

Den Mangel in der Pflege gestalten

Eine Orientierungshilfe für ethisch fundierte Entscheidungen bei der Annahme von Versorgungsanfragen

Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e. V.



ERZBISTUM
PADERBORN

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung	3
2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	9
3 Ethische Orientierung	10
3.1 Grundlegung	10
3.2 Entscheidungskriterien	12
3.2.1 Unzulässige Kriterien	13
1. Aussicht auf gesundheitliche Verbesserung	13
2. Wiedererlangung von Autonomie und Selbstständigkeit	13
3.2.2 Zulässige Kriterien	14
1. Grad der Pflegebedürftigkeit	14
2. Beschaffenheit des sozialen Umfelds der/des Pflegebedürftigen	15
3. Verlässlichkeit/Vertrauenswürdigkeit	16
4. Wirtschaftlichkeit und Effizienz	16
3.2.3 Umstrittene Kriterien	17
1. Konfessionelle Zugehörigkeit	17
2. Individuelles/Persönliches Verdienst	18
3. Angehörigen- und Zugehörigen-Verhältnis zu Mitarbeitenden	19
3.3 Entscheidungsprozesse	20
Veröffentlichungen des Diözesanen Ethikrates	22
Mitglieder des Diözesanen Ethikrates	23
Übersicht: Wer ist vorrangig zu versorgen?	24

IMPRESSUM

Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Am Stadelhof 15
33098 Paderborn

Telefon 05251 209-0
Telefax 05251 209-202

ethikrat@caritas-paderborn.de
www.caritas-paderborn.de

VERANTWORTLICH

Thomas Becker
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Josef Lüttig
Diözesan-Caritasdirektor

GESTALTUNG, HERSTELLUNG
Mues + Schrewe GmbH, www.mues-schrewe.de

Paderborn, Stand Dezember 2021, 1. Auflage

Der Personalmangel in der Pflege, vielfach auch als Pflegenotstand bezeichnet, bringt Einrichtungen immer wieder in die schwierige Lage, Pflegeanfragen absagen zu müssen. Ein verantwortlicher Umgang mit dieser für alle Betroffenen belastenden Situation verlangt nicht nur ein entschlossenes politisches Handeln, das die Rahmenbedingungen für die Erbringung von Pflegeleistungen auf der Systemebene insgesamt verbessert und damit die Ursachen der bestehenden Mängel sukzessive beseitigt. Es bedarf auch innerhalb der Einrichtungen und Dienste einer ethischen Reflexion, die die Abläufe und kriteriellen Grundlagen der alltäglich zu treffenden Entscheidungen kritisch in den Blick nimmt und auf ihre Angemessenheit befragt. Die vorliegende Orientierungshilfe des Diözesanen Ethikrates richtet sich vor allem an die Leitungen und Mitarbeitenden in der ambulanten und stationären Alten- und Krankenpflege. Der Beitrag will eine Hilfe sein, um den Herausforderungen angemessener begegnen zu können und die Verantwortlichen zu unterstützen, ethisch begründete und persönlich tragbare Entscheidungen zu fällen. Ziel soll es sein, angesichts der durch die Ressourcenknappheit erzeugten Zwangssituation klare Kriterien für Priorisierungsentscheidungen zu benennen, um so die Handlungssicherheit zu erhöhen, die Entscheidungsverfahren transparenter zu gestalten und damit die Routinen der Entscheidungsfindung insgesamt zu verbessern.

1 EINLEITUNG

Seit einigen Jahren zeichnet sich deutschlandweit ein zunehmender Mangel an Pflegepersonen ab. Wie Ende der 1980er-Jahre ist auch heute von einem „Pflegenotstand“ zu sprechen. Die Anzahl der offenen bzw. zukünftig zu besetzenden Stellen von rund 10 000 im Jahr 2016/2017 stieg laut den aktuellen Zahlen aus dem Jahr 2019 der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW auf nunmehr 23 763. Damit hat sich der Mangel an Pflegekräften mehr als verdoppelt.¹ Ursächlich hierfür sind demogra-

1 Vgl. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019, S. 84 ff.; Stand 10.11.2021.

fische Entwicklungen mit einer deutlichen Zunahme pflegebedürftiger Menschen, verbunden mit einer Verbesserung des Leistungsanspruchs der Versicherten. *Waren 2017 laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes bundesweit ca. 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig, so waren es 2019 schon 4,1 Millionen Menschen – eine Steigerung von ca. 19 Prozent.* Für NRW weist die aktuelle Pflegestatistik insgesamt 964 987 pflegebedürftige Personen aus. Davon wurden 82,5 Prozent (795 652 Pflegebedürftige) zu Hause versorgt, hiervon 225 506 mit Unterstützung von ambulanten Diensten. 169 128 Personen wurden als Pflegebedürftige in stationären Heimen versorgt.² Diese deutliche Erhöhung ist zu einem großen Teil auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zurückzuführen, der 2017 eingeführt wurde und die Gruppe der Leistungsberechtigten erheblich vergrößert hat.

Gesellschaftliche Entwicklungen forcieren den Bedarf, da zwar nach wie vor die Pflege zu Hause in mehr als 50 Prozent der Fälle von den Angehörigen allein geleistet wird, aber zunehmend pflegebedürftige Menschen nicht mehr auf ein familiäres Netzwerk vor Ort zurückgreifen können.³ Dies führt zu einem deutlich steigenden Bedarf an Pflegepersonen. Die Situation auf dem Pflegefachkräftemarkt hat sich massiv verschärft. Einrichtungen ringen darum, ausreichend Pflegepersonal einstellen zu können, um zukunftssicher zu agieren und die Versorgung zu realisieren.

Im Krankenhausbereich führen Fallzahlsteigerungen, verbunden mit Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie den seit 2019 verbindlichen Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen, zu

² Vgl. Information und Technik Nordrhein-Westfalen, IT.NRW 2021. <https://www.it.nrw/statistik/gesellschaft-und-staat/gesundheit/pflege>. Zuletzt abgerufen am 16.11.2021.

³ Vgl. Pflegestatistik Stichtag 15.12.2020: Von 3,31 Millionen zu Hause versorgten Patienten wurden 2,1 Millionen ausschließlich von Angehörigen betreut. Etwa 982 600 Personen nahmen für die Pflege in den eigenen vier Wänden Hilfe durch ambulante Pflegedienste in Anspruch. Ende 2015 waren es 690 000. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>. Zuletzt abgerufen am 18.11.2021.

einem erheblichen Mehrbedarf an Pflegepersonen. Aktive Abwerberverfahren und Leiharbeit in der Pflege verschärfen die Situation.

Die bisherige Strategie, den eklatanten Personalmangel durch Optimierung der Arbeits- oder Pflegeprozesse zu kompensieren oder wenigstens zu mildern, ist kaum noch Erfolg versprechend, sondern führt vielfach zu einer nicht mehr vertretbaren Arbeitsverdichtung.

Sowohl der Gesetzgeber als auch die Träger von Einrichtungen und Diensten unternehmen deutliche Anstrengungen, dem Bedarf an Pflegepersonen Rechnung zu tragen. So wurden die Ausbildungskapazitäten in NRW seit 2011 in der Altenpflege nach Einführung der Ausbildungumlage überproportional erhöht: Gab es 11 000 landesgeförderte Ausbildungsplätze im Jahr 2011, so waren es 2015 schon 17 500 und 2017 18 900. In der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung ist eine Steigerung erst seit 2018 zu verzeichnen, da bis zu diesem Zeitpunkt eine Kapazitätserhöhung aufwendigen Planungsverfahren unterlag. Hier stehen ebenfalls ca. 18 000 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Jahr 2019 haben sich etwa 14 000 Pflegeauszubildende für die Pflege (aufgeteilt auf den Krankenhaus- und Altenhilfebereich) entschieden. In der im Jahr 2020 neu gestarteten generalistischen Pflegeausbildung haben sich, trotz der herausfordernden pandemischen Lage, ca. 14 500 Auszubildende für den Pflegeberuf entschieden. Es wird sich zeigen, ob dieses hohe Niveau zukünftig gehalten werden kann.

Gleichzeitig haben sich Politik und Träger bemüht, ausländische Pflegepersonen anzuwerben.⁴ Die Akquise wurde ergänzt durch Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflegearbeit, um die relativ kurze Berufsverweildauer zu verlängern.

⁴ Vgl. Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn: Empfehlung – Anwerbung von ausländischen Pflegefachkräften für den Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe, Paderborn 2018.

So ermöglichte der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz, dass jede Vollzeitstelle im Krankenhaus, die ab 2019 zusätzlich geschaffen wird, auch voll refinanziert wird. In der stationären Altenhilfe hat jede Einrichtung Anspruch auf Refinanzierung einer zusätzlichen Vollzeitstelle. Die ambulanten Pflegedienste sind jedoch im Gesetz nicht bedacht und somit von diesen Verbesserungen ausgeschlossen.

Allerdings können auch die Krankenhäuser und die Einrichtungen der stationären Altenhilfe diese Möglichkeit nur ansatzweise ausschöpfen, da einerseits keine Pflegepersonen auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind und andererseits bürokratische Hürden dies erschweren. So sind in NRW im Bereich der Altenhilfe bis Ende 2019 von den möglichen 2800 Pflegekräften nur etwa 250 Vollzeitstellen genehmigt worden!

Sowohl im stationären Akut- und Langzeitbereich als auch in der ambulanten Pflege sind aufgrund dieser Entwicklungen personelle Engpässe entstanden, die Entscheidungen verlangen, in welchen Situationen die Pflege unverzichtbar geleistet werden muss, wann ergänzende Unterstützungssysteme genutzt oder gar Absagen erteilt bzw. Bettensperrungen vorgenommen werden müssen.

Krankenhäuser reagieren bei unzureichender Personalausstattung, indem sie planbare Behandlungen terminlich verschieben, bei Nichterfüllung der Personalkapazitäten Stationen vorübergehend schließen und sich in der Notfallversorgung bei den Rettungsleitstellen wegen Überlastung abmelden. Es müssen hier überwiegend keine Face-to-Face-Absagen gegenüber konkreten Personen erfolgen.

In der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege stellt sich die Situation anders dar. Hier ist immer einer konkret nachfragenden Person eine Absage zu erteilen, wenn die Personalsituation die Auf- oder Annahme eines weiteren pflegebedürftigen Menschen nicht zulässt. Überwiegend liegt die Verantwortung für die Entscheidung bei der Leitung der Einrichtung bzw. des Pflegedienstes. Mehr als 40 Prozent der ambulanten Pflegedienste gaben 2019 an, Pflegeanfragen ablehnen zu müssen.⁵

Verantwortliche benennen sehr deutlich, dass diese Entscheidungen immer eine Herausforderung und häufig eine psychische Belastung für sie darstellen. Während in der stationären Altenhilfe eine Begrenzung der Aufnahmemöglichkeiten mit der Verfügbarkeit von zu belegenden Pflegeplätzen in direktem Zusammenhang steht, gibt es im ambulanten Pflegedienst zunächst keine auch von außen erkennbare klare Begrenzung der Kapazität pflegerischer Leistung. Auch der Pflegegrad gibt erst einmal keine Auskunft darüber, in welchem Umfang pflegerische Versorgung tatsächlich gewünscht oder notwendig ist.

Die schwierige Situation führt oft zu Versuchen, die Probleme auf der individuellen Ebene durch bestimmte Strategien wie z. B. eine implizite Rationierung zu lösen. Das Verkürzen oder Weglassen von Tätigkeiten aufgrund von Zeitmangel kann über einen längeren Zeitraum jedoch zur Unzufriedenheit sowie zu emotionaler Erschöpfung führen. Am häufigs-

⁵ Im Zeitraum zwischen 2017 und 2019 sind in NRW 138 neue ambulante Pflegedienste registriert worden, zusätzlich haben 136 neue teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren Betrieb aufgenommen. Damit sind in einer Zeitspanne von nur zwei Jahren rund 270 neue Anbieter auf dem pflegerischen Markt zu beobachten. Der damit verbundene steigende Personalbedarf insgesamt zeigt sich auch im Anstieg der Beschäftigtenzahlen in den jeweiligen Sektoren. So gaben rund 43 Prozent der antwortenden Dienste an, dass Anfragen von Klientinnen und Klienten aufgrund der begrenzten Personalressourcen abgelehnt werden mussten. Zugleich wurde die Aussage, dass die Nachfrage an ambulanten Pflegeleistungen durch die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II gestiegen ist, von 72,4 Prozent als voll bzw. eher zutreffend angegeben. Knapp 40 Prozent der antwortenden ambulanten Dienste sehen es als voll zutreffend an, dass das Wachstum ihres Betriebes aufgrund des Mangels an verfügbaren Pflegepersonen gehemmt ist.

ten sind administrative Tätigkeiten wie Pflegeplanungen oder auch Zuwendung, Patientengespräche oder Beratung und Edukation von impliziter Rationierung betroffen (vgl. RN4Cast-Studie).⁶ Der Aspekt der impliziten Rationierung kann darüber hinaus auf längere Sicht sogar zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf führen.

Gerade im ambulanten Bereich sind Leitungsverantwortliche daher häufig gefordert, eine Priorisierung vorzunehmen: Es ist abzuwägen und zu entscheiden, ob eine Nachfrage ganz, in Teilen oder gar nicht befriedigt werden kann. Es fragt sich, ob die erforderliche Qualität der Versorgung sichergestellt, ob eventuell eine Überforderung der Mitarbeitenden bei Annahme einer zusätzlichen Pflege gegeben ist, aber auch, ob eine hohe zeitliche Bindung der Mitarbeitenden durch lange Wegstrecken angemessen ist. Vor allem die Überforderungen führen zum Ausscheiden aus dem Beruf.

Die Prognosen für die Zukunft zeigen deutlich, dass die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und so die notwendigen Entscheidungen der Erfüll- oder Nichterfüllbarkeit pflegerischer Nachfrage bleiben.

⁶ Vgl. Ergebnisse der RN4Cast-Studie: „Im Schnitt wurden 4,7 von 13 Pflögetätigkeiten rationiert. Die Spannweite der rationierten Tätigkeiten liegt zwischen 82 % bei ‚Zeit und Zuwendung für Patientengespräche‘ und 15 % bei ‚Behandlungen und Prozeduren‘. Die Regressionsanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und Bereichen der Arbeitsumgebung mit der Durchführung bzw. Nicht-Durchführung von Pflögetätigkeiten. Ebenso wurden signifikante Zusammenhänge hinsichtlich schlechter Führungsqualität, inadäquater Organisation und Einteilung der Pflögearbeit sowie, hoher emotionaler Erschöpfung mit Rationierungen gemessen.“ Zuletzt abgerufen am 02.07.2020: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1364016>

2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Die Leistungen der ambulanten und stationären Pflege werden gesetzlich vor allem durch die Pflegeversicherung (SGB XI), zu einem geringeren Teil auch durch die Krankenversicherung (SGB V) geregelt. Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde eine neue Komponente der Sozialversicherung geschaffen, die das Ziel verfolgte, erstmals im Bereich einer Sozialgesetzgebung in Deutschland eine **Orientierung an Marktgesetzen** zu verwirklichen: Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten sind in diesem Sinne dann „Kundinnen und Kunden“, die unter verschiedenen privaten und wohlfahrtsverbandlichen Anbietern sowie Art und Umfang der Leistung auswählen können. Diese Marktorientierung prägt nicht nur die individuelle Erwartungshaltung der Versicherten; sie trägt auch strukturell dazu bei, die Leistungsanbieter unter wirtschaftlichen Druck zu setzen und ein möglichst effizientes Versorgungssystem aufzubauen.

Der Pflege„markt“ wird aktuell bestimmt durch eine – regional unterschiedliche – Knappheit aufseiten der Angebote: Sowohl im Bereich der stationären als auch in der ambulanten Pflege übersteigt die Nachfrage – der dringende Bedarf nach Pflege – die vorhandenen Ressourcen. Viele Leitungen und Mitarbeitende der Caritas fühlen sich aufgrund ihres Auftrags besonders verpflichtet zur unverzüglichen und umfassenden Hilfe. Diese Grundhaltung wird verstärkt durch die Wahrnehmung, dass nicht selten mit komplexen Schwierigkeiten verbundene oder wirtschaftlich unattraktive Anfragen von anderen, in der Regel privaten Anbietern abgelehnt werden. Die Situation hat sich noch dadurch verschärft, dass sich das Verständnis der „Pflegebedürftigkeit“ (vgl. § 14 SGB XI) immer weiter ausgedehnt hat. Seit April 2017 werden die Leistungen gemäß fünf verschiedenen, nach einem Punktesystem ermittelten „Pflegegraden“ gewährt, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen in sechs wichtigen Bereichen der alltäglichen Lebensführung berücksichtigen. Obwohl die Einstufung der Versicherten über das etablierte Begutachtungssystem versucht, auch besondere individuelle Bedarfskonstellationen zu berück-

sichtigen (vgl. § 15 [4]), kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass Pflegekräfte neu eintretende Situationen erkennen und auf diese Veränderungen flexibel reagieren müssen, was nicht selten unvorhergesehene Mehrarbeiten erfordert.

3 ETHISCHE ORIENTIERUNG

3.1 Grundlegung

Eine ethische Analyse der bestehenden Versorgungsprobleme in der ambulanten und stationären Alten- und Krankenpflege hat drei unterschiedliche Ebenen zu berücksichtigen:

Erstens die *Makroebene*, die die vom Gesetzgeber geschaffene sozialrechtliche Rahmenordnung für dieses Handlungsfeld betrifft. Hier sind die übergeordneten Fragen der Versorgungssicherheit, der Finanzierungsgrundlagen, des Tarifrechts, des Bürokratieabbaus etc. angesiedelt.

Zweitens die *Mesoebene* der Träger von Pflegeeinrichtungen und -diensten: Hier sind z. B. Fragen der Effektivität und Effizienz von Arbeitsabläufen, der Sicherstellung des Versorgungsauftrags, der Personalverantwortung und Personalführung sowie der Digitalisierung und der Einhaltung des Datenschutzes angesiedelt.

Drittens die *Mikroebene* der einzelnen Dienste und Einrichtungen mit ihren individuellen Akteuren in Gestalt von Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften, die tagtäglich unter den Bedingungen einer Rahmenordnung arbeiten müssen, welche weder sie selbst noch die Träger ihrer Einrichtung verändern können.

Die vorliegende Orientierungshilfe konzentriert sich auf die Mikroebene und hier vor allem auf die konkreten Entscheidungssituationen, die in der

Regel von der Leitung bewältigt werden müssen, und zwar häufig unter dem hohen Druck der Notsituation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen einerseits und dem zeitlichen Druck aufseiten der Pflegepersonen andererseits.

Besonders drängend ist die Entscheidungssituation vor allem in der *ambulant* Pflege. Hier ist die Ressourcenknappheit oft für die um Hilfe Anfragenden nicht direkt sichtbar. Demgegenüber ist das Hilfeangebot in den *stationären* Einrichtungen durch die vorgegebene Bettenkapazität sowie durch das vorhandene Personal eindeutig begrenzt. Aber hier wie dort fragen Leitungen und Mitarbeitende: Welche Kriterien können aus ethischer Sicht herangezogen werden, um bei der Entscheidungsfindung zu helfen? Und gibt es Möglichkeiten, das Entscheidungsverfahren – auch zugunsten der psychischen Entlastung der Entscheidenden – zu verbessern?

Um diese Fragen zu beantworten und oftmals unter großem Zeitdruck richtige Entscheidungen treffen zu können, reicht es nicht aus, einfach an die bekannten normativen Leitbegriffe der medizinischen Ethik zu erinnern:

Das *Patientenwohl* ist als ethischer Maßstab für die Akteure durchaus intuitiv plausibel, jedoch als Begriff nicht eindeutig definiert.⁷ Und die vier mittleren Prinzipien der Medizinethik⁸ – Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge, Gerechtigkeit – sind zwar unverzichtbare Optionen, bedürfen aber sowohl der näheren Bestimmung als auch einer eindeutigen Gewichtung, um konkrete Priorisierungsfragen beantworten und Verteilungskonflikte lösen zu können.

7 Vgl. Deutscher Ethikrat: Patientenwohl, Berlin 2016, hier: S. 37.

8 Vgl. Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 7. Aufl. 2013.

Daher sollen im Folgenden zwei Perspektiven näher reflektiert werden: zum einen die Frage nach überzeugenden inhaltlichen *Kriterien für Priorisierungsentscheidungen*. Hierbei geht es um geeignete Maßstäbe bei der Entscheidung, ob ein Versorgungsauftrag anzunehmen oder abzulehnen ist. Und zum anderen sind geeignete *Prozesse und Verfahren* zu skizzieren, mit deren Hilfe konkrete Entscheidungen auf transparente Weise herbeigeführt werden können. Die ethische Frage lautet hier: Wie können die (Entscheidungs-)Verfahren und Prozesse so geordnet werden, dass sie von allen Beteiligten als transparent und fair erlebt werden und daher auf Verständnis und Akzeptanz stoßen?

3.2 Entscheidungskriterien

Bei der Suche nach Kriterien für die Orientierung im Entscheidungsprozess muss die aktuelle Auslastung des Teams oder der Einrichtung im Blick behalten werden. Die eigenen Mitarbeitenden nicht zu überfordern, bleibt eine ständige Herausforderung. Deshalb ist es geboten, die Auslastung der Einrichtungen auf ein „normales Maß“ zurückzuführen, um mit angemesseneren Kapazitäten die angefragten Dienste erfüllen zu können und nicht etwa zu übereilten Rationierungsmaßnahmen genötigt zu werden.

Sollen Entscheidungen zur Übernahme von Pflegeanfragen in angemessener Form erfolgen, dann bedarf es überzeugender Abwägungen darüber, wer vorrangig zu versorgen ist. Solche Priorisierungen, deren Notwendigkeit vor allem aus dem politischen Ökonomisierungsdruck auf das Pflegesystem insgesamt resultiert, verlangen nicht nur transparente Entscheidungsprozesse auf der Grundlage klarer Kriterien, sondern auch konsistente Umsetzungen und rationale Begründungen,⁹ um sowohl bei

⁹ Vgl. Souchon, R. (2008): Rationierung medizinischer Mittel bei alten Patienten, S. 281-301, in: Gethmann-Siefert, A./Thiele, F. (Hrsg.): Ökonomie und Medizinethik, München 2008.
Vgl. auch: Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, (Langfassung) September 2007.

den Pflegekräften selbst als auch bei den von den Entscheidungen Betroffenen auf Verständnis und Akzeptanz zu stoßen. Im Blick auf die Kriterien muss deutlich werden, welche Kriterien **unzulässig, zulässig** und welche **umstritten** sind.

3.2.1 Unzulässige Kriterien

Zwei **unzulässige** Kriterien ergeben sich bereits aus dem besonderen Charakter der ambulanten und stationären (Alten-)Pflege und ihrem immanen Auftrag:¹⁰

1. Aussicht auf gesundheitliche Verbesserung:

Das Ziel der Pflege besteht nicht in der Heilung, sondern in der Befriedigung elementarer Bedürfnisse, die auch dann geboten ist, wenn sich die gesundheitliche Situation der oder des Pflegebedürftigen alters- oder krankheitsbedingt nicht mehr verbessern kann, sondern sich vorhersehbar kontinuierlich verschlechtert. Darin unterscheidet sich die Pflege von der Medizin, die im Fall kurativer Bemühungen idealtypischerweise auf die vollständige Genesung der Patientin oder des Patienten oder wenigstens auf die Leidenslinderung ausgerichtet ist. Die Pflege setzt auch und gerade dort ein, wo keine Heilung (mehr) möglich ist. Das bedeutet: Eine höhere *Erfolgswahrscheinlichkeit* pflegerischen Handelns im Sinne von Gesundheit kann kein Entscheidungskriterium für eine Pflegeannahme sein.

2. Wiedererlangung von Autonomie und Selbstständigkeit:

Pflege ist *Sorge am anderen, für den anderen und anstelle des anderen* – sie ist ein „stellvertretendes Tun“. Die Pflegeperson übernimmt lebensnotwendige Tätigkeiten, die oder der zu Pflegenden nicht oder nicht mehr selbst

¹⁰ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch – Lehrbuch der Ethik in der Medizin, Stuttgart, 2., überarb. Aufl. 2017, S. 275-294. Anm.: Bei der Formulierung von Kriterien in der Pflege kann der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) eine wertvolle Hilfe sein. Zuletzt abgerufen am 02.07.2020: <https://www.dbfk.de/de/shop/artikel/ICN-Ethikkodex-fuer-Pflegende.php>

leisten kann. Das bedeutet: Auch das Wiedererlangen persönlicher *Autonomie und Selbstständigkeit* kann kein Kriterium für eine Pflegeannahme sein.

Weitere moralisch **unzulässige** Kriterien ergeben sich aus dem Verbot von *Diskriminierungen*, bei denen es sich um willkürliche Bevorzugungen handelt, die teilweise sogar rechtswidrig sind, weil sie Grundrechte verletzen. Grundsätzlich unzulässig ist eine Priorisierung aufgrund von Geschlecht, Abstammung, Sprache, Herkunft, ethischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung, politischer Anschauung oder Behinderung.¹¹ Alle diese Merkmale dürfen in einer sachgerechten Entscheidung „ohne Ansehen der Person“ keine Rolle spielen.

3.2.2 Zulässige Kriterien

Bei der konkreten Entscheidungsfindung sollten die folgenden vier Kriterien berücksichtigt werden, die jedoch nicht gleichrangig sind:

1. Grad der Pflegebedürftigkeit:

Die pflegerische und pflegerelevante medizinische Bedürftigkeit ist das erste Kriterium bei der Entscheidung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags. Die Verpflichtung zur Übernahme der Pflege wächst mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit: Je stärker eine Person auf Pflege angewiesen ist, umso notwendiger ist es, diese Pflege sicherzustellen, um gravierende Schädigungen der oder des Betroffenen zu vermeiden. Der Patientin und dem Patienten Sicherheit und Integrität zu vermitteln, ihr bzw. ihm Schutz vor oder Linderung bei Leid und Schmerzen zu bieten, auch da, wo keine Heilung (mehr) möglich ist, sind originäre Aufgaben der Pflege. Allerdings ist angesichts eines Mangels an Pflegepersonen (einerseits sowie dem Ziel, möglichst viele Patientinnen und Patienten versorgen zu können, anderer-

¹¹ Vgl. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art. 3 II und III. Ebenfalls zu beachten sind die Antidiskriminierungsrichtlinie der EU und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, die eine Differenzierung nach Alter und sexueller Orientierung ausschließen.

seits) eine Beschränkung von Pflegeleistungen auf ein notwendiges, qualitätserfüllendes Maß auch dann verantwortbar und gegebenenfalls sogar geboten, wenn eine solche pflegfachlich begründete Einschränkung von Hilfeleistungen im Gegensatz zu den Erwartungen und Ansprüchen von Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen steht.

2. Beschaffenheit des sozialen Umfelds der/des Pflegebedürftigen:

Auch das soziale Umfeld der oder des Pflegebedürftigen ist insofern von kriteriologischer Bedeutung, als es darüber entscheidet, ob und, wenn ja, in welchem Umfang bestimmte pflegerische Leistungen gegebenenfalls auch von anderen Personen (Familienmitglieder, Freundinnen oder Freunde, Nachbarn etc.) übernommen werden können. Je unersetzbarer die professionelle Pflege in Ermangelung eines belastbaren sozialen Umfeldes ist, desto höher ist die Verpflichtung zur Übernahme der Pflege. Zentral ist die *Vermeidung des Zusammenbruchs der häuslichen Versorgung*.

Vorrangig versorgt werden sollten daher Patientinnen und Patienten,

- die allein leben;
- deren mit ihnen lebende Angehörige (in der Regel gleichaltrige Ehepartnerin bzw. gleichaltriger Ehepartner) selbst nur mit (körperlichen oder geistigen) Einschränkungen Pflegeaufgaben übernehmen können oder selbst pflegebedürftig sind;
- denen kein soziales Netzwerk zur Verfügung steht;
- die aufgrund der geografischen Lage ihrer Wohnung kaum eine Chance haben, von einem anderen Pflegedienst versorgt zu werden.

Es ist daran zu erinnern, dass die professionelle Pflege im ambulanten Bereich die familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege und Betreuung *ergänzt oder unterstützt*, aber nicht ersetzt. Manche Pflegeanfragen können nach einer pflegfachlichen Begutachtung auch durch *alternative* Angebote des Trägers zumindest für eine Übergangszeit unterstützt oder ergänzt werden. So ist nicht selten die Anfrage nach (hauptberuflich geleisteter) Pflege mit dem Wunsch nach intensiverem sozialem Kontakt verbunden. Ehrenamtlich getragene Besuchsdienste

durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas-Konferenzen oder im Rahmen von Quartiersarbeit können eine wertvolle zusätzliche Hilfe sein. Allerdings dürfen solche Alternativen nicht zu einer Verlagerung oder Verschleierung des (professionellen) Pflegebedarfs führen.

3. Verlässlichkeit/Vertrauenswürdigkeit:

Da Pflege ein personales Beziehungsgeschehen darstellt, spielen auch die Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit in der Erbringung der Pflegeleistungen eine wichtige Rolle. Aufgrund der dynamischen Entwicklung des alters- oder krankheitsbedingten Pflegebedarfs kommt es immer wieder vor, dass eine Versorgungsanfrage von einer Patientin oder einem Patienten gestellt wird, die bzw. der bereits eine andere notwendige Pflegeleistung in Anspruch nimmt und zusätzlichen Bedarf entwickelt hat. In einer solchen Situation muss die bzw. der Pflegebedürftige darauf vertrauen können, dass eine Verschlechterung ihrer oder seiner gesundheitlichen Situation nicht als Folge der Mehrbelastung zum Abbruch der Pflegebeziehung führt. Solche gewachsenen Beziehungen sind sowohl von rechtlicher¹² als auch von moralischer Bedeutung und müssen sich gerade in Krisensituationen als stabil und verlässlich erweisen.

4. Wirtschaftlichkeit und Effizienz:

Ein viertes Kriterium reflektiert organisatorische Aspekte im Zusammenhang mit einer konkreten Versorgungsanfrage. Diese betreffen einerseits die Fragen der Effizienz der Pflegeeinrichtung und andererseits die (alternativen) wirtschaftlichen Möglichkeiten des Trägers. Gerade unter den Bedingungen knapper personeller Ressourcen ist es wichtig, Arbeitsabläufe effizient und wirtschaftlich zu gestalten. Die Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte z. B. bei der Tourenplanung ist so lange kein Problem, wie die oben genannten Kriterien beachtet werden. Es ist zwischen moralisch ge-

12 Gemäß § 11 (2) SGB XI haben Pflegeeinrichtungen „die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zu pflegen, was eine Anpassung der erforderlichen Leistungen an den jeweils bestehenden Pflegebedarf nahelegt.

botener *Wirtschaftlichkeit*, die einen notwendigen Wert für die Sicherung der Einrichtung unter marktwirtschaftlichen Bedingungen darstellt, und moralisch unzulässiger *Ökonomisierung* zu unterscheiden.¹³ Letztere ist dort gegeben, wo Entscheidungen vorrangig darauf ausgerichtet werden, die finanzielle Gewinnerzielung zu maximieren. Demgegenüber stellt die effiziente Gestaltung von Arbeitsprozessen als notwendiges Implikat der Wirtschaftlichkeit sicher, dass die immanenten, wertgebundenen Ziele der Pflege möglichst gut erreicht werden und ohnehin knappe Ressourcen nicht verschwendet werden.

Generell ist bei der Verwertung der Kriterien zu berücksichtigen, dass die genannten vier Kriterien nicht gleichrangig sind, sondern in einem hierarchischen Verhältnis stehen: Wichtigstes Kriterium ist der Grad der Pflegebedürftigkeit. Je nach sozialem Umfeld können auch bestimmte notwendige Leistungen von Personen des näheren Umfeldes der oder des Pflegebedürftigen übernommen werden. Da Konflikte zwischen den genannten Kriterien möglich sind, ist die jeweilige Ranghöhe der konfliktierenden Kriterien zu beachten. Rein wirtschaftliche Erwägungen dürfen nur bei gleichrangigen Pflegebedarfen eine Rolle spielen.

3.2.3 Umstrittene Kriterien

Neben den bereits genannten weithin unstrittigen Kriterien gibt es noch eine Reihe weiterer Parameter zur Festlegung einer Priorisierung, deren Plausibilität jedoch aus verschiedenen Gründen kontrovers diskutiert wird.

1. Konfessionelle Zugehörigkeit:

Bisweilen werden Pflegeanfragen an Einrichtungen der Caritas damit begründet, dass die oder der Pflegebedürftige katholisch sei und daher einen vorrangigen Anspruch auf Versorgung habe, da die Caritas ja durch

13 Vgl. ZEKO: Stellungnahme „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung“, in: Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), A 1752-1756.

ihre Zugehörigkeit zur katholischen Kirche gekennzeichnet sei. Für diese Annahme spricht auf den ersten Blick nicht nur die generelle – dem traditionellen Gedanken des Ordo Caritatis zugrunde liegende – Einsicht, dass die soziale Nähe moralische Pflichten begründen und modifizieren kann, sondern auch die Forderung des Gesetzgebers, „die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten“¹⁴. Bei näherer Betrachtung übersieht die Annahme, die bzw. der katholische Pflegebedürftige falle automatisch durch ihre bzw. seine Konfessionszugehörigkeit in die Zuständigkeit der katholischen Pflegeeinrichtung, die ihrerseits verpflichtet sei, Katholikinnen und Katholiken bevorzugt zu versorgen, jedoch nicht nur die freiheitliche, marktwirtschaftliche Organisation des Pflegemarktes, sondern auch den Umstand, dass die Pflegeleistungen in der Regel über die allgemeinen Sozialkassen – in Gestalt der allgemeinen Pflegeversicherung – finanziert werden. Nur unter der Voraussetzung, dass auch Eigenmittel (Kirchensteuern) oder Spenden der jeweiligen Religionsgemeinschaft direkt oder indirekt für die Finanzierung der caritativen Pflegeeinrichtungen und -dienste verwendet werden, ließe sich aus der Konfessionszugehörigkeit ein Argument für eine bevorzugte Berücksichtigung ableiten. Da diese Bedingung – anders als bei den konfessionellen Schulen – aber nicht überall erfüllt ist, verbietet sich eine generelle Berücksichtigung dieses Kriteriums.

2. Individuelles/Persönliches Verdienst:

Relativ verbreitet dürfte auch die Vorstellung sein, *besondere individuelle Verdienste* für die katholische Kirche im Allgemeinen und/oder die caritativen Dienste und Einrichtungen im Besonderen sollten bei der Priorisierung von Pflegeleistungen durch ebendiese kirchlichen Dienste und Einrichtungen berücksichtigt werden. Dahinter steht die ebenso alte

wie richtige Einsicht, dass Verteilungen nicht nur bedarfs-, sondern auch leistungsgerecht sein müssen. Wer – z. B. durch langjähriges ehrenamtliches Engagement – mehr für die Bereitstellung, den Erhalt oder die Mehrung eines zu verteilenden Gutes geleistet hat, der hat auch einen berechtigten Anspruch auf einen entsprechend größeren Anteil an diesem Gut. Die Schwierigkeit dieses Kriteriums liegt in seiner Konkretionsbedürftigkeit: Während sich Pflegebedarfe präzise ermitteln und in Graden darstellen lassen, ist das Kriterium des „Verdienstes“ vage und allzu unbestimmt, sodass es anfällig für subjektive Interpretationen oder sogar korruptive Einflüsse ist. Auch ist es in Akutsituationen nur schwer in der Praxis anwendbar, weil die nötigen Informationen über die jeweilige Verdienstlichkeit oftmals nicht vorliegen.

3. Angehörigen- und Zugehörigen-Verhältnis zu Mitarbeitenden:

Von besonderer Brisanz ist die Vorstellung, direkte Angehörige von Mitarbeitenden sollten bei Pflegeanfragen vor allem dann bevorzugt berücksichtigt werden, wenn eine Pflegeperson dadurch weiterhin beruflich (volumfänglich) tätig sein könne. Obwohl tatsächlich alles dafür getan werden sollte, um ein vorzeitiges (durch ganz verschiedene Gründe motiviertes) Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf zu verhindern, dürfte dieses von kurzfristigen Nützlichkeitsabwägungen inspirierte Kriterium auch deswegen zu kurz greifen, weil es leicht als unrechtmäßige Selbstbegünstigung (miss)verstanden werden kann und damit die Gefahr birgt, das Vertrauen in die gesamte Priorisierung zu untergraben. Der Angehörigen- und Zugehörigen-Status sollte daher bei Priorisierungsentscheidungen, wenn überhaupt, dann nur als nachgeordnetes Zusatzkriterium (z. B. bei gleichem Grad der Pflegebedürftigkeit und vergleichbarer Beschaffenheit des sozialen Umfeldes der oder des Pflegebedürftigen) berücksichtigt werden.

3.3 Entscheidungsprozesse

Die Mitarbeitenden, die für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten zuständig sind, sehen sich täglich einem hohen zeitlichen und moralischen Druck ausgesetzt. Unter solchen Umständen ist eine verantwortbare Entscheidung nur schwer zu fällen. Deshalb bedarf es einer entsprechenden Gestaltung oder Organisation des Entscheidungsprozesses. Dazu gehören insbesondere

- ein strukturierter Gesprächsleitfaden (ein Beispiel dazu s. Klappentext) für das Telefonat mit der/dem Hilfebedürftigen und/oder den Angehörigen: Nur auf diese Weise kann eine Analyse gemäß den Kriterien Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld erfolgen, sowie
- eine professionelle Kommunikation mit der/dem Hilfebedürftigen und/oder den Angehörigen bzw. Bezugspersonen: transparent und begründet in Bezug auf die für alle geltenden Kriterien und die damit verbundenen Priorisierungen, dialogisch ausgerichtet in Bezug auf die Problemlösungen und alternativen Handlungsmöglichkeiten.
- in Zweifelsfällen könnten sich auch das Vieraugenprinzip sowie die Durchführung interner ethischer Fallbesprechungen als hilfreich erweisen.

Eine entsprechende Prozessbeschreibung könnte die folgenden Elemente umfassen:

- Vereinbaren eines Gesprächskontakts mit der Patientin bzw. dem Patienten und/oder den Angehörigen: Abklären der Pflegebedürftigkeit und der häuslichen Situation sowie eine umfassende Erstberatung.
- Erarbeiten eines (ersten) Versorgungsauftrags unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit einerseits und der (personellen) Ressourcen des Pflegedienstes andererseits.

- Gegebenenfalls Benennen und Erklären von alternativen Versorgungsmöglichkeiten anderer Einrichtungen und Dienste. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist ein funktionierendes Netzwerk (mit anderen Diensten und Einrichtungen in der Region, idealerweise auch mit den Krankenkassen und Mitbewerbern in der ambulanten Pflege). Auch neue technische (digitale) Möglichkeiten können unter Umständen Entlastungen bieten.

Die hier angestellten Überlegungen verstehen sich als eine Orientierungshilfe für die Praxis. Ihr Ziel ist es, bei den spezifischen Herausforderungen der Pflege in Zeiten eines Pflegepersonenmangels handlungsfähig zu bleiben. Neben der weiteren Debatte zu Fragen geeigneter Kriterien für Priorisierungsentscheidungen hält der Diözesan-Ethikrat regelmäßige Beratungen zur Struktur- und Prozessqualität pflegeethischer Herausforderungen für notwendig, die mit den kurzen Hinweisen zur Verbesserung der Entscheidungsprozesse hier nur angedeutet werden konnten.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES DIÖZESANEN ETHIKRATES

- Empfehlung: Anwerbung von ausländischen Pflegefachkräften für den Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe (Oktober 2018)
- Empfehlung: Das integrative Modell ethischer Fallbesprechung (2. Auflage 2016)
- Empfehlung: Umgang mit Patientenverfügungen (3. Auflage Januar 2016)
- Empfehlung: Umgang mit Vorsorgevollmachten (2. Auflage November 2015)
- Empfehlung: Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz (3. Auflage August 2016)
- Positionierung: Gerechter Lohn für hauptberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen und Diensten (November 2011)

Die Veröffentlichungen sind erhältlich unter:
<https://www.caritas-paderborn.de/fuer-experten/dioezesaner-ethikrat/dioezesaner-ethikrat>

oder beim

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.
 Am Stadelhof 15 | 333098 Paderborn | Deutschland

**MITGLIEDER DES DIÖZESANEN ETHIKRATES IM CARITAS-
VERBAND FÜR DAS ERZBISTUM PADERBORN E. V.****Vorsitzender**

Thomas Becker

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Geschäftsführung

Dr. Johannes Alexander Kudera

Diözesan-Caritasverband Paderborn

Mitglieder

Prof. Dr. Christopher Beermann
 Katholische Hochschule NRW, Münster

Thomas Müller
 Pfarrer, St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Prof. Dr. Franz-Josef Bormann
 Eberhard Karls Universität Tübingen

Dr. Werner Sosna
 Liborianum, Paderborn

Dr. Ulrich Dickmann
 Katholische Akademie Schwerte

Hartwig Trinn
 St. Elisabeth Gruppe GmbH |
 Katholische Kliniken Rhein-Ruhr, Herne

Prof. Dr. Markus Flesch
 Marienkrankenhaus, Soest

Kathrin Waldhoff
 Diözesan-Caritasverband Paderborn

Dr. Klaus Klother
 Kath. St. Paulus Gesellschaft, Dortmund

Karen Mendelin
 Caritas Alten- und Krankenhilfe, Brilon

WER IST VORRANGIG ZU VERSORGEN, WENN UNSERE RESSOURCEN NICHT AUSREICHEN?**Entscheidungskriterien zur Übernahme von Anfragen in der Alten- und Gesundheitshilfe der Caritas****Unzulässige Kriterien**

- Aussicht auf gesundheitliche Verbesserung
- Wiedererlangung von Autonomie und Selbstständigkeit

Umstrittene Kriterien

- Konfessionelle Zugehörigkeit
- Individuelles / Persönliches Verdienst
- Angehörigen- und Zugehörigen-Verhältnis zu Mitarbeitenden

Entscheidungskriterien zur Übernahme von Anfragen in der Alten- und Gesundheitshilfe der Caritas (Fortsetzung)**Zulässige Kriterien**

	Bewertung:	1	2	3	4
<p>■ 1. Der Grad der Pflegebedürftigkeit</p> <p>Unsere Verpflichtung zur Übernahme der Pflege wächst mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit.</p>	Bewertung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>■ 2. Das soziale Umfeld der/des Pflegebedürftigen</p> <p>Folgende Kriterien könnten abgefragt werden:</p> <p>2.1 ob die Patientin / der Patient allein lebt</p> <p>2.2 ob mit ihr/ihm lebende Angehörige (in der Regel gleichaltrige Ehepartnerin / gleichaltriger Ehepartner) selbst nur mit Einschränkungen Pflegeaufgaben übernehmen können</p> <p>2.3 ob ein soziales Netzwerk zur Verfügung steht</p> <p>2.4 ob aufgrund der geografischen Lage der Wohnung kaum eine Chance besteht, von einem anderen Pflegedienst versorgt zu werden</p>	Bewertung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>■ 3. Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Sozialstation</p> <p>Wenn eine Versorgungsanfrage von einer Patientin / einem Patienten gestellt wird, die/der bereits andere Pflegeleistungen in Anspruch nimmt und zusätzlichen Bedarf entwickelt hat, muss sie/er darauf vertrauen können, dass die Verschlechterung ihrer/seiner gesundheitlichen Situation nicht als Folge der Mehrbelastung zum Abbruch der Pflegebeziehung führt.</p>	Bewertung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>■ 4. Wirtschaftlichkeit und Effizienz</p> <p>Gerade unter den Bedingungen knapper personeller Ressourcen ist es wichtig, Arbeitsabläufe effizient und wirtschaftlich zu gestalten. Wirtschaftliche Aspekte z. B. bei der Tourenplanung sind so lange kein Problem, wie die oben genannten Kriterien beachtet werden. (Dabei meint moralisch gebotene Wirtschaftlichkeit jedoch nicht finanzielle Gewinnmaximierung.)</p>	Bewertung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

www.caritas-paderborn.de

Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e. V.

