

Ökonomie und Ethik - geht das zusammen?

Ethische Aspekte der Arbeit im Gesundheitsbereich

Betriebsversammlung Med. Campus, 21.06.2022
Dr.ⁱⁿ Doris Pfabigan



Ökonomie und Ethik sind grundsätzlich keine Gegensätze

- Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte ist notwendig, um einen sinnvollen Einsatz von Ressourcen zu gewährleisten.
- Idealerweise steht die Ökonomie im Dienst der gesundheitlichen Versorgung (Manzeschke 2013):
 - Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten
 - Gesundheitspersonal kann ihre fachlichen und ethischen Standards in diesem Sinne umsetzen
 - Verantwortungsvoller Umgang mit der zentralen (gesellschaftlichen) Ressource Gesundheitspersonal
- Effizienz allein ist kein zureichendes Kriterium für ethisch vertretbare Entscheidungen und Handlungen im Gesundheitsbereich. (Manzeschke 2013)
- **Ethische Kriterien: SACHGEMÄSS UND MENSCHENGERECHT** (Manzeschke 2013)
 - Arbeit am und mit Menschen im Gesundheitsbereich muss als Interaktionsarbeit mit spezifischen Anforderungen verstanden werden

Charakteristika der Arbeit mit und am Menschen als Interaktionsarbeit

- Arbeit mit und am Menschen im Gesundheitswesen findet in einem Spannungsfeld zwischen Formalem und Informellem statt. Beide Seiten müssen in der Interaktion mit dem kranken und pflegebedürftigen bzw. Rat suchenden Menschen verbunden werden. (Pfabigan 2021)
 - Im Rahmen des Formalen ist medizinisches, pflegerisches oder therapeutisches ein Handeln ein Akt, der von Fachlichkeit, Objektivität und Sachlichkeit getragen ist und sich nach institutionalisierten Regeln ausrichtet.
 - Medizinische, pflegerische oder therapeutische Interventionen können ohne Zwischenmenschlichkeit nicht wirksam werden. (Maio 2017)
- **Merkmale von Interaktionsarbeit (Böhle 2018):**
 - Herstellen einer Kooperationsbeziehung (Pat. als Koproduzent, Autonomieansprüche usw.)
 - Gefühls- und Emotionsarbeit (entscheidend für die Qualität der Arbeitsergebnisse)
 - Situatives Arbeitshandeln (insbesondere in der Pflege: Nicht-Planbarkeit der Situation, richtige Einschätzung und Beurteilung der Situation ist wesentlich: „Pflege ist immer so gut, wie sie zu der Situation passt, in der gerade vollzogen wird.“ (Maio 2017, S. 276)

Was dem Sach- und Menschengerechten entgegensteht: Umsetzung von Rationalisierungsbestrebungen nach Vorbild der industriellen Produktion

- Versuch der Verobjektivierung direkter Sorgearbeit bei gleichzeitiger Verknappung der Personalressourcen, bei restriktiven Zeitvorgaben und strikter Arbeitsteilung.
- Vorstellung der Arbeit mit und am Menschen als standardisierte „Produktionsprozesse“, die in immer gleicher und messbarer Qualität durchgeführt werden.
- Seitens der kranken und pflegebedürftigen Menschen wird eine immer gleiche Bedürfnisnatur unterstellt sowie ein zweckrationales Verhältnis zu sich und der eigenen Krankheit und Pflegebedürftigkeit („konsumorientierte KundInnen“).
- Taylorisierung am Beispiel der Pflegearbeit: Unterteilung von Pflege in einzelne Handlungsschritte, die von Pflege- und Betreuungskräften unterschiedlicher Ausbildungswege erledigt werden sollen.
- Besondere Merkmale und Anforderungen der Interaktionsarbeit werden im hohen Maße ignoriert bzw. negiert. (Böhle 2018)
- Bürokratisierung durch Zunahme von Dokumentationsaufgaben
- „Verdeckte Rationierung“ - wird auf die individuelle Ebene „delegiert“

Empirisch nachgewiesene Folgen dieser Vorgehensweise

Rationierung der pflegerischen Kernaufgaben – Gefährdung des Patientenwohls

- Bei nicht ausreichenden Ressourcen werden insbesondere pflegerische Kernaufgaben zugunsten medizinisch-technischer oder therapeutischer Behandlung zuerst weggelassen bzw. eingeschränkt:
 - Emotionale Unterstützung
 - Aktivierende Pflege - Erhalt der Selbständigkeit
 - Soziale Aktivitäten
 - Adäquate Betreuung kognitiv beeinträchtigter Personen (Folge: freiheitsbeschränkende Maßnahmen oder beruhigende Medikamente)

(vgl. Zúñiga et al. 2013)

Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten

- Rationierungen im Falle von Ressourcenknappheit insbesondere bei Zeitmangel hängen nicht alleine von der medizinischen Diagnose ab.
- Mehr Aufmerksamkeit und Achtsamkeit erhalten jene Menschen,
 - deren Angehörige sich einbringen
 - die einen höheren sozialen Status und eine höhere soziale Position mitbringen (Kohlen 2012)
- Studienergebnisse zum Entscheidungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten im Umgang von Mittelknappheit: Bei der Verordnung von kostenintensiven Maßnahmen werden jene Patientinnen und Patienten bevorzugt, die besser informiert sind und es verstehen „Druck“ auszuüben.
 - Weniger informierte Patientinnen und Patienten, die häufig auch noch einer vulnerablen Gruppe angehören werden zusätzlich diskriminiert. (Strech/Marckmann 2012)

Hohe subjektiv empfundenen Belastungen in der Pflege

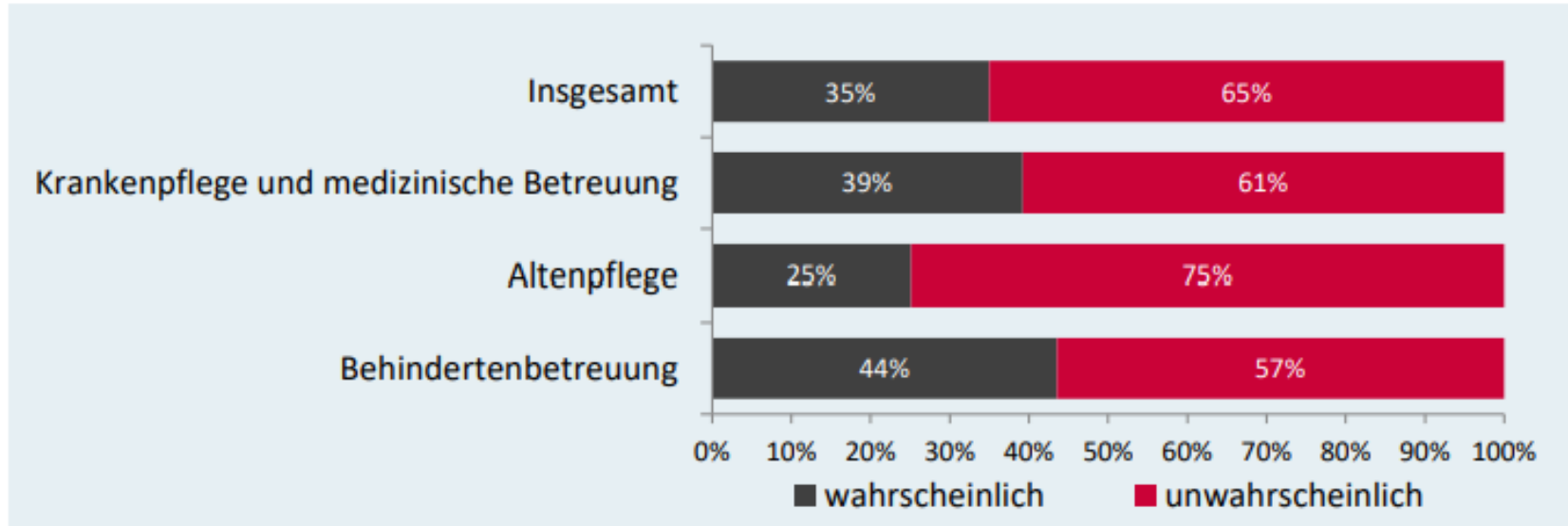
Subjektive Belastungen	Gesundheits- und Krankenpflege	Sonstige Berufe
Zeitdruck	32%	22%
Seelisch belastende Arbeit (Emotionsarbeit)	46%	11%
Wechsel der Arbeitsabläufe	18%	10%
Ständiger Arbeitsdruck (ohne Zeit zum Verschnaufen)	24%	15%
Unfall- und Verletzungsgefahr	14%	11%

(BMSGPK 2021)

Moralischer Stress – ein Phänomen mit weitreichenden Folgen

- Moralischer Stress ist bei allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen anzutreffen, Pflegepersonen und andere in der direkten Betreuung tätigen, empfinden ihn deutlich höher als Ärztinnen und Ärzte. (Schrems 2017)
- „Moralischer Stress entsteht, wenn man weiß, was das moralisch Richtige ist, aber die Umsetzung durch interne und/oder externe Faktoren eingeschränkt ist und dies [...] zu einer Verletzung der persönlichen Kernwerte führt.“ (Campbell et al. 2016 in Schrems 2017, 15)
- **Ursachen für moralischen Stress (Beispielhaft in Kleinknecht et al. 2017)**
 - Ethische Grundprinzipien können nicht mehr verwirklicht werden
 - Der Verantwortung für Mitarbeitende nicht gerecht werden können
 - Hohe Arbeitsverdichtung
 - Interprofessionelle Zusammenarbeit (Therapieentscheidungen, Täuschung, Verlängerung des Sterbens, unzureichende Kommunikation, usw.)
 - Unzureichende Qualifikation in spezifischen Situationen
- **Folgen von moralischem Stress (Beispielhaft in Schrems 2017)**
 - Symptome wie Depressionen, Verlust des Selbstwertgefühls, Alpträume
 - Arbeitsunzufriedenheit
 - Rückzug aus der Patientenversorgung und Misstrauen gegenüber anderen Professionen
 - Burn-out und die Überlegung den Beruf zu verlassen
 - Auswirkung auf die Sicherheit der Dienstleistung (vereinzelt in Studien festgestellt)

Den Beruf nicht bis zur Pension ausüben können (subjektive Einschätzung - Pflegepersonen)



Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Analysezeitraum: 2010–2020

(BMSGPK 2021)

Im Sinne der ethischen Verantwortung: Sach- und Menschengerecht steuern im Gesundheitswesen

Beispiel Pflegeberufe

Weniger Komplikations- und Mortalitätsraten, geringe Burnout-Raten und eine hohe Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals durch: angemessene Stellenbesetzung, gute Zusammenarbeit im Pflorgeteam, mit Ärztinnen und Ärzten sowie eine verlässliche Unterstützung durch das Pflegemanagement (Aiken 2013, 2016)

Längerfristiger Verbleib Beruf durch: Mitsprachemöglichkeiten, Gestaltungsmöglichkeiten, Entwicklungsmöglichkeiten und Arbeitsautonomie (BMSGPK 2021)

Bessere Bewältigung der Arbeitsbelastungen und Wahrung der Würde und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten durch: Berücksichtigung des Interaktionscharakters der Pflege (Böhne 2018, BMSGPK 2021, Hughes/Burch 2019, Pfabigan 2021)

Eine ethische Arbeitsumgebung trägt nachweislich dazu bei, moralischen Stress zu bewältigen (Kleinknecht et al. 2017)

Pflegeorganisationen, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Personals eine wichtige Stellung einräumen, kommen zu besseren Patientenergebnissen, einer höheren Personalbindung und erzielen weniger Fehltage (Boorman 2009).

Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann: Ökonomie, Qualität und Ethik zusammen denken

- Orientierung am Konzept „Magnetkrankenhauses“: eröffnet Motivations-, Bleibe- und Qualitätsperspektiven innerhalb ökonomischer Zwänge (Magnetkräfte sind u. a. Führungsqualität, Managementstil und das interdisziplinäre Beziehungsgeflecht)
- Personenzentrierte Gesundheitsversorgung: Das „Person-Centred Practice Framework“ basiert auf einem normativen Wertesystem und lehnt sich an das Struktur-, Prozess- und Ergebnismodell von Donabedian (1980) an (McCormack/McCance 2006)
- Gestaltung einer ethischen Arbeitsumgebung und moralischen Stress als zentralen Indikator für die Qualität der Arbeitsumgebung aufnehmen (Kleinknecht et al. 2017)
- Gegenseitige Unterstützung der Berufsgruppen in ihren fachlichen Anliegen im Sinne des Wohlergehens der Patienten und Patientinnen
- Starke Berufs- und Interessensvertretungen, die sich im Sinne der Gerechtigkeit für eine sach- und menschengerechte Gestaltung des Gesundheitswesens einsetzen

Literatur

- Aiken, Linda H; Sloane, Douglas M; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter; Consortium, RN4CAST (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies 50/2:143–153
- Aiken, Linda H; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter; Rafferty, Anne; Bruyneel, Luk; McHugh, Matthew; Maier, Claudia; Moreno-Casbas, Teresa; Ball, Jane; Ausserhofer, Dietmar; Sermeus, Walter (2016): Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. Bd. 26
- BMSGPK (2021): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index <https://www.bing.com/newtabredir?url=aHR0cHM6Ly93d3cuc296aWFsbWluaXN0ZXJpdW0uYXQvZGFtL2picjcyM2FiYmYzZS0zZGU5LTRkNjQtYjI2Ni1iZjVmMzg4YjFIYWYvMjEwMjAxX1NPUkEIMjBFbRiXJpY2h0JTlwQXJiZWl0c2JlZGluZ3VuZ2VvTlwaW4lMjBkZXllMjBQZmxlZ2UucGRm&be=1>
- Böhle, Fritz (2018): Interaktionsarbeit – neue Herausforderungen an eine Humane Arbeitsgestaltung. In: Innovation und gute Arbeit (Hg.): Arbeit mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren. Band 1: Gestaltungskonzepte und Forschungsbedarf, Frankfurt/Main, Bund-Verlag: 36–44
- Buchegger-Traxler, Anita (2014). Der Einfluss der Ausbildung auf Zufriedenheit und Berufsverbleib in der Altenarbeit Oberösterreich. SWS-Rundschau, S. 331-343
- Hughes, S.; Burch, S. (2020): 'I'm not just a number on a sheet, I'm a person': Domiciliary care, self and getting olderHealth Soc Care Community. 2020 Mai;28(3):903-912. doi: 10.1111/hsc.12921 Epub 2019 Dezember 12. PMID: 31833154; PMCID: PMC7187425
- Kleinknecht, Michael; Staudacher Diana; Spiring, Rebecca (2017): „Der Patient soll nicht zu schaden kommen“. Moralischer Stress bei Pflegefachpersonen im Akutspital: Erkenntnisse einer Schweizer Studie. In: Eisele, Colombine (Hg): Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Fakultas S. 49-64
- Kohlen, H./Kumbruck, Ch. (2008): Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). artec-paper 151. Bremen: artec – Forschungszentrum Nachhaltigkeit. ISSN 1613-4907
- Manzeschke, A. (2013): Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihre ethischen Grenzen. In: Dengler, Karin/Fangerau, Heiner (Hg.): Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen. Bielefeld: transcript, S. 223–247.
- McCormack, Brendan; McCance, Tanya V. (2006): Development of a framework for person-centred nursing. In: Journal of Advanced Nursing 56/5:472-479
- Maio, Giovanni (2017): Mittelpunkt Mensch – Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer GmbH, Stuttgart
- Pfabigan, Doris; Rappold, Elisabeth, Schrems Berta (2021): Pflegeberufe: vielseitig, interessant und anspruchsvoll. In: Sailer Gerda (Hg.): Pflege im Fokus. Herausforderungen und Perspektiven – warum Applaus alleine nicht reicht. Berlin, Springer: 1-35
- Schrems, B. (2017): Moralischer Stress im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und empirische Erkenntnisse im Überblick. In: Eisele, Colombine (Hg): Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Fakultas S. 11-28
- Strech, D.; Marckmann, G. (2012): Zur Rolle der Kosten-Nutzen-Bewertung in einer gerechten Rationierung. In: Brandenburg, H. Kohlen, H. (Hg.): Gerechtigkeit und solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer.