



Autonomie und Würde unter Bedingungen der Ökonomisierung

Salzburger Pflegekongress
19. Oktober 2018

Dr.ⁱⁿ Doris Pfabigan

Thesen

- Zunehmende Ökonomisierung gefährdet das Wohl pflegebedürftiger Menschen und der Pflegepersonen.
 - Ständige Überforderung des fürsorglichen Ethos kann zu Zynismus, Gleichgültigkeit und Selbstschädigung führen. (vgl. Kumbruck et al. 2010).
 - Gefahr der Missachtung des rechtlichen und moralischen Status mit gravierenden Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden.
 - Vorherrschende Verfahren und Modelle der Qualitätssicherung können diesen Entwicklungen nur im begrenzten Ausmaß etwas entgegensetzen.
-

Pflege ist keine Dienstleistung wie jede andere; PatientInnen sind nicht umstandslos KundInnen

- Leibliche Verletzbarkeit und Angewiesenheit auf die Erfüllung körperlicher Grundbedürfnisse
 - Fundamentale Asymmetrie der Pflegebeziehung
 - Angewiesenheit auf gelungene Beziehungen und Bindungen
-

Verantwortlicher Umgang mit menschlichem Verwiesensein – eine Frage der Gerechtigkeit

- „In diesem Sinne ist jede Gesellschaft aufgefordert, Wege zu finden, um mit der grundlegenden zwischen-menschlichen Abhängigkeit zurechtzukommen und Fürsorgeleistungen so zu erbringen, dass sie mit der Würde der SorgeempfängerInnen vereinbar sind und die Sorgenden nicht ausbeuten.“ (vgl. Nussbaum 2003)
-

Dimensionen von Pflegearbeit im Sinne von „Caring“

- instrumentelle Dimension der Sorgeleistung (z.B. Wundversorgung, Unterstützung bei der Körperpflege, Wissensvermittlung, Anleitung)
- kommunikative Dimension (z.B. anlächeln, zuhören, trösten)
 - symbolische Dimension
 - Anerkennung, Wertschätzung
 - Stützung des Würdegefühls und der Selbstbestimmung

(vgl. Jochimsen 2010)

Würde als unverlierbarer Achtungsanspruch

“Würde ist ein Zustand, eine Eigenschaft oder ein Verhalten, das Wertschätzung und Respekt und damit auch Selbstachtung bewirkt.

Würde in der Pflege bedeutet folglich eine Art der Pflege, die - in welchem Umfeld auch immer - die Selbstachtung der Betroffenen unterschiedslos fördert und unterstützt und nicht schwächt."

(vgl. <http://www.age-platform.eu/en/wellbeing>)

Autonomie als relationaler Begriff

- Die ursprüngliche Wortbedeutung von „frei“ geht auf die indogermanische Wurzel *prāi* zurück: „schützen“, „schonen“, „gern haben“.
 - Freiheit verweist auf Zugehörigkeit und Gemeinschaft und ihre Ausübung wird erst im geschützten Raum möglich wird.
-

Erfahrungen der Fürsorge stärken das Gefühl der Würde

- Wahrnehmung einer verantwortungsvollen, kompetenten Pflege und Betreuung
 - ein ernstnehmender Umgang
 - zwischenmenschliche Anteilnahme, wechselseitiger Austausch, auch von persönlichen Erfahrungen, Freundlichkeit, Humor
 - kleine Mehr-Leistungen und damit nicht nur als „Fall“ wahrgenommen werden. (vgl. Pfabigan 2011, Stewig/Schuchter 2013)
-

Worauf es letztlich ankommt...

- *„Also es ist nicht nur, dass man gerade gewaschen oder gewickelt wird, **wie ein Säugling**, sondern, dass man auch geistige Ansprache hat und geistige Kontakte ...und da sind die Damen und Herren wirklich vorbildlich. Die machen wirklich net nur die Pflicht sondern viel viel mehr.“*

Aussage eines pflegebedürftigen Mannes zur Frage: „Worauf es letztlich ankommt...“

Beruflich-moralisches Selbstverständnis von Pflegenden

- Hohe Verbundenheit mit dem Beruf verknüpft mit berufsethischen Ansprüchen
 - Orientiert an der grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der pflegebedürftigen Personen
 - Pflegende erleben ihre Würde als verflochten mit der Würde der PatientInnen
 - Aus nahen Beziehungen zu gepflegten Menschen erfolgt eine hohe Berufszufriedenheit
 - Nach den eigenen Wert- und Identitätsvorstellungen zu handeln, stiftet „Identitätsnutzen“ (vgl. Lawless 2009; Pfabigan 2011; Stewig/Schuchter 2013; Becker 2016)
-

Was Arbeitsstolz in der Pflege vermittelt

- Hohe Verantwortung zu tragen
 - Das Leben anderer maßgeblich zu beeinflussen
 - Über ein breites Wissen und Können zu verfügen
 - Mit kleinen Dingen manchmal Großes bewirken zu können
 - Einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten
 - Für Menschen in Krisen oder am Ende des Lebens da zu sein... (vgl. Schafenberg 2016)
-

Ökonomisierungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialbereich

Ökonomisierung als Chiffre

- Liberalisierung
 - Marktwirtschaftliche De-Regulierung
 - Betriebswirtschaftliche Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung
 - Zurückdrängen professioneller Standards (z.B. ethische Orientierung)
-

Rationalisierungsbestrebungen nach Vorbild industrieller Produktion

- Industrielle Produktion vereint Ziele der Effizienz und der Lukrativität, der maximalen Produktivität und Rendite.
 - Konsequente Zusammenführung von ökonomischen Handlungslogik und Technisierung.
 - Kennzeichen industrieller Produktion: hoher Grad an Arbeitsteiligkeit, Automatisierung, Standardisierung und ein ständiger Kontroll- und Evaluations-mechanismus zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (vgl. Manzeschke 2010)
-

Verobjektivierung und Standardisierung der Pflegearbeit

- Versuch der Verobjektivierung direkter Sorgearbeit bei gleichzeitiger Verknappung der Personalressourcen, bei restriktiven Zeitvorgaben und strikter Arbeitsteilung.
 - Vorstellung von Pflege als standardisierte „Produktionsprozesse“, die in immer gleicher und messbarer Qualität durchgeführt werden.
 - Seitens der PatientInnen wird eine immer gleiche Bedürfnisnatur unterstellt sowie ein zweckrationales Verhältnis zu sich und der eigenen Pflegebedürftigkeit (konsumorientierte KundInnen).
 - Forderung der Operationalisierung der Sorgeleistungen zum Zwecke der Systemoptimierung.
 - Bürokratisierung durch Zunahme von Dokumentationsaufgaben.
-

Widerständigkeit von Pflegearbeit gegen Ökonomisierungsbestrebungen und Gegenstrategien

- Pflegearbeit lässt sich nicht in dem Maße rationalisieren, wie es in der Güterproduktion der Fall ist.
 - Gegenstrategien
 - Abwertung der Arbeit (z.B. Langzeitarbeitslose in die Langzeitpflege)
 - „subjektiver Taylorismus“: Arbeitsverdichtung und minutengetaktete Vorgaben für Leistungen (vgl. Winkler 2011)
 - Kommunikative Anteile der Pflege gelten als unproduktive Zeit und werden wegrationalisiert. (vgl. Manzeschke 2010)
 - Rationierungsentscheidungen auf die unterste Ebene delegieren
-

Auswirkungen gegenwärtiger Ökonomisierungsbestrebungen

Rationierung der pflegerischen Kernaufgaben

- 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 (vgl. Kohlen 2012)
-

Missachtung des rechtlichen und moralischen Status von Patientinnen und Patienten (1)

- *„Das Schlimme daran war, das ist mein Vorwurf an diese Station, ich war knapp drei Wochen da, die haben mich kein einziges Mal aufgesetzt, mir herausgeholfen oder was auch immer. Ich bin da drei Wochen drinnen gelegen wie ein Stück stinkendes Fleisch.“* (vgl. Pfabigan 2011)
-

Missachtung des rechtlichen und moralischen Status von PatientInnen und Patienten (1)

- *Der hat sein Dings, der muss nach seinem Buch die Zeiten abarbeiten oder irgend etwas und die Unterschrift machen und dann kann er nicht Rücksicht nehmen, ob der grad aufgelegt ist oder nicht. Also das ist schon 100 und 1, da wird keine Rücksicht darauf genommen. Selbstbestimmung geht nicht in einem Heim. (vgl. Pfabigan 2011)*
-

Folgen von Missachtungserfahrungen

Empörung, Trauer, Rückzug, Gefühl der Wertlosigkeit, Verlassenheitsgefühle, Scham, das Gefühl extremer Hilflosigkeit bis hin zum Wunsch zu sterben (vgl. Pfabigan 2011)

Verlust des Identitätsnutzens Pflegender

- „Identitätsnutzen“ entsteht, wenn eine Person gemäß den Normen und Werten handelt, denen sie sich in starker Weise verpflichtet fühlt → Zufriedenheit
 - Verlust des Identitätsnutzens, wenn Pflegende die Erfahrung machen, dass das, was sie als gute Pflege ansehen, seitens der Führungskräfte als überflüssig erachtet wird, weil z.B. ökonomische Erwägungen im Vordergrund stehen.
 - Das Gefühl der Fremdbestimmung, Schuld, Hilflosigkeit (vgl. Kalisch 2006, S. 307).
 - Zynismus, Gleichgültigkeit, Selbstschädigung (vgl. Kumbruck et. al 2010, S.4)
 - Verlust von Rücksichtigen, die das Berufsethos prägen (vgl. Wils/Baumann-Hölzle 2013, S. 200)
-

„Pervertierte Supererogation“ – Arne Manzeschke

- Eine Person tut mehr, als billigerweise von ihr gefordert werden kann.
 - Freiwillige Engagement wird im Rahmen eines effizienten Ressourceneinsatzes mitkalkuliert → MitarbeiterInnen geraten zwischen die Mühlsteine
 - Motivation und Möglichkeiten gehen verloren, sich selbstbestimmt und selbstwirksam einzubringen. (Manzeschke 2013, 235)
-

Ethische Fragwürdigkeiten vorherrschender Qualitätsansätze

- *„ [...] Qualitätsansätze [...] in der Medizin wie auch in der Pflege erheben schon gar nicht mehr den Anspruch einer Veränderung bestehender Bedingungen, sie haben sich (bis auf wenige Ausnahmen) dem ökonomischen Diskurs angeglichen und gebeugt und treten als >Schmiermittel der Ökonomisierung< in Erscheinung.“* (vgl. Friesacher 2012, 68)
 - *„[...] Das Wissen zu den Wirkungen von Qualitätsmanagement und dem damit verbundenen Ressourcenverbrauch [ist] praktisch nicht vorhanden. [...] Ein immer „mehr oder besser desselben“ [führt] in die Sackgasse und Maßnahmen der Qualitätssicherung, die den „vertrauten Rahmen“ nicht überschreiten [, greifen] letztlich an den Menschen vorbei ins Leere.“* (vgl. Brandenburg, 2012, 95)
-

Was ist zu tun?

Selbstbewusst für eine würdeerhaltende Pflege und gegen Ausbeutung eintreten

- Die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen ist eine der zentralen staatlichen Aufgaben:
 - gesellschaftlichen Produktivität
 - Faktor der Zukunftsvorsorge einer humanen Gesellschaft
 - Kompetente Pflege leistet einen wesentlich Beitrag zur Realisierung dieses gesellschaftlichen Auftrags.
 - Gegen Widerstände eigene professionell begründete Interessen durchsetzen – ein wesentliches Charakteristikum von Professionalität.
 - Interessen und Überzeugungen zum Wohle der kranken und pflegebedürftigen Menschen in gesellschaftlich sichtbare Sphären bringen.
-

In welcher Gesellschaft wollen wir miteinander leben?

- Gesetze und Verordnungen müssen den nachgeordneten Stellen ein nachhaltiges, ethisch vertretbares Wirtschaften erlauben.
 - Ethische Grundfrage „wie wollen wir leben?“ muss im Rahmen des Qualitätsmanagements konkret in Strukturen übersetzt werden:
 - Diskussion von Wert- und Zielkonflikten
 - Entwicklung einer Vertrauenskultur
 - Verstärkung der Arbeitsautonomie
 - Transparente Kriterien, die eine Entscheidungsfindung (Rationierung) unterstützen
 - Unterstützung durch Vorgesetzte
-

Sich nicht entmutigen lassen – auch kleine Schritte würdigen

- „Man kann im voraus niemals sicher wissen, ob etwas, das [...] als „geringfügige“ Maßnahme erscheint, nicht einen Prozess in Gang setzt, der zu einer radikalen (ereignishaften) Transformation des gesamten Feldes führt. Es gibt Situationen, in denen eine minimale Reformmaßnahme weitaus weitreichendere Folgen haben kann als selbsternannte „radikale“ Veränderungen.“

(vgl. Žižek 2009)

Literatur

- Becker, K. (2016): Loyale Beschäftigte – ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigtenorientierung in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsanforderungen. In: Pflege&Gesellschaft 21. Jg. 2016 H.2. S. 145-161
 - Brandenburg, H. (2012): Qualitätsindikatoren für die stationäre Altenhilfe – auf dem Weg zur guten Pflege? In: Brandenburg, H.; Kohlen, H. (Hg): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 81-103.
 - Friesacher, H. (2012): Kritik und moralisches Engagement – Überlegungen zur Gerechtigkeitskonzeption in der Pflege. In: Brandenburg, H.; Kohlen, H. (Hg): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 65-81.
 - Jochimsen, Maren (2010): Think asymmetric! Asymmetrie als Ausgangspunkt einer Care Ökonomie. <http://www.gwi-boell.de/de> (12.1.2014)
 - Kalisch, B.J. (2006): Missed Nursing Care. A Qualitative Study. Journal of Nursing Quality 21/4, S. 306-313
 - Kohlen, H./Kumbruck, Ch. (2008): Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). artec-paper 151. Bremen: artec – Forschungszentrum Nachhaltigkeit. ISSN 1613-4907
-

Literatur

- Kumbruck, C. u.a.(2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT
 - Lawless, J. (2009): Dignity in the Work Lives of Clinical Nurses, Masterthesis, Victoria University of Wellington; S. 114
 - Manzeschke, A. (2010):Transformation der Pflege – Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels. In: Susanne Kreutzer (Hg.): »Transformation pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert«. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress, S. 175-193.
 - 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.
 - Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
 - Nussbaum, M. (2003): Langfristige Fürsorge und soziale Gerechtigkeit. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2003, 2, 179 – 198.
-

Literatur

- Pfabigan, D. (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege. Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. Hungen: hpsmedia.
 - Scharfenberg, Elisabeth (2016): Was beschäftigt Pflegekräfte? http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf (5.8.2018)
 - Stewig, F.; Schuchter, P. (2011): Pflege-, Ergebnisqualität. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
 - Wils, J./Baumann-Hölzle, R. (2013): Sinn und Zukunft des Gesundheitswesens. Wege aus der Vertrauenskrise. Ein philosophischer Kommentar in praktischer Absicht. Zürich: Schulthess
 - Winkler, G. (2015): Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld: transcript.
 - Zúñiga, F.; Assenhofer, D.; Seradly, Ch.; Bassal, C.; De Geest, S.; Schwenidimann, R. (2013): Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Universität Basel. <http://nursing.unibas.ch/shurp>
 - Žižek, S. (2009): Die Gewalt der Subtraktion. In: ders.: Auf verlorenem Posten. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 181-226
-