass diese Rationierung am Krankenbett bezogen auf einzelne Patienten geschieht und dass die **Pflegenden** dabei stark involviert sind.

Angesichts der Einschränkungen, Unmöglichkeiten und Grenzen, die in diesem Kontext von Pflegenden ins Zentrum gestellt werden, ist es wichtig, auch an die Kehrseite dieser Realität zu erinnern, nämlich an die mögliche Einflussnahme und letztlich auch Macht, die mit der organisierten Pflege den Patienten gegenüber verbunden ist.

Allokationsmacht der Pflegenden (Wettreck)

So machtlos, wie sich Pflegende selber sehen, sind sie nicht, wie Rainer Wettreck in Erinnerung ruft (vgl. Wettreck 2001, S. 38ff): Neben der Disziplinarmacht, der Durchsetzung von Ordnungen einer Institution, der Therapiemacht, der Kontrolle des Gesundheitszustandes, und der Sinn-, Wissens- und Deutungsmacht, dem eigenen systemischen Wissen, unterscheidet er eine Allokationsmacht, die bei der Verteilung der Zeit, aber auch der Mahlzeiten, der Schmerzmittel, der Körperhygiene, der Aufmerksamkeit und bei vielen kleinen Handreichungen zum Ausdruck kommt.

Pflege als knappes Gut

Was im Bereich der Intensivpflege aufgrund des komplexen technischen Aufwands, der meist kurzen Aufenthaltszeiten der Patienten, des hohen Personalbedarfs und der hohen Kosten zugespitzt geschieht (Ward et al. 2007), ist auch in anderen Bereichen eine bekannte Realität, nämlich die **implizite Rationierung** oder die ungeregelte Beschränkung von nützlichen Leistungen am Krankenbett. Untersuchungen in der Schweiz haben gezeigt, dass die implizite Rationierung besonders in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation, in der Versorgung chronisch Kranker, in der Pflege insgesamt und hier speziell im Bereich der Langzeitpflege besteht. Die Pflege ist offensichtlich ein knappes Gut, das gemäß gerechter Kriterien zu verteilen ist. Als besonders betroffene Gruppen werden von der Ärzteschaft ältere Menschen und allgemein sozial nicht oder schlecht integrierte Patienten genannt (Santos-Eggmann 2005).



In der Pflege kommt es v. a. aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflegeteams zur ungeregelten Rationierung (RICH-Nursing Study 2005). Die RICH-Studie – das Akronym dieser auf Deutsch veröffentlichten Studie steht für „Rationing of Nursing Care in Switzerland (CH)“ – belegt zudem für die Schweiz, dass ein erkennbarer Zusammenhang zwischen der Ar-



beitsumgebungsqualität einerseits, d. h. der Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz in Pflegeteams, der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten, der Unterstützung der Pflegenden durch das Pflegemanagement, mit der Anzahl nicht durchgeführter, notwendiger pflegerischer Leistungen, also der impliziten Rationierung am Krankenbett andererseits besteht.

Die „Values at the bedside“-Studie hat zudem für vier europäische Länder empirisch bestätigt, was auch in den Erfahrungsberichten aus Norwegen zum Ausdruck kommt: Offensichtlich wird der Rationierungsdruck am Krankenbett von den Angehörigen der Behandlungsteams je stärker empfunden, desto mehr Ressourcen zur Verfügung stehen und desto weniger Regulierungen vorgegeben sind (Hurst et al. 2006). Diese zunächst widersprüchlich erscheinende Tatsache könnte damit erklärt werden, dass der Druck, am Krankenbett individuell zu rationieren, mit wachsenden Möglichkeiten und fehlenden expliziten bzw. offiziell geregelten Einschränkungen zunimmt, wie es in der Intensivmedizin, aber auch in der Onkologie angesichts der extrem teuren Medikamente der neuen Generation auf Anhieb einleuchtet, bei deren Einsatz pro Patient mit mehreren tausend Franken im Monat zu rechnen ist (Bachmann-Mettler 2007). Walter Krämer schreibt in diesem Zusammenhang von einer „Fortschrittsfalle“: Je mehr möglich ist, desto spürbarer werde die grundsätzliche Begrenztheit aller Ressourcen und damit die Frage nach der gerechten Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung zu einer gesellschaftlichen Herausforderung (vgl. Krämer 2007). Rationierung ist deshalb stets relativ, d. h. im Bezug auf die zur Verfügung stehenden medizinischen und pflegerischen Güter zu betrachten.

„Values at the bedside“-Studie

Eine weitere Bemerkung zur gegenwärtig bestehenden Verteilung der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung betrifft die Versorgung in den letzten Lebenswochen eines Patienten: In diesem Zeitraum fallen die mit Abstand größten Kosten an, wobei diese jedoch, einmal abgesehen von den Pflegekosten, mit zunehmenden Sterbealter deutlich sinken: Je älter wir sterben, desto günstiger geschieht dies aus Sicht der Kostenträger. Daraus lässt sich schließen, dass entgegen der Verfechter der sog. „Medikalisierungsthese“ die Alterung vermutlich nur einen schwachen Einfluss auf den Verlauf der Gesundheitskosten ausüben wird (Felder 2008), nicht aber einen starken.

Versorgung am Lebensende

Auch wenn im Bereich der Gesundheitsversorgung zunächst einmal begründet an der Vorstellung einer gleichen Versorgung für alle festgehalten wird, ist es offenkundig, dass es eine solche „Einklassenmedizin“ und eine entsprechende „Einklassenpflege“ niemals gegeben hat und angesichts der Fülle bestehender und zukünftiger Möglichkeiten auch nicht geben wird. Die Ergebnisse der erwähnten Studien zur impliziten Rationierung zeigen vielmehr, dass diejenigen Menschen, die gesellschaftlich marginalisiert sind, dies auch im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht anders erfahren. Die gegenwärtige Klage über eine Zwei-

Einklassenmedizin und -pflege als Fiktion

klassenmedizin inklusive einer Zweiklassenpflege lässt sich daher als ein deutliches Signal dafür verstehen, dass die in den letzten Jahren größer werdenden Unterschiede zwischen gesellschaftlich etablierten und gesellschaftlich marginalisierten Milieus auch in der Gesundheitsversorgung vermehrt zu Ungleichbehandlungen führen (vgl. dazu das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit in den Kapiteln 8 und 14 in diesem Band).

Sicherung der Gesundheitsversorgung

Angesichts des wachsenden Wohlstands und der Fortschritte im Bereich der biomedizinischen Forschung kann es aus gesundheitsethischer Sicht realistischweise nicht darum gehen, dasselbe Versorgungsniveau für alle Patienten zu ermöglichen. Vielmehr sollte aus Gerechtigkeitsgründen die Frage im Zentrum stehen, wie sich eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und Pflege für alle auf die Dauer sichern lässt. Die Verfolgung dieses Ziels setzt voraus, dass

- die grundsätzliche Knappheit der vorhandenen, nicht nur finanziellen, sondern auch personellen Ressourcen nicht geleugnet wird (vgl. Alexander et al. 2004),
- die bereits bestehende implizite Rationierung möglichst transparent und damit zu einem öffentlichen Thema gemacht wird,
- unregelte Leistungsbeschränkungen im Bereich nützlicher Behandlungen so weit als möglich durch öffentlich bestimmte und ethisch legitimierte Grenzziehungen ersetzt werden (Daniels et al. 2002).

### 13.3 Umstrittene Begriffe

Existenzielle versus hergestellte Knappheit

In den Rationierungsdebatten werden zwei unterschiedliche Formen von Knappheit thematisiert: Zum einen wird auf eine vorgegebene oder existenzielle Knappheit angespielt, die es anzuerkennen gelte, und zum anderen auf eine hergestellte Knappheit, die gerecht auszugestalten sei. Obgleich beide Phänomene eng miteinander zusammenhängen, erfordern sie aus ethischer Sicht grundlegend unterschiedliche Reaktionen. Ein Mangel an Intensivbetten kann zum Beispiel strukturell (Folge von vorgegebener als auch von bewusst herbeigeführter Knappheit) oder situationsbedingt sein (z. B. Pandemie). Aspekte des Gerechten bzw. der Verteilungsgerechtigkeit und des Guten bzw. gelungener Lebensentwürfe (Sinn- und Glücksfragen), die in einer kulturell heterogenen Gesellschaft zunächst einmal getrennt zu behandeln sind, hängen bei entscheidenden Fragen wie der Bestimmung der Sinnlosigkeit von Behandlungen de facto auf enge Weise miteinander zusammen.

Sinnlosigkeit (futility)

Die Rede von der Sinnlosigkeit (futility) von Maßnahmen auf der einen Seite oder deren Indiziertheit auf der anderen Seite, Begriffe wie die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit oder Wirtschaftlichkeit von Behandlungen, schließlich auch Umschreibungen wie „keine Aussicht mehr auf ein menschenwürdiges Leben zu haben“ lassen sich nicht ausschließlich über Aspekte des Gerechten bestimmen, sondern beinhalten stets auch inhaltliche Vorstellungen vom Guten, von Lebensqualität und damit

Wertungen, die Vorstellungen von einem gelungenen oder geglückten Leben beinhalten.

Unter Rationierung werden implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen (vgl. Ubel et al. 1998). Diese Definition ist aufgrund der Rede von „Mechanismen“ (anstelle von „Entscheidungen“) und dem „nicht zur Verfügung stehen“ (anstelle von „vorenthalten“) einerseits so weit gefasst, dass nicht nur bewusste Entscheidungen, sondern auch die vorgegebene Begrenztheit aller Ressourcen berücksichtigt werden, ist aber andererseits klar begrenzt auf das nicht zur Verfügung stehen von nützlichen Leistungen. Nützliche Leistungen stehen schließlich aus unterschiedlichsten Gründen häufig nicht zur Verfügung, und erst diese offene Definition macht es möglich, zwischen gerechter und ungerechter Rationierung zu unterscheiden, ohne die entscheidenden ethischen Fragen als bereits beantwortet vorauszusetzen.

Es geht folglich nicht darum, ob Rationierung sein soll oder nicht, sondern wie angesichts bestehender Grenzen bzw. Knappheit der Zugang zu den Ressourcen gerecht ausgestaltet werden kann.

Methodisch besteht schließlich ein großer Unterschied in der Rationierungspraxis darin, ob diese explizit, d. h. transparent und nach festgelegten Regeln, durchgeführt wird, oder ob sie implizit, d. h. unregelt am Krankenbett durch die Behandlungsteams, praktiziert wird.

In Deutschland hat sich in Anlehnung an skandinavische Länder die Rede von der Priorisierung gesundheitlicher Leistungen etabliert, wobei unter Priorisierung (und dem Pendant der Posteriorisierung) die Feststellung einer Vorrangigkeit (bzw. Nachrangigkeit) bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen (bzw. nach anderen) verstanden wird (Raspe et al. 2009). Die Rangreihenherstellung von Maßnahmen aus einem bestimmten Behandlungsbe- reich (z. B. in der Versorgung von Herzkrankheiten) wird vertikale, die Rangreihenherstellung zwischen unterschiedlichen Bereichen als horizontale Priorisierung bezeichnet. Priorisierung oder das Erstellen von Ranglisten ist demnach nicht gleichzusetzen mit der Rationierung, sondern dient zunächst einmal lediglich dazu, Rangordnungen zu identifizieren und festzulegen. In diesem Sinne kann sie, muss aber nicht zur Rationierung führen, und zwar in Abhängigkeit dazu, wie viele Ressourcen zur Verfügung stehen.

Entsprechend wird im bundesdeutschen Diskurs, der sich stark von der als negativ konnotierten Rede von Rationierung abhebt, hervorgehoben, wenn die Rationierung irgendwann tatsächlich notwendig würde, beträfe dies zuerst den Bereich des wenig Wichtigen, den Bereich der Posterioritäten also, wie es beispielsweise im Konzept der marginalisierten Wirksamkeit von Interventionen vorgeschlagen wird (Buyx et al. 2009).

Rationierung



Explizite und implizite Rationierung





Wesentliche Vorzüge des Priorisierungsbegriffs werden erstens in der damit verbundenen pragmatischen Herangehensweise gesehen, insofern der Priorisierungsbegriff weniger negativ besetzt ist als der Rationierungsbegriff und zunächst einmal Ordnung schaffen möchte, bevor definitiv entschieden wird. Ein zweiter Vorteil liegt zumindest aus Sicht der Pflegepersonen im Primat der klinischen Zugangsweise, die sich gegenwärtig durch eine gesundheitsökonomische Perspektive konkurrenziert sieht, welche aus Public-Health-Sicht die Gesundheit ganzer Bevölkerungen in den Blick nimmt und damit – aus dieser übergeordneten Perspektive auf der Meso- und Makroebene – die ärztliche und pflegerische Definitionsmacht über die Indikation von Behandlungen konkurrenziert (vgl. Raspe et al. 2009).

In der Schweiz konnte sich der Priorisierungsbegriff bislang kaum etablieren, was damit zu tun haben könnte, dass erstens der finanzielle Druck noch geringer ist als in anderen Ländern wie in Schweden oder Deutschland, zweitens die Rationierungsdiskurse im Sinne einer konstruktiven Auseinandersetzung in den ärztlichen und pflegerischen Kreisen noch nicht wirklich angekommen sind und drittens die Infragestellung der klinischen Perspektive von Ärzten und Pflegenden durch die Gesundheitsökonomie als weniger stark empfunden wird. Dies verändert sich gegenwärtig deutlich aufgrund der für das Jahr 2012 anstehenden Einführung eines neuen Vergütungssystems für den stationären Bereich nach Fallpauschalen, den sogenannten SwissDRG (Kesselring et al. 2007, Wandeler 2009, Rogler 2010, Wild et al. 2011).

### 13.4 Positionen, Strategien und ethisch relevante Kriterien

Auf die Frage, wie eine angemessene und ethisch vertretbare Reaktion auf die Ressourcenknappheit aussehen könnte, werden zugespitzt etwa folgende Antworten gegeben (vgl. Daniels et al. 2002, S. 13f):

Marktvertreter

1. Die sogenannten Marktvertreter möchten individuelle Wahlmöglichkeiten wie risikoabhängige Krankenkassenprämien schaffen bzw. vorhandene Marktelemente wie Selbstbehalte und Franchisen verstärken. Auf diese Weise wollen sie ermöglichen, dass sich jeder ein Versicherungspaket nach eigenen Vorstellungen zusammenstellen kann. Unmittelbar verbunden wäre damit, dass jeder sich gleichsam selbst rationiert, nämlich nach Maßgabe der eigenen finanziellen Möglichkeiten, der vorhandenen Krankheitsrisiken und auch der je eigenen Wertvorstellungen.

Knappheits-Skeptiker

2. Daneben besteht die unter Politikern verbreitete Position der Knappheits-Skeptiker: Hier wird behauptet, dass es in Wirklichkeit keine Knappheit gebe, sondern lediglich Verschwendung und unnütze Interventionen. Sie plädieren daher konsequenterweise für die Rationalisierung bzw. Effizienzsteigerung und teilweise, wenn sie realistisch sind, zusätzlich für eine moderate Erhöhung der finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung.

3. Eine eher in linken politischen Kreisen vertretene Position ist die der Gesundheit hat keinen Preis-Vertreter: Hier wird die Lösung darin gesehen, im Bereich der Gesundheitsversorgung mehr Mittel zur Verfügung zu stellen, und dies entweder zuungunsten anderer Bereiche oder auf der Basis von Steuererhöhungen.

Gesundheit hat keinen Preis-Vertreter

4. Die expliziten Rationierer dagegen gehen davon aus, dass Grenzen anerkannt und bewusst gesetzt bzw. ausgestaltet werden sollten. Sie unterstreichen zum einen mit Hinweis auf die Legitimation von Entscheidungen die Wichtigkeit öffentlicher Debatten und zum anderen den Vorzug geregelter bzw. transparenter Entscheidungen, die auf der Meso- und Makroebene z. B. durch kostensensible Leitlinien zu fällen sind (vgl. Strech et al. 2009).

Explizite Rationierer

5. Auch die impliziten Rationierer gehen davon aus, dass Grenzen anerkannt und ausgestaltet werden sollten, halten aber explizite Formen für unrealistisch bzw. nicht realisierbar und plädieren deshalb zugunsten der Rationierung im Einzelfall am Krankenbett, dem „eleganten Durchwursteln“, wie es in der Fachdiskussion genannt wird (vgl. Sommer 2007).

Implizite Rationierer

Die beiden ersten Positionen bieten keine vertretbaren und praktikablen Alternativen: Eine Stärkung der Marktelemente würde mit sich bringen, dass die Gesundheitsversorgung gemäß finanzieller Möglichkeiten sehr stark variieren würde. Bereits heute benachteiligte Bevölkerungsgruppen würden zusätzlich benachteiligt, weil sie zum Beispiel nicht in der Lage wären, ungedeckte Maßnahmen der Grund- oder Behandlungspflege zu erwerben. Einschneidende Rationierungsentscheidungen für Menschen mit Sozialhilfe, die sich keine Krankenkasse leisten könnten, würden nötig. Die Einführung von risikoabhängigen Prämien würde überdies zu einer gesellschaftlichen Stigmatisierung kranker Menschen führen, die mit Hinweis auf die Achtung der Würde und der Solidarität abzulehnen wäre.

Auch die Rationalisierung, also die Steigerung der Effizienz der vorhandenen Mittel, bietet keinen Ausweg: Sie ist zwar sowohl aus ökonomischer als auch aus ethischer Sicht stets gefordert, da sowohl die Überbehandlung von Patienten als auch der verschwenderische Umgang mit begrenzten Mitteln mit Hinweis auf das Nicht-Schadens- und das Gerechtigkeitsprinzip stets abzulehnen sind, sie reicht aber aufgrund der Unsicherheit bei Prognosestellungen und der mangelnden Beeinflussung der Ursachen der Kostensteigerung, nämlich Fortschritt und Wohlstand, nicht aus. Eine stete Erhöhung der Mittel, wie sie von den Gesundheit-hat-keinen-Preis-Vertretern gefordert wird, hätte schließlich hohe gesellschaftliche Opportunitätskosten zur Folge, d. h. die Mittel würden an anderen Stellen fehlen.

Rationalisierung

Somit bleiben nur die beiden letztgenannten Rationierungsszenarien als realistische Alternativen, wobei internationale Erfahrungen zeigen, dass eine Mischform von impliziter und expliziter Methode realistisch und gerecht – bzw. am wenigsten ungerecht – sein dürfte (Ham et al. 2003). In jedem Gesundheitssystem werden Grenzen gesetzt. Wie bereits erwähnt, lautet die aus ethischer Sicht wichtige Frage nicht, ob rationiert werden soll, sondern wie, gemäß welcher Kriterien und Vorgaben dies

Mischung von impliziter und expliziter Rationierung

sinnvollerweise geschehen sollte, damit ungerechte Vorenthaltungen vermieden und gerechte Zuteilungen gefördert werden.

Ethisch relevante Kriterien  
der Rationierung

Ethisch relevante Kriterien umfassen sowohl das richtige (normative Aspekte, das Gerechte) und das gute Leben (evaluative oder wertende Aspekte wie Sinn- und Identitätsfragen). Bezüglich beider Bereiche sind die Achtung und der Schutz der Menschenwürde von grundlegender Bedeutung. Insofern sie an der Menschenwürde teilhaben, sind alle Menschen gleich: Das bedeutet, dass Autonomie und Freiheit jedes Menschen stets zu achten sind und dass besonders verletzbare Menschen wie Demente, Komatöse oder Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen (z. B. abgewiesene Asylbewerber) besonders zu schützen sind. Erst die Anerkennung der Freiheit und der Schutz der besonders Vulnerablen ermöglichen ein menschliches bzw. menschenwürdiges Zusammenleben.

Normativ relevante Kriterien

Von den **normativ relevanten Kriterien** sind im Hinblick auf die Rationierung folgende besonders hervorzuheben:

- die Ermöglichung von Chancengleichheit,
- die Ablehnung jeder Form von ungerechtfertigter Ungleichbehandlung oder Diskriminierung aufgrund äußerlicher Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Herkunft,
- das Fürsorgeprinzip im Sinne einer bevorzugten Behandlung von Patienten mit dem größten Bedarf,
- das Solidaritätsprinzip sowohl im Sinne der Förderung des Gemeinwohls als auch im Sinne einer besonderen Rücksicht auf bzw. Integration von Benachteiligten,
- die Achtung und Förderung der Eigenverantwortung im Hinblick auf die eigene Gesundheit,
- die Wirtschaftlichkeit bzw. Kosteneffektivität von Maßnahmen, d. h. die Berücksichtigung der Frage, wie hoch der zusätzliche Nutzen im Verhältnis zu den Kosten einer Maßnahme ist.

Normativ von Bedeutung sind also sowohl Rechte und Pflichten als auch Folgenüberlegungen.

Evaluative Kriterien

Bei den **evaluativen Kriterien** geht es nicht um die Einhaltung von Normen (Gebote, Verbote oder Erlaubnisse), deren Berücksichtigung sich über die Anwendung von Prinzipien überprüfen lassen, sondern um inhaltliche Vorstellungen von dem, was im Leben wichtig und wertzuschätzen ist. Diese Lebensqualitätskriterien, Wert- oder Güterhaltungen können sich sowohl auf das Leben des Einzelnen als auch auf die Gesellschaft als Ganzes beziehen. Es geht zunächst um individuelle Vorstellungen von einem gelingenden Leben und Sterben, wie sie beispielsweise im Rahmen einer Patientenverfügung individuell festgehalten werden können (sog. Werteanamnese). Gleichzeitig geht es auch um Vorstellungen von einer guten Gesellschaft, die sich in entsprechenden politischen Forderungen niederschlagen. Auf der Hand liegt, dass bei diesen Kriterien eine große Nähe zu persönlichen Erfahrungen, moralischen Überzeugungen, schließlich zu kulturellen und weltanschaulich-religiösen Prägungen vorauszusetzen ist, die sich darum auch in den

Auseinandersetzungen um eine angemessene Ausgestaltung der Pflege nicht ignorieren lassen.

Klar ist einerseits, dass sich individuelle Glücksvorstellungen bzw. kulturell und weltanschaulich verankerte Vorstellungen von einem gelungenen Leben nicht verallgemeinern lassen. Offenkundig ist aber gleichzeitig, dass bei der Formulierung von Gesetzen auf der Makroebene, von Leitlinien auf der Mesoebene und bei Entscheidungen am Krankenbett auf der Mikroebene stets auch subjektive Faktoren wie Erwartungen, Anspruchsniveaus und Normalitätsvorstellungen ihren Einfluss ausüben. Darum ist die Beschäftigung mit diesen Aspekten nicht nur bei schwierigen Entscheidungen bei einem einzelnen Patienten, sondern auch in den sozialetischen Rationierungsdebatten unumgänglich. Verbunden sind damit Verständigungsversuche über Definitionen von Lebensqualität, Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung, letztlich auch über die sinnvolle Reichweite sozial finanzierter Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung, also den Umfang einer menschen- und sachgerechten Basisversorgung und damit auch über die Reichweite einer „guten“ respektive „sicheren“ Pflege, auf die Patienten, Klienten und Bewohner gleichermaßen Anspruch haben.

Die These von Irene Bachmann-Mettler (2007), die Pflegenden in der Onkologie könnten einer Auseinandersetzung mit der Rationierung entgehen, wenn a) eine hochspezialisierte Pflege („Advanced Nursing Practice“) gefördert würde, b) attraktive Aufgabenbereiche für die Pflegenden („Primary Nursing“ bzw. Bezugspflege) zur Verfügung stünden und c) die Idee der Magnetkliniken (Bezeichnung für gewisse Kliniken in den USA, die sich durch eine geringe Fluktuation der Pflegenden und hohe Attraktivität, z. B. einem Stellenschlüssel von 1:4 in der Pflege auszeichnen) umgesetzt würde, ist einleuchtend hinsichtlich einer sinnvollen Weiterentwicklung der Onkologiepflege. Sie ist jedoch nicht plausibel in Bezug auf die Auseinandersetzung mit der Rationierung (vgl. Bachmann-Mettler 2007). Zum einen ist dieser Vorschlag von einer einseitig die Pflege und deren Optimierung gewichtenden Sichtweise geprägt und könnte durch eine Reihe anderer Perspektiven – beispielsweise der Rehabilitationsmedizin, der Palliative Care oder der Psychiatrie, welche im Wettbewerb um die knappen Güter vermutlich andere Schwerpunkte setzen würden – kontrastiert werden. Zum anderen wird in diesem Vorschlag übersehen, dass es auch in einer noch so privilegierten bzw. idealen Personalsituation z. B. aufgrund eines Notfalls jederzeit zu Engpässen kommen kann, welche Rationierungsentscheidungen notwendig machen. Dass dies bereits für alltägliche Entscheidungen gilt, zeigen Hurst und Danis sehr schön an dem Beispiel zur vorgegebenen Zeitbegrenzung: Wenn morgens insgesamt 90 Minuten für die Visite auf einer Intensivstation mit zehn Betten zur Verfügung stehen, erhalten die ersten Patienten oft mehr als neun Minuten Aufmerksamkeit, während die letzten in der Regel mit weniger Zeit zu rechnen haben (vgl. Hurst et al. 2007, S. 250).

Makro-, Meso- und  
Mikroebene

### 13.5 Herausforderungen auf der Mikroebene

Rationierung oder Leistungsbegrenzungen im Bereich nützlicher Behandlungen sind offensichtlich unumgänglich. Maßnahmen zur expliziten, also geregelten und transparenten Rationierung können vornehmlich auf der Makro- und Mesoebene gestaltet werden, beispielsweise durch politische Budgetentscheidungen auf der obersten Ebene bzw. kostensensible Leitlinien und Entscheidungen des Pflegemanagements auf der Meso- oder Institutionenebene. Die größte Herausforderung für Pflegendе besteht sicherlich im Umgang mit Leistungsbegrenzungen am Krankenbett auf der Mikroebene, die auch bei etablierten Regeln angesichts stets zunehmender Möglichkeiten eine Herausforderung bleibt.



In Auseinandersetzung mit Knappheitssituationen in der Intensivmedizin – der Knappheit von Zeit, Betten und Personal, die in Abhängigkeit zur Situation jederzeit akut werden kann –, haben Samia Hurst und Marion Danis ein Konzept der ethischen Entscheidungsfindung für die Rationierung am Krankenbett entwickelt (Hurst et al. 2007). Sie unterscheiden drei Knappheitssituationen:

1. die Situation akuter Knappheit, die eine klassische Triage nötig mache,
2. die Situation starker, aber nicht akuter Knappheit, welche den Vergleich eines Behandlungsbedürftigen mit anderen potentiellen Patienten nahelege („Würden wir als Team in einem ähnlichen Fall genauso entscheiden?“)
3. Situationen, die eine Einhaltung fester Behandlungslimiten erfordern, in welchen die Kosten den zu erwartenden Nutzen nicht mehr rechtfertigen, also bei zu geringer Kosteneffektivität.

Auf dieser Basis entfalten die Autorinnen ein Ensemble prozeduraler, normativer und tugendethischer Regeln, die bei Entscheidungen eingehalten werden sollten. Ein solches Vorgehen gewährleistet die Möglichkeit, Rationierungsentscheidungen am Krankenbett unter Einbezug aller wichtigen Parameter zu fällen. Hinsichtlich der eingangs erwähnten Beispiele aus den norwegischen Intensivstationen hieße das, dass neben dem (unter Umständen zeitweisen) Mangel an Pflegepersonal bei Entscheidungen zur Begrenzung der Behandlung auch weitere Aspekte wie die Kohärenz zu Entscheidungen in analogen Fällen oder die Kosteneffektivität und damit Output-Faktoren stärker mit berücksichtigt würden. Dagegen wäre alleine der Schweregrad des Zustands eines Patienten, der in der Praxis oft den Ausschlag zu geben scheint, als Begründung unzureichend. Die Intensivpflegenden wären somit in einem Prozedere der Entscheidungsfindung integriert, in welchem einsichtig begründet werden kann und muss, warum eine Begrenzung der Ressourcen im Einzelfall gerecht bzw. weniger ungerecht ist.

Im Rahmen eines Ethik-Projekts am Klinikum Nürnberg, das Karl-Heinz Wehkamp 1999 startete, war der Unmut unter den Pflegenden offenkundig: „Wir brauchen keine Ethik, sondern Stellen!“ hieß es

programmatisch in den Interviews (Rabe 2009, S. 256). Doch stellte sich heraus, dass die Gründe für die Unzufriedenheit in der resignativen Stimmung der Mitarbeitenden und den autoritären Führungskonzepten auf der Leitungsebene lagen. Der Einbezug der Pflegenden in die Prozesse der Entscheidungsfindung und Weiterbildungen im Bereich Ethik haben dann offensichtlich zu einer neuen Kultur des Miteinanders geführt. Diese kann im besten Fall dazu beitragen, dass die Begrenztheit der Mittel nicht geleugnet, sondern interdisziplinär auf den unterschiedlichen Ebenen angegangen und gerecht gestaltet wird.

Offensichtlich bringt diese neue Kultur des Miteinanders auch eine größere Verantwortung im Umgang mit der pflegerischen Allokation mit sich, die entsprechend neue Aufgaben im Pflegemanagement und insbesondere in der Pflegeausbildung mit sich bringen. Sie setzt neue Akzente im Selbstverständnis und Ethos der Pflege, die angesichts der Fortschritte in der Medizin und Pflege, des zunehmenden Wohlstands und der dadurch stärker empfundenen Ressourcenknappheit nicht zur Resignation, sondern zur bewussten und gerechten Ausgestaltung einer menschen- und fachgerechten Pflege mit hohen professionellen und ethischen Ansprüchen führen sollten.

Verantwortung im Umgang mit der Allokationsmacht

#### Transferaufgaben

1. Worin bestehen die ethisch relevanten Probleme in den eingangs beschriebenen Beispielen aus dem Alltag der Intensivmedizin? Wo erkennen Sie Parallelen zu anderen Bereichen professioneller Pflege?
2. Wie wären diese Probleme auf der Basis des im letzten Teil beschriebenen Entscheidungsfindungskonzepts von Hurst und Danis anzugehen und gerecht zu lösen?
3. Inwieweit verändert die neue pflegerische Verantwortung im Umgang mit der Allokationsmacht das herkömmliche pflegerische Selbstverständnis? Beschreiben Sie je zwei Konsequenzen für Ihr berufliches Handlungsfeld auf der Mikro-, Meso- und Makroebene.

#### Literatur

- Alexander G. C., Werner R. M., Ubel P. A. (2004). The costs of denying scarcity. In: Archives of Internal Medicine 164. Jg., Heft 6, 593–596.
- Anand S., Peter F., Sen A. (Hrsg.) (2006). Public Health, Ethics, and Equity. New York: Oxford University Press.
- Bachmann-Mettler I. (2007). Die zukünftige Rolle der Pflegenden in der Onkologie. In: Onkologie 13. Jg., Heft 4, 356–359.
- Breyer F. (2007). Zum Begriff der Rationierung. Kommentar eines Gesundheitsökonomen. In: Zimmermann-Acklin M., Halter H. (Hrsg.). Rationie-

- rung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH-Verlag, S. 110–112.
- Buyx A. M., Friedrich D. R., Schöne-Seifert B. (2009). Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. In: Ethik in der Medizin 21 Jg., Heft 2, 89–100.
- Chevrolet J.-C., Chioléro R. (2003). Traitements et médicaments coûteux aux soins intensifs. Une réflexion sur la légitimité d'un rationnement et sur le rôle du réanimateur. In: Médecine et Hygiène 61. Jg., Heft 2462, 2419–2422.
- Daniels N., Sabin J. (2002). Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources? Oxford, New York: Oxford University Press.
- Felder S. (2008). Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. In: G+G Wissenschaft 8. Jg., Heft 4, 23–30.
- Halvorsen K., Forde R., Nortvedt P. (2008). Professional Challenges of Bedside Rationing in Intensive Care. In: Nursing Ethics 15. Jg., Heft 6, 715–728.
- Ham C., Coulter A. (2003). International Experience of Rationing. In: Ham C., Robert G. (Hrsg.). Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, S. 4–15.
- Hurst S., Danis M. (2007). A Framework for Rationing by Clinical Judgment. In: Kennedy Institute of Ethics Journal 17. Jg., Heft 3, 247–266.
- Hurst S., Slowther A.-M., Forde R., Pegoraro R., Reiter-Theil S., Perrier A., Garrett-Mayer E., Danis M. (2006). Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe. In: Journal of General Internal Medicine 21. Jg., Heft 11, 1138–1143.
- Kesselring A., Wandeler E. (2007). Pflege und Rationierung. In: Zimmermann-Acklin M., Halter H. (Hrsg.). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH-Verlag, S. 156–163.
- Krämer W. (2007). Was macht Rationierung unvermeidbar? In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.). Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006, Berlin: Nationaler Ethikrat, 35–42.
- Rabe M. (2009). Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern: Verlag Hans Huber.
- Raspe H., Meyer T. (2009). Vom schwedischen Vorbild lernen. Hierzulande wird zunehmend über die Priorisierung medizinischer Leistungen diskutiert. In Schweden hat sich aus dem Priorisierungsprojekt ein versorgungswirksames Steuerungsinstrument unter Führung und Beteiligung der Ärzteschaft entwickelt. In: Deutsches Ärzteblatt 106. Jg., Heft 21, A1036–A1039.
- RICH-Nursing-Study (2005). Rationing of Nursing Care in Switzerland: Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses outcome. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch), Zugriff am 04.08.2010).
- Rogler G. (2010). Das ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. In: Schweizerische Ärztezeitung 91. Jg., Heft 9, S. 370–374.
- Santos-Eggimann B. (2005). Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch); Zugriff am 04.08.2010).
- Sommer J. H. (2007). Die implizite Rationierung bleibt notwendig. Zum Konzept des „muddling through elegantly“. In: Zimmermann-Acklin M., Halter H. (Hrsg.). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH-Verlag, S. 279–289.
- Strehl D., Freyer D., Borchers K., Neumann A., Wasem J., Krukemeyer M. G., Marckmann G. (2009). Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 14. Jg., Heft 1, 38–43.
- Truog R. D., Brock D., Cook D. J., Danis M., Luce J. M., Rubenfeld G. D., Levy M. M. (2006). Rationing in the intensive care unit. In: Critical Care Medicine 34. Jg., Heft 4, 958–963.
- Ubel P., Goold S. (1998). Rationing Health Care. Not all Definitions are Created Equal. In: Archives of Internal Medicine 158. Jg., Heft 3, 209–214.
- Wandeler E. (2009). DRG: Sind die an allem schuld? In: Krankenpflege 102. Jg., Heft 4, 19–21.
- Ward N. S., Levy M. M. (2007). Rationing and critical care medicine. In: Critical Care Medicine 35. Jg., Heft 2 (Suppl.), S102–S105.
- Wild V., Pfister E., Biller-Andorno N. (Hrsg.) (2011). DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Basel: EMH-Verlag.
- Wettreck R. (2001). „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster: Lit.

#### Der Herausgeber:

Settimio Monteverde, lic. theol., MAE, dipl. Pflegefachmann FA Anästhesie, leitete die Fachstelle Ethik im Seminar am Bethesda in Basel (bis Herbst 2011). Er ist Dozent an der Berner Fachhochschule im Fachbereich Gesundheit (seit Herbst 2011) sowie Lehrbeauftragter für Pflege- und Gesundheitsethik an diversen Bildungseinrichtungen im deutschsprachigen Raum. Nach dem Studium der Theologie an der Universität Basel und der Pflegeausbildung war er 12 Jahre als Pflegefachmann in der Medizin, Chirurgie und Anästhesie tätig sowie im Hospiz im Park (Arlesheim CH) im Bereich Seelsorge und Kommunikation. An der Universität Zürich erlangte er den Master of Advanced Studies in Applied Ethics. Von 2003 bis 2011 war er Mitglied der Ethikkommission beider Basel. In der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vertritt er den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

#### Folgende Institutionen haben die herausgeberische Arbeit unterstützt:

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- BethesdaBildung AG/Seminar am Bethesda

Settimio Monteverde (Hrsg.)

# Handbuch Pflegeethik

Ethisch denken und handeln in den  
Praxisfeldern der Pflege

Mit Geleitworten von Silvia Käppeli  
und Verena Tschudin

Verlag W. Kohlhammer