

Inhalt

Beiträge

Einführung99

Michael Simon

Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe,
Ursachen, Perspektiven101

Sabine Metzger, Jörg große Schlarmann, Wilfried Schnepf

Herausforderungen für die Entwicklung evidenzbasierter Pflege-
Interventionen am Beispiel der Konzeption eines Hilfsangebots
für pflegende Kinder und ihre Familien124

*Martin Dichter, Pia von Lützu, Christine Dunger, Iris Hochgraeber,
Gisela Zebe, Johanna Walla, Andreas Büscher*

Die Familiengesundheitspflege und ihre Umsetzung in einer städtischen
und einer ländlichen Region in Deutschland138

Andreas Langer, Peter Schröder, Johannes Eurich, Alexander Brink

Ethische Dilemmasituationen in der Pflege. Eine Analyse aus Perspektive
der Neuen Institutionenökonomik155

Buchrezension

Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im
19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von
Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller
Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik178

Mitgliederinformationen180

Berichte und Meldungen191

Beiträge

Juliane Falk

Einführung

Wir haben uns abweichend von unseren Planungen dazu entschieden, ein Heft mit freien Beiträgen zu publizieren. Unser Anliegen ist es, mit dieser Ausgabe die Warteliste der Artikel ein wenig zu reduzieren. Autoren, deren Manuskripte auch in diesem Heft noch nicht berücksichtigt werden konnten, bitten wir um Nachsicht. Wir werden ihren Beitrag in den kommenden Ausgaben veröffentlichen.

Wartezeiten sollen Sie aber nicht abhalten, Ihr Manuskript bei „Pflege und Gesellschaft“ einzureichen. Die Chance frühzeitiger publiziert zu werden erhöht sich, wenn Sie unsere Vorgaben zum Umfang des Manuskriptes beachten. Der Gesamtumfang sollte 13 Seiten nicht überschreiten. Das sind 40.000 Zeichen einschließlich Fußnoten und Summary, Tabellen und Abbildungen (s. „Autoreninformationen“ Pflege und Gesellschaft: www.juventa.de). Die bisher geplanten Schwerpunktthemen werden wir in den kommenden Ausgaben aufgreifen:

P&G 3/2009 „Pflegestützpunkte/Pflege und Case Management“

P&G 4/2009 „Alter und Multimorbidität“

P&G 1/2010 „Bewertung von Pflege im DRG-Kontext“

P&G 2/2010 „Prävention“

Nun zu den Beiträgen in dieser Ausgabe:

Das erste Manuskript befasst sich mit einem Thema von hoher gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Relevanz, dem „Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven“. Der Beitrag erörtert die Konsequenzen des Personalabbaus für die Qualität der Versorgung der Menschen in den Akutkrankenhäusern. Grundlage der Analyse bilden die Daten der Krankenhausstatistik zwischen 1996 und 2006. Im Rahmen der Analyse arbeitet der Autor drei Ursachen des Stellenabbaus heraus, die Verschärfung der Budgetdeckelung ab 1996, die Einführung des DRG-Systems ab 2003 und eine interne Umverteilung von Ressourcen zu Lasten des Pflegedienstes. Der Autor zeigt auf, dass durch den einschneidenden Personalabbau eine Gefährdung der Patientengesundheit nicht auszuschließen ist. Eine Lösung sind Vorgaben an Mindestanforderungen für die Personalbesetzung, um eine ausreichende Personalbesetzung sicher zu stellen.

Beitrag zwei widmet sich dem Thema „Herausforderungen für die Entwicklung evidenzbasierter Pflege-Interventionen am Beispiel der Konzeption eines Hilfsangebots

für pflegende Kinder und ihre Familien“. Die Pflegewissenschaft steht vor der Herausforderung, evidenzbasierte Interventionen zu entwickeln, die zu einer professionellen Versorgung akut und chronisch kranker oder behinderter Menschen beitragen. Am Beispiel pflegender Kinder und ihrer Familien, die einer multiprofessionellen Unterstützung bedürfen, um schädigenden Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung der Kinder vorzubeugen, entwickeln die Autoren evidenzbasierte Interventionen, die sowohl der Lebenswirklichkeit betroffener Familien Rechnung tragen als auch so gestaltet sind, dass sie wissenschaftlich evaluierbar bleiben. Als Bezugsrahmen dient den Autoren das Utrechter Modell, welches die Nutzung empirischer Daten sowohl aus quantitativer wie aus qualitativer Forschung für die Entwicklung von Pflegeinterventionen zulässt.

Das Autorenteam des dritten Beitrags knüpft an das WHO Konzept der Familiengesundheitspflege an, welches als eine mögliche Antwort auf die vielfältigen Herausforderungen des Gesundheits- und Pflegewesens diskutiert wird, insbesondere der mit dem demografischen Wandel verbundenen steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen bei einer zurückgehenden Anzahl pflegender Angehöriger. Im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Lehrveranstaltung wurde eine Untersuchung zu den Chancen seiner Umsetzung in einer städtischen und einer ländlichen Regionen durchgeführt. Zunächst wurden infrastrukturelle und demographische Daten zur Ausgangslage in den Regionen erhoben sowie problemzentrierte Interviews mit Experten der lokalen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durchgeführt. Auf der Basis des ermittelten Bedarfs entwickeln die Autoren Szenarien einer möglichen Umsetzung des Konzeptes der Familiengesundheitspflege für die jeweiligen Erhebungsorte.

Der letzte Beitrag in diesem Heft rückt das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie – bezogen auf die Altenpflege – in den Blickpunkt. Mit Einführung der Pflegeversicherung fand ein tief greifender Systemwechsel in der Finanzierung der Pflegeleistungen statt, in deren Folge Probleme der Pflege Gegenstand wirtschaftswissenschaftlicher Forschung und ökonomische Analyse geworden sind. Die unreflektierte Übertragung ökonomischer Instrumente auf den Handlungsbereich der Pflege bedeutet aber, so die Autoren, dass der eigentliche Auftrag der Pflege zurückgedrängt wird und nur noch Ausgabenreduzierung und Leistungsbeschränkung im Fokus stehen. Auf dem Hintergrund dieser zunehmenden Ökonomisierung und Institutionalisierung wenden die Autoren einen institutionenökonomischen Erklärungsansatz an. Sie analysieren mit Hilfe von Prinzipal-Agent-Modellen und Vertrauen die institutionalisierten Interaktionen zwischen Arbeitgeber, Pflegeempfänger und Pflegekraft. Durch diese theoretische Herangehensweise werden im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomik institutionelle Pflegeparadoxien herausgearbeitet, zu deren Lösung die Autoren individuelle ethische und institutionenethische Konzepte integriert wissen wollen.

Juliane Falk

Redaktion Pflege und Gesellschaft, Kiesselbachweg 31, 22399 Hamburg
juliane-falk@t-online.de

Michael Simon

Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven

Downsizing in the nursing service of german hospitals: Background, causes, perspectives

This article deals with the downsizing of nursing staff between 1996 and 2006. Based on data of the hospital statistics, the development is analyzed as well as structural changes which have taken place within the last 10-15 years. In the context of the analysis three causes of the downsizing are worked out, the limitations of hospital budgets, the introduction of the german DRG-system, and an internal redistribution of resources at expense of the nursing service. It is argued that minimum requirements to the staff occupation in hospitals are necessary to prevent further downsizing and ensure a sufficient staff occupation durably.

Keywords

hospital, nursing staff, downsizing, german DRG-System, budget limitation

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit dem Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser im Zeitraum zwischen 1996 und 2006. Auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik werden Entwicklung und Umfang des Personalabbaus analysiert sowie strukturelle Veränderungen, die sich in den letzten 10-15 Jahren vollzogen haben. Im Rahmen der Analyse werden drei Ursachen des Stellenabbaus herausgearbeitet, die Verschärfung der Budgetdeckelung ab 1996, die Einführung des DRG-Systems ab 2003 und eine interne Umverteilung von Ressourcen zu Lasten des Pflegedienstes. Es wird abschließend argumentiert, dass die Vorgabe von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung der Krankenhäuser notwendig ist, um einen weiteren Personalabbau zu verhindern und eine ausreichende Personalbesetzung dauerhaft sicher zu stellen.

Schlüsselwörter

Krankenhaus, Pflegepersonal, Personalabbau, DRG-System, Budgetdeckelung

eingereicht 22.09.2008
akzeptiert 29.12.2008

Einleitung

Seit dem Jahr 1996 unterliegt der Pflegedienst der Krankenhäuser einem fortschreitenden Personalabbau, bis 2006 wurde er insgesamt um mehr als 50.000 Vollzeitäquivalente reduziert. Im folgenden Beitrag wird eine Bestandsaufnahme und Analyse des bisherigen Personalabbaus auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik vorgenommen. Es werden die Hintergründe und Ursachen herausgearbeitet und es wird abschließend auf die Frage eingegangen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um eine ausreichende Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu erreichen und dauerhaft sicherzustellen.

Erläuterungen zu Begriffen der Krankenhausstatistik

Der folgende Text verwendet Begriffe der Krankenhausstatistik, die sich nicht aus einem Alltagsverständnis erschließen. Sie sollen darum kurz erläutert werden.

Die Krankenhausstatistik unterscheidet Beschäftigte und Vollkräfte. Die Zahl der Beschäftigten gibt an, wie viele Personen am Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres in den Krankenhäusern beschäftigt waren, unabhängig vom Umfang ihrer Beschäftigung. Die Zahl der Vollkräfte gibt dagegen die durchschnittliche Personalbesetzung während des gesamten Jahres an, umgerechnet auf Stellen mit voller tariflicher Arbeitszeit. Dabei werden auch vorübergehend Beschäftigte im Umfang ihres jeweiligen Arbeitszeitvolumens einbezogen. Die Zahl der Vollkräfte ist von daher die aussagekräftigere Kennzahl zur Entwicklung des insgesamt verfügbaren Arbeitszeitvolumens.

Krankenhäuser werden in ‚allgemeine Krankenhäuser‘ und ‚sonstige Krankenhäuser‘ unterteilt. Als allgemeine Krankenhäuser gelten alle Krankenhäuser, die nicht ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Auf sie entfallen knapp 90% der Krankenhäuser, 96% der Betten und 94% der Vollkräfte in Krankenhäusern insgesamt. Als sonstige Krankenhäuser gelten dementsprechend Krankenhäuser, die ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Beide Gruppen werden unter der Bezeichnung ‚Krankenhäuser‘ in der Statistik zusammengefasst.

1. Aufstockung des Pflegedienstes in der ersten Hälfte der 1990er Jahre

Dem 1996 einsetzenden Personalabbau war eine mehrjährige Phase des Ausbaus vorgegangen, der auf Grundlage zweier staatlicher Regelungen erfolgte, der Pflege-Personalregelung (PPR) und der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Beide Regelungen waren Reaktion auf eine Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre geführte öffentliche Diskussion über einen ‚Pflegetotstand‘ in den Krankenhäusern (vgl. u.a. Alber 1990; Bartholomeyczik 1993; DKG 1990; Mergner 1990). Mit zahlreichen

öffentlichen Aktionen und mehreren Demonstrationen hatten Pflegekräfte und ihre Organisationen der Forderung nach einer Verbesserung der personellen Besetzung Nachdruck verliehen und damit wesentlich dazu beigetragen, dass 1991 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und 1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) in Kraft gesetzt wurde (zu den Inhalten beider Regelungen vgl. Kunze/Kaltenbach 2005; Schöning/Luithlen/Scheinert 1995). Beide Regelungen sollten dazu dienen, eine als dringend erforderlich angesehene Personalaufstockung zu bewirken. In der Psychiatrie sollten aufgrund der Psych-PV von 1991 bis 1995 insgesamt 6.500 zusätzliche Stellen geschaffen werden und die PPR sollte zur Finanzierung von insgesamt 26.000 Stellen bis Ende 1996 beitragen.¹ Da die Regierung davon ausging, dass im Vorgriff auf die PPR im Jahr 1992 bereits 13.000 Stellen geschaffen wurden, verblieben noch 13.000 Stellen für den Zeitraum 1993 bis 1996.

Die Aufstockung erfolgte trotz der 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführten Deckelung der Krankenhausbudgets. Vor dem GSG wurden die Krankenhausbudgets relativ frei zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und den Krankenkassen vereinbart. Mit dem GSG wurde die jährliche Budgeterhöhung einer Obergrenze unterworfen. Seit 1993 gilt der Grundsatz, dass die Krankenhausbudgets nicht stärker steigen dürfen als die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder je Mitglied. Psych-PV und PPR waren ‚Ausnahmeregelungen‘ von der Deckelung. Die aus ihrer Anwendung resultierenden Mehrkosten waren unabhängig von der Budgetobergrenze von den Krankenkassen zu finanzieren.

Im Rahmen der Verschärfung der Budgetdeckelung ab 1996 wurde diese Sonderstellung beseitigt. Die Anwendung der PPR wurde zunächst für das Jahr 1996 ausgesetzt, und 1997 wurde sie vollständig aufgehoben. Die Psych-PV gilt auch heute noch, allerdings ist sie kein Ausnahmetatbestand von der Deckelung mehr. Daraus folgt, dass Personalkostensteigerungen nur bis zur jährlichen Obergrenze von den Krankenkassen finanziert werden. Da die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder seit Jahren nur in sehr geringem Umfang steigen, in den letzten Jahren mehrfach um weniger als ein Prozent, klafft seit längerem eine zunehmend größer werdende Lücke zwischen der Entwicklung der Personalkosten auf der einen Seite und der vorgegebenen Budgetobergrenze auf der anderen. Aufgrund dieser Lücke wird die Psych-PV zwar immer noch angewendet und ist Grundlage der Budgetverhandlungen, die auf ihrer Grundlage ermittelten Stellen werden jedoch in zahlreichen Kliniken nicht in vollem Umfang vorgehalten. Die „Erosion der Psych-PV“ (Kunze/Schmidt-Michel 2007) hat dazu geführt, dass im Jahr 2004 nur ca. 90% der nach Psych-PV erforderlichen Stellen auch tatsächlich besetzt waren (Gebhardt/Schmidt-Michel/Kunze 2007).

¹ Die Zielzahl von 6.500 zusätzlichen Stellen durch die Psych-PV wurde im Vorblatt des Verordnungsentwurfes genannt (vgl. BR-Drs. 666/90 vom 26.09.1990), die Zielzahl von 26.000 zusätzlichen Stellen aufgrund der PPR findet sich in der amtlichen Begründung der PPR (BT-Drs. 12/3608: 71).

2. Personalabbau ab 1996

Im Folgenden soll die Entwicklung des Personalabbaus ab 1996 anhand der Daten der Krankenhausstatistik nachgezeichnet und dabei auch auf einige strukturelle Veränderungen im Pflegedienst eingegangen werden, die an der Krankenhausstatistik ablesbar sind.

2.1 1996 bis 2000:

Verschärfte Budgetdeckelung und pauschale Budgetkürzungen

Die Aussetzung und anschließende Aufhebung der PPR war eingebettet in mehrere gesundheitspolitische Maßnahmen, mit denen die Krankenkassen bei den Krankenhausaufgaben entlastet werden sollten. In erster Linie war dies die Verschärfung der Budgetdeckelung durch Beseitigung vorheriger Ausnahmen von der Deckelung, zu denen auch die PPR und Psych-PV zählten (Simon 2000). Zusätzlich wurden die Budgets der

Tab. 1: Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser

	Krankenhäuser	<i>davon</i>		
	insgesamt	allgemeine Krankenhäuser		sonstige Krankenhäuser
		insgesamt	<i>davon</i> in der Psychiatrie tätig	
1991	326.082	296.518	14.844	29.564
1992	331.301	303.990	16.627	27.311
1993	332.724	306.127	16.787	26.597
1994	342.324	313.359	15.384	28.965
1995	350.571	322.108	17.209	28.463
1996	349.423	322.418	16.825	27.005
1997	341.138	316.253	16.758	24.885
1998	337.716	313.280	16.642	24.436
1999	334.890	311.085	16.590	23.805
2000	332.269	308.139	16.034	24.130
2001	331.472	307.309	15.749	24.163
2002	327.384	299.512	15.869	27.738
2003	320.158	293.020	15.673	26.988
2004	309.510	282.890	15.835	26.460
2005	302.346	278.118	15.766	24.228
2006	299.328	276.269	16.893	22.885
1991-1995				
Anzahl	24.489	25.590	2.365	-1.101
in %	7,5	8,6	15,9	-3,7
1995-2006				
Anzahl	-51.243	-45.839	-316	-5.578
in %	-14,6	-14,2	-1,8	-19,6

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Krankenhäuser in den Jahren 1997, 1998 und 1999 pauschal um 1% gekürzt. Die Auswirkungen dieser gesetzgeberischen Interventionen auf die Personalbesetzung des Pflegedienstes sind an den Daten der Krankenhausstatistik abzulesen.²

Während 1996 in Allgemeinkrankenhäusern insgesamt lediglich 310 Vollkräfte abgebaut wurden, waren es 1997 parallel zu Aufhebung der PPR und pauschalen Kürzung der Krankenhausbudgets bereits 6.125 (Tabelle 1, 2). Bis zum Jahr 2000 wurden im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser einschließlich psychiatrischer Fachabteilungen insgesamt ca. 15.000 Vollzeitstellen abgebaut. Zusammen mit den sonstigen Krankenhäuser waren es insgesamt ca. 18.300 Stellen.

Auffällig ist, dass die Zahl der Beschäftigten deutlich weniger reduziert wurde als die Zahl der Vollkräfte (Tabelle 2, 3). Dies ist dadurch zu erklären, dass der Anteil der Teil-

Tab. 2: Vollkräfte und Beschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser

	Vollkräfte	Beschäftigte	<i>davon</i>			
		insgesamt	Kranken- schwestern/ -pfleger	Kinderkranken- schwestern/- pfleger	Kranken- pflegehelfer/ -innen	Pflegekräfte ohne Ausbildung
1991	296.518	355.193	259.085	39.340	26.876	29.892
1992	303.990	367.923	271.085	39.058	27.708	30.072
1993	306.127	374.651	278.872	39.483	27.265	29.031
1994	313.359	383.330	286.736	40.364	26.949	29.281
1995	322.108	395.470	297.508	40.677	27.371	29.914
1996	322.418	395.733	299.843	41.457	25.435	28.998
1997	316.253	390.800	301.002	40.766	23.329	25.703
1998	313.280	390.001	302.969	40.708	22.169	24.155
1999	311.085	387.074	302.935	40.176	21.116	22.847
2000	308.139	385.126	303.453	39.888	20.063	21.722
2001	307.309	386.789	306.190	40.143	19.640	20.816
2002	299.512	382.899	304.222	40.259	18.790	19.628
2003	293.020	375.170	299.371	39.528	17.932	18.339
2004	282.890	363.678	292.038	38.610	16.368	16.662
2005	278.118	362.804	291.608	38.120	16.017	17.059
2006	276.269	363.529	292.745	37.762	15.807	17.215
1991-1995						
<i>Anzahl</i>	25.590	40.277	38.423	1.337	495	22
<i>in %</i>	8,6	11,3	14,8	3,4	1,8	0,1
1995-2006						
<i>Anzahl</i>	-45.839	-31.941	-4.763	-2.915	-11.564	-12.699
<i>in %</i>	-14,2	-8,1	-1,6	-7,2	-42,2	-42,5

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

² Die nachfolgenden Analysen beziehen sich überwiegend auf allgemeine Krankenhäuser, da die Krankenhausstatistik nur für sie Daten in dem Differenzierungsgrad bietet, der eine tiefer gehende Analyse ermöglicht. Damit werden ca. 94% der Vollkräfte in Krankenhäusern erfasst. Bei den absoluten Zahlen ist jeweils angegeben, ob es sich nur um allgemeine Krankenhäuser handelt oder Krankenhäuser insgesamt.

**Tab. 3: Vollkräfte und Beschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser.
Veränderung gegenüber dem Vorjahr**

	Vollkräfte	Beschäftigte insgesamt	<i>davon</i>			
			Kranken- schwestern/ -pfleger	Kinderkran- kenschwes- tern/-pfleger	Kranken- pflegehelfer/ -innen	Pflegeperso- nen ohne Ausbildung
1992	7.472	12.730	12.000	-282	832	180
1993	2.137	6.728	7.787	425	-443	-1.041
1994	7.232	8.679	7.864	881	-316	250
1995	8.749	12.140	10.772	313	422	633
1996	310	263	2.335	780	-1.936	-916
1997	-6.165	-4.933	1.159	-691	-2.106	-3.295
1998	-2.973	-799	1.967	-58	-1.160	-1.548
1999	-2.195	-2.927	-34	-532	-1.053	-1.308
2000	-2.946	-1.948	518	-288	-1.053	-1.125
2001	-830	1.663	2.737	255	-423	-906
2002	-7.797	-3.890	-1.968	116	-850	-1.188
2003	-6.492	-7.729	-4.851	-731	-858	-1.289
2004	-10.130	-11.492	-7.333	-918	-1.564	-1.677
2005	-4.772	-874	-430	-490	-351	397
2006	-1.849	725	1.137	-358	-210	156

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

zeitbeschäftigungen im Pflegedienst der Krankenhäuser kontinuierlich zugenommen hat. Dieser Trend zeigte sich bereits Anfang der 1990er Jahre und hält bis in die Gegenwart an (Tabelle 4, 5). Im Jahr 1991 lag der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser bei 27,3%, im Jahr 2006 bereits bei 46,5%. Pflege im Krankenhaus entwickelt sich offenbar zunehmend zu einer Teilzeitbeschäftigung.

Allerdings haben sich die Gründe im Laufe der Zeit geändert. Erfolgte Teilzeitbeschäftigung früher vor allem auf Wunsch von Beschäftigten, so zählt die Umwandlung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen in den letzten Jahren zunehmend zum Instrumentarium von Kostensenkungsprogrammen (DKI 2002a, 2003: 24 ff., 2004: 30 ff.; Lauterbach et al. 2004). Die Umwandlung ist aus Sicht des Krankenhausmanagements mit dem Vorteil einer größeren Flexibilität des Personaleinsatzes verbunden. So können Teilzeitkräfte leichter und häufiger über die arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitszeit hinaus zum Dienst eingeteilt oder gegebenenfalls aus dem Frei geholt werden, um Leistungsspitzen aufzufangen.

Sofern gegenwärtig Beschäftigte auf eigenen Wunsch von einer Vollzeit- auf eine Teilzeitbeschäftigung wechseln, dürfte die auf Grund des Stellenabbaus gestiegene Arbeitsbelastung ein wesentlicher Grund sein. Dies um so mehr, als sich die Alterstruktur in den letzten ca. 15 Jahren deutlich gewandelt hat und der Anteil der älteren Pflegekräfte stark gestiegen ist.³

³ Laut DAK-BGW Gesundheitsreport stieg der Anteil der über 40jährigen Pflegekräfte im Krankenhaus allein im Zeitraum 1999 bis 2004 von 30% auf 52,4% (Grabbe/Nolting/Loos 2005: 24).

Tab. 4: Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser

	Beschäftigte		<i>davon</i>		
	insgesamt	Vollzeit		Teilzeit	
		Anzahl	in % der Beschäftigten	Anzahl	in % der Beschäftigten
1991	355.193	258.243	72,7	96.950	27,3
1992	367.923	261.992	71,2	105.931	28,8
1993	374.651	261.213	69,7	113.438	30,3
1994	383.330	263.140	68,6	120.190	31,4
1995	395.470	269.115	68,0	126.355	32,0
1996	395.733	263.711	66,6	132.022	33,4
1997	390.800	257.563	65,9	133.237	34,1
1998	390.001	254.014	65,1	135.987	34,9
1999	387.074	249.788	64,5	137.286	35,5
2000	385.126	243.996	63,4	141.130	36,6
2001	386.789	239.353	61,9	147.436	38,1
2002	382.899	230.708	60,3	152.191	39,7
2003	375.170	218.824	58,3	156.346	41,7
2004	363.678	204.274	56,2	159.404	43,8
2005	362.804	198.079	54,6	164.725	45,4
2006	363.529	194.341	53,5	169.188	46,5
1991-1995					
<i>Anzahl</i>	40.277	10.872	-	29.405	-
<i>in %</i>	11,3	4,2	-	30,3	-
1995-2006					
<i>Anzahl</i>	-31.941	-74.774	-	42.833	-
<i>in %</i>	-8,1	-27,8	-	33,9	-

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

An den Daten der Krankenhausstatistik ist auch zu erkennen, dass der Personalabbau offensichtlich vorrangig bei den gering qualifizierten Pflegekräften erfolgte. Während die Zahl der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in der Erwachsenenkrankenpflege zwischen 1996 und 2000 sogar noch um 2% anstieg, wurde die Zahl der einjährig ausgebildeten Pflegehelferinnen und -helfer um 26,7% und die der Pflegekräfte ohne Ausbildung um 27,4% reduziert (Tabelle 2, 3). Im gesamten Betrachtungszeitraum von 1996 bis 2006 wurde die Zahl der Krankenpflegehelferinnen und -helfer um 42,2% und die Zahl der Pflegekräfte ohne Ausbildung um 42,5% reduziert. Auf diese beiden Beschäftigtengruppen entfiel, bezogen auf die Zahl der Beschäftigten, ca. 75% des gesamten Personalabbaus im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser zwischen 1996 und 2006.

Ein möglicher Erklärungsansatz für den überproportionalen Abbau gering qualifizierten Personals könnte sein, dass im Pflegedienst der Krankenhäuser seit den 1970er Jahren das Bestreben anzutreffen ist, einen möglichst hohen Anteil dreijährig ausgebil-

Tab. 5: Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Veränderung gegenüber dem Vorjahr

	Beschäftigte insgesamt	davon	
		Vollzeit	Teilzeit
1992	12.730	3.749	8.981
1993	6.728	-779	7.507
1994	8.679	1.927	6.752
1995	12.140	5.975	6.165
1996	263	-5.404	5.667
1997	-4.933	-6.148	1.215
1998	-799	-3.549	2.750
1999	-2.927	-4.226	1.299
2000	-1.948	-5.792	3.844
2001	1.663	-4.643	6.306
2002	-3.890	-8.645	4.755
2003	-7.729	-11.884	4.155
2004	-11.492	-14.550	3.058
2005	-874	-6.195	5.321
2006	725	-3.738	4.463

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

den Personals zu beschäftigen. Um trotz Stellenabbau das Qualifikationsniveau zu bewahren, könnte es nahe liegend erscheinen, zunächst gering qualifiziertes Personal abzubauen.

Ab dem Jahr 2003 ist allerdings auch bei den dreijährig Ausgebildeten ein Personalabbau zu verzeichnen (Tabelle 2, 3). Neuere Berichte lassen erwarten, dass sich dieser Trend gegenwärtig erheblich verstärkt. So gehen offenbar zunehmend mehr Kliniken dazu über, dreijährig ausgebildetes Personal durch lediglich angelerntes Hilfspersonal, so genannte ‚Servicehelfer‘ oder ‚Pflegeassistentinnen‘, zu ersetzen (Kiemele/Bothe 2009; Ludwig 2009; Teigeler 2009).⁴

2.2 2000-2006: Forcierter Stellenabbau zur Vorbereitung auf das DRG-System

Das Jahr 2000 markiert einen bedeutenden Einschnitt in der Entwicklung. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 enthielt die Grundsatzentscheidung für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein DRG-System. Mit der Verabschiedung des Gesetzes begann eine neue ‚Zeitrechnung‘ in der Krankenhausfinanzierung, wenn auch zunächst nur als Vorbereitungsphase für die geplante Umstellung. War das neue System zunächst nur ‚virtuell‘ als Konstruktion der Fachdiskussion wirksam, so erhielt es mit dem Fallpauschalengesetz 2002 konkrete Gestalt und beherrschenden Einfluss auf das Denken und Handeln im Krankenhausmanagement. Seine Wirkung auf den Krankenhausbereich, darunter auch auf die Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst, erhielt das DRG-System vor allem dadurch, dass die zuvor krankenhausspezifisch vereinbarten Entgelte schrittweise an landesweit einheitliche Preise angeglichen werden sollten.⁵ Die Angleichung sollte in jährlichen Schritten in den Jahren 2005 bis 2008 erfolgen und den Krankenhausbereich in „Gewinner“ und „Verlierer“ aufteilen (Baum/Tuschen 2000).

Da sich die landesweiten Preise an den Durchschnittskosten orientieren sollten, mussten Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten damit rechnen, dass ihre Budgets abgesenkt und sie dadurch zu ‚Verlierern‘ der Umstellung werden. Kliniken mit unterdurchschnittlichen Fallkosten konnten dagegen als ‚Gewinner‘ der Umstellung auf höhere Vergütungen und Überschüsse hoffen. Bereits ab dem Jahr 2000

⁴ So wird bspw. berichtet, dass im Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) 30 Stellen im Pflegedienst gestrichen und dafür 50 Stellen mit angelerntem ‚Servicekräften‘ geschaffen wurden (Ludwig 2009).

⁵ für nähere Erläuterungen der zentralen Begriffe und Funktionsweise des DRG-Systems vgl. die entsprechende Fachliteratur (u.a. Metzger 2004; Simon 2007; Tuschen/Trefz 2004)

war die Diskussion im Krankenhausmanagement von der Frage beherrscht, wer zu den Gewinnerkrankenhäusern und wer zu den Verliererkrankenhäusern gehören wird (vgl. u.a. Baum 2000; Breßlein/Heimig/Möcks 2000; DKI 2002b; Roeder/Rochell/Scheld 2000). Noch bevor die ersten Landesbasisfallwerte als Orientierungs- und Richtwerte vereinbart waren, kursierten bereits im Rahmen von Benchmarking-Projekten ermittelte Kostenwerte und wurde in den Kliniken, die damit rechnen mussten, zu den Verlierern zu gehören, intensiv nach Möglichkeiten der Kostensenkung gesucht (vgl. u.a. Breßlein 2000). Dabei rückte der Pflegedienst zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Die Ergebnisse sind an der Krankenhausstatistik abzulesen.

Nachdem im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2000 knapp 3.000 Vollkräfte reduziert wurden, trat im Jahr 2001 zunächst eine vorübergehende ‚Beruhigung‘ ein. Mit der Beschlussfassung über das Fallpauschalengesetz und dem Erkennbarwerden des weiteren Ablaufes der Umstellung auf das DRG-System setzte unmittelbar ein verstärkter Stellenabbau ein, in einem Umfang der die bisherigen jährlichen Abbauquoten deutlich übertraf. Nach dem Abbau von ca. 7.800 Vollkräften im Jahr 2002 und ca. 6.500 im Jahr 2003 erreichte der Stellenabbau mit mehr als 10.000 Vollkräften im Jahr 2004 seinen bisherigen Höhepunkt (Tabelle 3). Im Jahr 2005 flachte er auf knapp 4.800 Vollkräfte ab und lag im Jahr 2006 bei ‚nur‘ noch ca. 1.800.

Dieser Verlauf kann ebenfalls aus der Chronologie der krankenhauspolitischen Interventionen erklärt werden. In dem 2002 in Kraft getretenen Fallpauschalengesetz war vorgesehen, dass nach den beiden ‚budgetneutralen‘ Jahren 2003 und 2004 im Jahr 2005 die erste Stufe der Konvergenz in vollem Umfang greift und die Budgets der Verliererkrankenhäuser um ein Viertel der Differenz zwischen ihren gegenwärtigen Fallkosten und den landesweiten Durchschnittskosten gekürzt werden. Bei Abweichungen krankenhausspezifischer Basisfallwerte von bis zu 20% konnte dies eine abrupte Kürzung des Budgets in Höhe von bis zu 5% bedeuten, eine Größenordnung, die – da in den darauf folgenden Jahren weitere Kürzungen in dieser Größenordnung zu erwarten waren – Existenz gefährdende Dimension erreichte. Dementsprechend war das Jahr 2004 in zahlreichen Krankenhäusern durch einschneidende Maßnahmen zur kurz- und mittelfristigen Kostensenkung geprägt (DKI 2003, 2004).

Ende des Jahres 2004 setzten die Bundesländer allerdings eine so genannte ‚Kappungsgrenze‘ durch, mit der die Budgetkürzungen auf eine gesetzlich festgelegte Höhe begrenzt wurden. Im Jahr 2005 lag sie bei 1% und erhöhte sich in jedem Jahr der Konvergenzphase um jeweils einen halben Prozentpunkt, um schließlich im Jahr 2008 die Höhe von 3% zu erreichen. Vor diesem Hintergrund wird erklärbar, warum der Stellenabbau im Jahr 2004 seinen Höhepunkt hatte und im Jahr 2005, als das DRG-System ‚scharf geschaltet‘ war, auf ca. 4.800 und ein Jahr darauf auf 1.800 zurückging. Zum einen dämpfte die Kappungsgrenze für die am stärksten von Budgetkürzungen bedrohten Krankenhäusern den ökonomischen Druck, zum anderen hatten sie – als die Kappung noch nicht in Aussicht stand – bereits Personal und damit Kosten abgebaut, so dass sich dadurch das Verlustrisiko deutlich reduzierte und sie den Einstieg in die Konvergenz etwas ‚entspannter‘ angehen konnten.

Darüber hinaus wurden einige der gravierendsten Mängel des DRG-Systems im Verlaufe der jährlichen Überarbeitungen des Fallpauschalenkatalogs und der jährlichen Neukalkulation der Bewertungsrelationen gemildert. Einer dieser schwerwiegenden Konstruktionsmängel war beispielsweise, dass in den ersten Versionen des Fallpauschalenkatalogs die universitäre Hochleistungsmedizin nur unzureichend berücksichtigt wurde und in der Folge vor allem Universitätskliniken zu den Verlierern der Umstellung gehörten (Billing et al. 2004; Billing et al. 2005; Hansen/Braun 2003; Strehl 2004). In dem Maße, wie über die bessere ‚Abbildung‘ der universitären Medizin und über Katalogrevisionen der ökonomische Druck verringert wurde, nahm auch der Zwang zu drastischen Sparmaßnahmen ab. Zu den absurden Begleiterscheinungen des DRG-Systems gehörte in diesem Zusammenhang, dass allein durch den so genannten ‚Katalogeffekt‘, die jährlichen Neubewertungen von DRGs, vormalige Verliererkrankenhäusern zu Gewinnern wurden und Gewinner zu Verlierern (Friedrich/Leclerque/Paschen 2007).

Betrachtet man den Zeitraum 2000 bis 2006 und vergleicht ihn mit dem Zeitraum 1996-2000, so zeigt sich, dass nach 2000 deutlich mehr Vollkräfte abgebaut wurden als zuvor. Zwischen 1996 und 2000 wurden im Pflegedienst der allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern insgesamt ca. 18.300 Vollkräfte oder 5,2% des Ausgangsbestandes abgebaut, in den Jahren 2000 bis 2006 waren es ca. 33.000 oder 9,9%. Nimmt man nur den Fünfjahreszeitraum 2000-2005, so waren es immerhin noch ca. 30.000 Vollkräfte oder 9,0%.

Noch deutlicher fällt der Unterschied bei den Allgemeinkrankenhäusern aus. Im Zeitraum 1996-2000 wurde dort die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst um ca. 14.000 oder 4,3% reduziert, zwischen 2000 und 2006 dagegen mit 31.870 oder 14,2% um mehr als das Doppelte (2000-2005: ca. -30.000 oder -9,7%).

2.3 Personalabbau und interne Umverteilungen

Der Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ist offensichtlich in starkem Maße durch die Veränderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts bedingt. Es würde jedoch zu kurz greifen, ihn ausschließlich darauf zurückzuführen. Der Blick in die Krankenhausstatistik zeigt, dass die Umsetzung verschlechterter externer Rahmenbedingungen in interne Veränderungen die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus in sehr unterschiedlichem Maße getroffen hat. Während im Wirtschafts- und Versorgungsdienst, beim Klinischen Hauspersonal und im Pflegedienst in erheblichem Umfang Personal abgebaut wurde, erfolgte im ärztlichen Dienst über den gesamten Zeitraum von 1996-2006 ein kontinuierlicher Personalzuwachs (Tabelle 6). Unter den Bedingungen einer restriktiven Budgetdeckelung war dies nur möglich, indem an anderer Stelle mehr eingespart wurde, als aufgrund der Budgetdeckelung notwendig gewesen wäre.

Daraus ergibt sich wiederum, dass ein Teil des Personalabbaus im Pflegedienst weder aufgrund der Budgetdeckelung noch aufgrund des DRG-Systems notwendig war,

Tab. 6: Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern

	Vollkräfte insgesamt	davon									
		ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-techn. Dienst	Funktionsdienst	klinisches Hauspersonal	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Sonderdienste	sonstiges Personal
1991	815.551	91.279	296.518	117.347	75.384	38.923	89.350	22.423	56.859	9.008	18.460
1992	827.011	93.921	303.990	118.698	75.943	37.469	88.960	21.884	57.501	9.553	19.092
1993	821.767	91.951	306.127	117.586	76.847	35.204	86.609	21.225	56.895	9.657	19.666
1994	822.930	93.035	313.359	115.864	77.198	33.107	83.315	21.274	56.165	9.745	19.868
1995	832.377	97.379	322.108	119.141	78.323	31.132	80.559	21.041	56.866	7.369	18.459
1996	827.228	100.039	322.418	120.144	78.329	29.505	77.249	20.842	57.002	5.241	16.459
1997	812.890	101.381	316.253	119.158	78.302	27.374	73.257	20.520	56.190	4.705	15.750
1998	803.356	102.912	313.280	118.580	78.786	25.123	70.269	20.184	55.444	4.466	14.312
1999	797.196	103.764	311.085	118.437	79.502	23.269	67.770	19.978	55.113	4.280	13.998
2000	787.694	104.340	308.139	118.525	80.020	20.887	64.640	19.580	54.368	4.287	12.908
2001	785.485	105.747	307.309	118.794	80.899	20.013	62.676	19.137	54.597	4.154	12.159
2002	777.721	107.488	299.512	117.199	81.285	18.604	59.817	18.611	54.209	4.117	16.879
2003	769.432	108.840	293.020	117.582	81.500	17.678	56.501	18.394	54.414	3.987	17.516
2004	752.432	112.242	282.890	116.200	81.563	15.522	52.690	17.883	53.546	3.799	16.097
2005	747.150	116.336	278.118	116.531	81.776	14.064	49.889	17.451	53.891	3.715	15.379
2006	745.106	118.542	276.269	116.537	82.612	13.321	47.810	17.327	53.744	3.625	15.319
1991-1995											
Anzahl	16.826	6.100	25.590	1.794	2.939	-7.791	-8.791	-1.382	7	-1.639	-1
in %	2,1	6,7	8,6	1,5	3,9	-20,0	-9,8	-6,2	0,0	-18,2	0,0
1995-2006											
Anzahl	-87.271	21.163	-45.839	-2.604	4.289	-17.812	-32.749	-3.714	-3.122	-3.744	-3.140
in %	-10,5	21,7	-14,2	-2,2	5,5	-57,2	-40,7	-17,6	-5,5	-50,8	-17,0

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

sondern für Zwecke der internen Umverteilung von Finanzmitteln erfolgte. Wie hoch der Anteil des Personalabbaus für Zwecke der internen Umverteilung war, kann an den Daten zur Personalstruktur nicht abgelesen werden. Eine Schätzung des Anteils ist allerdings auf Grundlage der Kostendaten der Allgemeinkrankenhäuser möglich. Das methodische Vorgehen einer solchen Schätzung kann an dieser Stelle nur in groben Zügen skizziert werden, eine ausführliche Darstellung findet sich an anderer Stelle (Simon 2008a: 75-93).

Grundüberlegung der Schätzung ist folgende: Die Lasten der Verschlechterung externer Rahmenbedingungen wären dann ‚gerecht‘ auf alle Berufsgruppen verteilt, wenn die notwendigen Kürzungen gleichmäßig auf die Berufsgruppen verteilt werden. Eine gleichmäßige Verteilung wäre durch die Kürzung aller Personalkostenteilbudgets um denselben Prozentsatz zu erreichen. Dadurch würde gewährleistet, dass die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen an den Gesamtpersonalkosten gleich bleiben und al-

Tab. 7: Personalkosten der Allgemeinkrankenhäuser

	Personal- kosten ins- gesamt	ärztlicher Dienst		Pflegedienst		sonstige Personalgruppen	
	in 1.000 Euro	in 1.000 Euro	in % der Personal- kosten ins- gesamt	in 1.000 Euro	in % der Personal- kosten ins- gesamt	in 1.000 Euro	in % der Personal- kosten ins- gesamt
1996	31.507.827	6.664.341	21,151	12.218.400	38,779	12.625.086	40,070
1997	31.631.122	6.795.871	21,485	12.291.288	38,858	12.543.963	39,657
1998	32.050.754	6.988.866	21,806	12.430.281	38,783	12.631.608	39,411
1999	32.790.984	7.213.512	21,998	12.690.364	38,701	12.887.108	39,301
2000	33.215.169	7.413.730	22,320	12.806.303	38,556	12.995.135	39,124
2001	33.835.489	7.709.966	22,787	12.972.426	38,340	13.153.098	38,874
Veränderung 1996-2001							
<i>Mio. Euro</i>	2.327.662	1.045.624	-	754.026	-	528.012	-
<i>in %</i>	7,4	15,7	-	6,2	-	4,2	-
Veränderung 2002-2006							
<i>Mio. Euro</i>	1.844.321	1.532.378	-	-331.887	-	643.830	-
<i>in %</i>	5,0	17,5	-	-2,5	-	4,2	-
Durchschnittliche jährliche Veränderung in %							
1996-2001	1,5	3,1	-	1,2	-	0,8	-
2002-2006	1,2	4,4	-	-0,6	-	1,1	-

Auf Grund einer Änderung der Kostenrechnungssystematik der Krankenhausstatistik sind die Daten der Jahre bis 2001 und ab 2002 nicht ohne Weiteres miteinander vergleichbar (Umstellung vom Nettokostenprinzip auf das Bruttokostenprinzip). Darum wurde die Berechnung der Personalkostenanteile gesondert für die Zeiträume 1996-2001 und 2002-2006 durchgeführt.

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

le eine prozentual gleiche Kürzung und einen relativ gleichen Personalabbau hinnehmen müssen.

Zum Verständnis der nachfolgenden Darstellung muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass ein durchgehender Vergleich der Jahre 1996 bis 2006 aufgrund einer Änderung der Kostenrechnungssystematik der Krankenhausstatistik nicht möglich ist. Im Jahr 2002 wurde die Kostenabgrenzung vom so genannten ‚Nettokostenprinzip‘ auf ein ‚Bruttokostenprinzip‘ umgestellt, so dass der Zeitraum von 1996 bis 2001 und der von 2002 bis 2006 nicht miteinander vergleichbar sind.⁶ Innerhalb dieser Zeiträume ist allerdings ein Vergleich möglich.

Der Vergleich zeigt, dass der Anteil des Personalkostenbudgets für den Pflegedienst im Jahr 1996 bei 38,779% lag und bis 2001 auf 38,340% gesenkt wurde. Im Jahr 2002 lag er nach der neuen Abgrenzung bei 35,379% und wurde bis 2006 auf 32,848% gesenkt (Tabelle 7). Offensichtlich fiel die Absenkung nach 2002 deutlich stärker aus, als in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre. Der Anteil der Personalkosten des ärztlichen Dienstes stieg dagegen zwischen 1996 und 2001 von 21,151% auf 22,787% und zwischen 2002 und 2006 von 23,657% auf 26,475%. Der Anteil der sonstigen Personalgruppen sank von 1996 bis 2001 von 40,070% auf 38,874% und blieb zwischen 2002 und 2006 fast unverändert.

Wäre der Anteil des Pflegedienstes in beiden Zeiträumen unverändert geblieben, so hätten mit den dann verfügbaren Finanzmitteln mehr Stellen finanziert werden können, als tatsächlich vorhanden waren. Um dies an den Zahlen des Zeitraums 2002 bis 2006 zu verdeutlichen: Zwischen 2002 und 2006 stiegen die Personalkosten der Allgemeinkrankenhäuser insgesamt um 1,844 Mrd. Euro. Davon entfielen auf den ärztlichen Dienst 1,532 Mrd. Euro und die sonstigen Personalgruppen erhielten einen Zuwachs in Höhe von 0,644 Mrd. Euro. Das Personalkostenbudget des Pflegedienstes wurde dagegen um 0,332 Mrd. Euro abgesenkt. Diese Absenkung im Pflegedienst war weder durch eine Rechtsvorschrift erzwungen noch war sie aufgrund der Budgetentwicklung notwendig. Sie kann nur mit Managemententscheidungen erklärt werden, die offenbar darauf zielten, Mittel für die Finanzierung anderer innerbetrieblicher Zwecke frei zu setzen. Die Daten der Krankenhausstatistik legen die Annahme nahe, dass dies in erster Linie die Finanzierung zusätzlicher Arztstellen war.

Es muss allerdings einschränkend darauf hingewiesen werden, dass aufgrund gesetzlicher Regelungen die Krankenkassen ab dem Jahr 2003 Mittel zur Finanzierung zusätzlicher Arztstellen zur Verfügung stellten. Damit sollte die Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts und die Umwandlung von AiP-Stellen in Arztstellen finanziert werden. Insofern ist ein Teil der zusätzlichen Mittel für den ärztlichen Dienst durch zusätzliche zweckgebundene Einnahmen zu erklären und ging somit nicht zu Lasten anderer Personalkostenarten. Es verbleibt aber dennoch ein nicht unerheblicher Teil des Personalabbaus im Pflegedienst, der nicht durch die Budgetentwicklung erklärt werden kann und offenbar Ergebnis interner Umverteilungen war (Simon 2008a).

Es hat den Anschein, dass die Einführung des DRG-Systems in zahlreichen Krankenhäusern vom Topmanagement genutzt wurde, um – unter Verweis auf die schwierige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser – interne Umverteilungen zu Lasten des Pflegedienstes vorzunehmen. Es erscheint auch nahe liegend, anzunehmen, dass derartige Umverteilungen durch Restrukturierungen der oberen Leitungsebenen erleichtert wurden, die in den letzten Jahren in zunehmend mehr Krankenhäusern durchgeführt wurden. Im Zusammenhang mit formalen Privatisierungen und Krankenhausfusionen wurde vielfach das traditionelle Dreierdirektorium, in dem auch die

6 Beispielsweise werden die Kosten der Ambulanzen und für Forschung und Lehre unterschiedlich erfasst und zugerechnet. Für genauere Erläuterungen vgl. die Fachserie 12 Reihe 6.3 der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes.

**Tab. 8: Stellenabbau im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser nach Ursachen.
Anteil der Budgetentwicklung und der internen Umverteilung am Stellenabbau**

	Stellenabbau gegenüber Vor- jahr insgesamt	nach Ursachen			
		Budgetentwicklung		interne Umverteilung	
		Vollkräfte	Anteil am Stellenabbau in %	Vollkräfte	Anteil am Stellenabbau in %
1997	-6.165	-6.810	110,5	645	-10,5
1998	-2.973	-2.362	79,4	-611	20,6
1999	-2.195	-1.533	69,8	-662	30,2
2000	-2.946	-1.789	60,7	-1.157	39,3
2001	-830	906	-109,1	-1.736	209,1
<i>1997-2001</i>	<i>-15.109</i>	<i>-11.588</i>	<i>76,7</i>	<i>-3.521</i>	<i>23,3</i>
2003	-6.492	-3.117	48,0	-3.375	52,0
2004	-10.130	-1.223	12,1	-8.907	87,9
2005	-4.772	-250	5,2	-4.522	94,8
2006	-1.849	2.285	-123,6	-4.133	223,6
<i>2003-2006</i>	<i>-23.243</i>	<i>-2.305</i>	<i>9,9</i>	<i>-20.938</i>	<i>90,1</i>
<i>Summe 1997-2001 2003-2006</i>	<i>-38.352</i>	<i>-13.893</i>	<i>36,2</i>	<i>-24.458</i>	<i>63,8</i>

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Pflegedirektorin vertreten war, aufgelöst und durch einen Vorstand oder eine Geschäftsführung ersetzt, in der die Leitung des Pflegedienstes nicht mehr vertreten ist.

3. DRG-System und ‚Kellertreppeneffekt‘: Weiterer Personalabbau zu erwarten

Wie dargelegt, hat die Einführung des DRG-Systems zu einem erheblichen Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser geführt. Ohne externe Interventionen ist auch kein Ende des Abbaus absehbar, da dem DRG-System ein ‚Kellertreppeneffekt‘ immanent ist. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Bundesebene erfolgt auf Grundlage der Ist-Kostendaten von gegenwärtig ca. 300 ‚Kalkulationskrankenhäusern‘. Aus deren Daten wird ein Durchschnitt ermittelt, der die Grundlage für die Bewertungsrelationen des übernächsten Jahres bildet. Dieser Durchschnittswert wird durch die Überführung in eine Bewertungsrelation zu einer fixen Größe und damit zur Obergrenze für die Vergütung. Dadurch werden Krankenhäuser, deren Kosten über diesem Wert liegen, gezwungen ihre Kosten zu senken und folglich auch Personal abzubauen.

Angenommen, die Kalkulationskrankenhäuser entsprechen einer repräsentativen Auswahl, dann sind auch unter ihnen Kliniken, die deshalb Personal abbauen müssen. Im darauf folgenden Jahr erfassen sie ihre reduzierten Kosten und leiten sie an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das auf dieser Grundlage die nächsten Bewertungsrelationen kalkuliert. Diese neuen Ist-Kosten werden aufgrund des

mittlerweile vollzogenen Personalabbaus unter den vorherigen liegen. Das wiederum führt zu niedrigeren Bewertungsrelationen, die wiederum zu weiterem Personalabbau zwingen etc.

Ein solches System, das Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten zur Kostensenkung zwingt, kann nicht anders als die Durchschnittskosten wie auf einer Kellertreppe sukzessive nach unten zu drücken. Dass dies nicht in absoluten Beträgen erkennbar wird, widerlegt die These nicht. Es hängt vielmehr damit zusammen, dass das DRG-System jedes Jahr vielfältigen Veränderungen unterworfen wird und keine der bisherigen Jahresversionen mit der vorhergehenden identisch war. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass in die Kalkulation natürlich auch die jährlichen Preissteigerungen bei den Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser eingehen. Der Kellertreppeneffekt ist von daher nur als theoretisches Konstrukt abzuleiten, jedoch nicht an den Bewertungsrelationen auf einfache Weise abzulesen. Er ist auch nicht an den tatsächlich gezahlten Fallpauschalen ablesbar, weil sich diese aus der Multiplikation von bundesweit einheitlicher Bewertungsrelation und landesspezifischem Basisfallwert ergeben, der Ergebnis von Verhandlungen zwischen der Krankenseite und den Kostenträgern ist.

Dass Krankenhäuser trotz dieses Kellertreppeneffekts jährlich steigende Erlöse erzielen hat zudem damit zu tun, dass offenbar zunehmend mehr Krankenhäuser dem sukzessive steigenden ökonomischen Druck durch Leistungsausweitungen auszuweichen. Die Mehrleistungen sind, sofern sie vergütet wurden, zwar auch mit Mehrkosten verbunden, erbringen vor allem aber zusätzliche Erlöse. Gelingt es, die Mehrleistungen mit dem gleichen Personal wie zuvor zu erbringen, können die Mehrkosten sogar auf die zusätzlich anfallenden Sachkosten begrenzt werden. Insofern ist dem DRG-System auch ein Anreiz zur fortschreitenden Leistungsausweitung und Arbeitsverdichtung immanent, der es umso dringlicher erscheinen lässt, einem zu erwartenden weiteren Personalabbau durch Gegenmaßnahmen zu begegnen.

4. Bedeutung des Personalabbaus für die Patientengesundheit

Die Notwendigkeit politischer Interventionen zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung im Pflegedienst ergibt sich nicht nur aus einer Verantwortung für die Gesundheit des Pflegepersonals, sondern vor allem aus der Letztverantwortung des Staates für die Gesundheit der Krankenhauspatienten. Der Staat unterliegt der aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes abgeleiteten Pflicht zur Daseinsvorsorge für seine Bürger, die auch die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung einschließt. Da die Unterbesetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser die Gesundheit der Krankenhauspatienten gefährdet, stehen Politik und staatliche Akteure in der Verantwortung zu intervenieren.

Das Ausmaß der Gefährdung der Patientengesundheit durch die anhaltende Unterbesetzung der Pflege wird allerdings offenbar von einigen maßgeblichen Akteuren der Gesundheitspolitik unterschätzt. Wenn die Folgen des Personalabbaus im Pflegedienst darauf reduziert werden, dass dadurch weniger Zeit für „persönliche Zuwendung“ und

„mitmenschliche Kontakte“ bleiben (so bspw. Braun/Rau/Tuschen 2008; DKG 2008a, 2008b, 2008c), so transportiert dies nicht nur ein eigentümlich vormodernes Bild der Pflege in Krankenhäusern, sondern verharmlost auch die bereits vorhandenen Gefährdungen der Patientengesundheit.

Zwar liegen in Deutschland noch keine quantitativen empirischen Studien zum Zusammenhang zwischen der Besetzung des Pflegedienstes und der Gesundheit von Krankenhauspatienten vor, wohl aber zahlreiche Ergebnisse internationaler Forschung. Das Thema ‚nurse-to-patient ratio‘ und dessen Auswirkungen auf ‚patient outcomes‘ beschäftigt seit den 1990er Jahren insbesondere die US-amerikanische Gesundheits- und Pflegewissenschaft, aber auch die kanadische und britische. Ausgehend von der Annahme, dass die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus sehr wesentlich auch von der quantitativen und qualitativen Besetzung des Pflegedienst abhängt, wurden zahlreiche empirische Studien durchgeführt, in denen zum Teil Datensätze mehrerer Hundert Krankenhäuser und mehrerer Hunderttausend Krankenhauspatienten mit Daten über die Personalbesetzung des Pflegedienstes der jeweiligen Krankenhäuser abgeglichen wurden. Ziel war es, zu prüfen ob statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl des tatsächlich eingesetzten Pflegepersonals, zum Teil auch der Qualifikationsstruktur, und bestimmten kritischen Ereignissen bei Patienten feststellbar sind.

Als Stand der internationalen Forschung kann zusammengefasst werden, dass eine unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst eines Krankenhauses für Patienten das Risiko insbesondere für die folgenden Ereignisse erhöht:⁷

- mangelhafte Früherkennung und Intervention bei ernsthaften Komplikationen (Aiken et al. 2002; BAG 2005; Needleman et al. 2002; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- Pneumonie (Amaravadi et al. 2000; Cho et al. 2003; Kovner et al. 2002; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002)
- pulmonale Insuffizienz nach einem Eingriff (Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
Lungenembolie (Kovner et al. 2002)
- Reintubation (Amaravadi et al. 2000; Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- Wundinfektion nach chirurgischem Eingriff (Lichtig/Knauf/Milholland 1999; McGillis/Doran/Pink 2004; Unruh 2003)
- Sepsis (Amaravadi et al. 2000)
- internistische Komplikationen (Pronovost et al. 2001)
- gastrointestinale Blutungen (Needleman et al. 2002)
- Venenthrombose (Kovner et al. 2002; Needleman et al. 2002)
- Dekubitus (BAG 2005; Cho et al. 2003; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Unruh 2003)

⁷ Dass nicht alle Studien zu denselben Ergebnissen geführt haben, liegt vor allem darin begründet, dass nicht alle Studien alle Indikatoren gemessen haben, sondern jeweils unterschiedliche Ereignisse als Qualitätsindikator nutzten.

- Harnwegsinfektion (Kovner et al. 2002; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003)
- Sturz während des Krankenhausaufenthaltes (BAG 2005; Blegen/Vaughn 1998; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003; Whitman 2002)
- Medikationsfehler (BAG 2005; Blegen/Vaughn 1998; McGillis/Doran/Pink 2004; Whitman 2002)

Mehrere Studien haben darüber hinaus auch das Risiko untersucht, im Krankenhaus oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Krankenhausaufnahme zu versterben, und einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und dem Mortalitätsrisiko festgestellt:

- Versterben während des Krankenhausaufenthaltes (Aiken/Smith/Lage 1994; Bond et al. 1999; Manheim et al. 1992; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Person et al. 2004; Rafferty et al. 2007; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- Versterben innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhausaufnahme (30-day-mortality) (Aiken et al. 2002; Person et al. 2004; Tourangeau et al. 2002)

Wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in einer eigenen Veröffentlichung zum internationalen Forschungsstand allerdings zu Recht deutlich machte, unterscheiden sich die Forschungsdesigns sowohl hinsichtlich der Methodik als auch der verwendeten Messgrößen, und ihre Ergebnisse sind insofern nicht uneingeschränkt mit einander vergleichbar (IQWiG 2006: 13 ff.). Auch erscheinen einige der Studiendesigns wenig geeignet, beispielsweise solche, in denen die Ergebnisqualität mittels Befragungen von Pflegekräften erhoben wurde. Unter den vorliegenden Studien sind aber auch zahlreiche, die hohen methodischen Anforderungen genügen und beispielsweise die Ergebnisqualität auf Grundlage von Routinedaten amtlicher Statistiken ermittelten.⁸ Zudem liegen international bereits mehrere hochwertige systematische Übersichtsarbeiten vor, die – anders als das IQWiG – zu dem Ergebnis kamen, dass aufgrund der internationalen Forschungslage sehr wohl von dem Nachweis eines Zusammenhanges zwischen Personalbesetzung des Pflegedienstes und Qualität der Patientenversorgung auszugehen ist (vgl. Heinz 2004; Lang et al. 2004; Langsbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Tourangeau/Cranley 2006).

5. Zur Notwendigkeit verbindlich vorgegebener Standards für die Personalbesetzung

Angesichts des mittlerweile erreichten Umfangs des Personalabbaus, der daraus resultierenden Arbeitsüberlastungen und Gefährdungen der Patientengesundheit, und der hohen Wahrscheinlichkeit eines weiteren Personalabbaus, erscheint es dringend geboten, den Krankenhäusern von außen verbindliche Regelungen zur Personalbesetzung vorzugeben (Simon 2008b). Eine solche Notwendigkeit sah auch der Gesetzgeber be-

⁸ bspw. auf Grundlage der Daten der amerikanischen staatlichen Medicare Versicherung und der amerikanischen Krankenhausvereinigung.

reits bei der Einführung des DRG-Systems. Da erwartet wurde, dass der steigende ökonomische Druck auf Krankenhäuser diese dazu veranlassen könnte, die Versorgungsqualität zu reduzieren, wurden die Spitzenverbände im Krankenhausbereich im Rahmen des Fallpauschalengesetzes 2002 verpflichtet, „Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität“ zu vereinbaren (§ 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Die Begründung dieses Teils des Fallpauschalengesetzes dürfte auch für die gegenwärtige Diskussion interessant sein und soll darum an dieser Stelle auszugsweise zitiert werden:

„Durch die Ergänzung des Doppelbuchstaben aa wird klargestellt, dass die Vertragspartner Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung festlegen sollen. Hinsichtlich der Strukturqualität sind vor allem sächliche oder personelle Voraussetzungen (Art und Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation) von Bedeutung. Insbesondere bei bestimmten Fallpauschalen muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer z.B. nicht aus ökonomischen Gründen diese Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität erbringen. Dazu gehört auch, dass den arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen durch ein geeignetes Personalmanagement sowie flexible Arbeitszeitmodelle Rechnung getragen wird. Unzumutbare Arbeitsbedingungen und -zeiten sind auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht akzeptabel“ (BT-Drs. 14/6893: 30 f.).

Nach Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2004 ging die Verpflichtung auf ihn über. Er hat bislang aber lediglich für einige wenige spezielle Versorgungsbereiche derartige Mindestanforderungen beschlossen. Angesichts der mittlerweile erreichten Situation dürfte es an der Zeit sein, generelle Anforderungen an die quantitative und qualitative Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser zu definieren.

Der vom Gesetzgeber benutzte Begriff der „Mindestanforderungen“ ist allerdings wenig hilfreich. Wie nicht zuletzt auch die bisherigen Vereinbarungen des G-BA belegen, verleitet er dazu, Mindestanforderungen als Minimalanforderungen und unterste, gerade noch vertretbare Grenzen zu interpretieren, analog zu den ‚Mindestbesetzungen‘ der früheren Anhaltszahlen. Entsprechend der Logik des DRG-System wäre zu erwarten, dass Krankenhäuser, die eine höhere Besetzung vorhalten, die damit verbundenen Kosten nicht vergütet erhalten und der zuvor angesprochene Kellertreppeneffekt eine erhebliche Verschärfung erfährt. Je niedriger ‚Mindestanforderungen‘ angesetzt werden, desto größer ist der von ihnen ausgehende ökonomische Druck zu weiterem Personalabbau. Damit würde die offensichtliche Intention des Gesetzgebers, Standards der Personalbesetzung mit dem Ziel der externen Qualitätssicherung einzusetzen, konterkariert.

Um solchen Missverständnissen vorzubeugen und ein Unterlaufen der Intention des Gesetzgebers zu unterbinden, ist es sinnvoller, von quantitativen und qualitativen Standards der Personalbesetzung in Krankenhäusern zu sprechen, die von allen Krankenhäusern verbindlich einzuhalten sind. Zur Durchsetzung der Einhaltung dieser Standards bietet das Sozial- und Krankenhausrecht verschiedene Instrumente. So könnte beispielsweise die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes und die damit verbundene automatische Vergabe eines Versorgungsvertrages mit den Kassen an

die Bedingung gebunden sein, dass das betreffende Krankenhaus die vorgegebenen Standards erfüllt und dies öffentlich dokumentiert, unter anderem auf seiner Internetseite und in seinem Qualitätsbericht.

Derartige Standards für die Personalbesetzung im Pflegedienst brauchen allerdings einen eindeutigen Bezug zum Pflegebedarf. Fallzahlen, Pfl egetage, Casemixpunkte o.ä. sind hierfür nicht geeignet, da sie keine ausreichende Auskunft über den Pflegebedarf geben. Gebraucht würde eine einheitlich anzuwendende Methode der Personalbedarfsermittlung. Trotz aller vorhandenen Kritik an ihr, bietet sich die Pflege-Personalregelung als ein solches Instrument für den allgemeinen Pflegedienst an. Sie wurde zwischen 1993 und 1996 verbindlich in allen Krankenhäusern angewendet und wird auch gegenwärtig noch in zahlreichen Kliniken für interne Zwecke eingesetzt. Auch wenn sie als defizitär bei der Abbildung des Pflegebedarfs kritisiert wird, sie hat – als sie Grundlage für die Budgetverhandlungen war – zu einer deutlichen Verbesserung der Personalsituation beigetragen. Sie in der gegenwärtigen Situation als ungeeignet abzulehnen, wirft die Frage nach einer besseren und vor allem schnell einsetzbaren Alternative auf.

Die Lage in vielen Krankenhäusern dürfte mittlerweile so dramatisch sein, dass es schwierig zu verantworten ist, zunächst eine mehrjährige Entwicklungs- und Testphase für ein neues Instrument der Personalbedarfsermittlung im allgemeinen Pflegedienst einzuschieben. Zumal auch der Ausgang einer solchen Entwicklungsphase ungewiss ist und offen bleiben muss, ob das Ergebnis besser ist als die PPR und auf einen breiteren Konsens stößt.

Auch eine bessere ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System scheidet als Alternative zur Vorgabe von Standards der Personalbesetzung aus. Selbst wenn Pflegebedarf und Pflegeleistungen im DRG-System eigenständig codiert und über diesen Weg die Höhe der jeweiligen Fallpauschale beeinflussen würden, wäre damit nicht sichergestellt, dass entsprechende Vergütungsanteile der DRG-Fallpauschalen auch tatsächlich für Pflegepersonal verwendet werden. Ohne Vorgabe verbindlicher Personalstandards ist und bleibt es Entscheidungshoheit der Krankenhausleitung, wie und wofür die erzielten Erlöse verwendet werden.

6. Schlussbetrachtung

Im vorliegenden Beitrag wurde die Entwicklung der personellen Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser seit Anfang der 1990er anhand der Daten der Krankenhausstatistik nachgezeichnet. Durch den nach 1995 einsetzenden Personalabbau wurde die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser bis 2006 insgesamt um 51.200 oder 14,6 % reduziert. Parallel zum Personalabbau veränderte sich auch die Struktur des Pflegedienstes. Auffälligste Veränderungen sind der überproportionale Personalabbau bei den gering qualifizierten Pflegekräften sowie die kontinuierliche Zunahme der Teilzeitbeschäftigungen.

Um eine ausreichende Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser dauerhaft sicherstellen zu können, reicht die Bereitstellung zusätzlicher Mittel allein nicht aus. Angesichts der bisherigen Entwicklung und gegenwärtigen Situation erscheint es notwendig, den Krankenhäusern Standards der Personalbesetzung extern vorzugeben. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit dem § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gegeben und der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits für Teilbereiche der Krankenhausversorgung derartige Mindestanforderungen beschlossen. Gegenwärtig ist der Auftrag allerdings auf einzelne Indikationsgruppen beschränkt und nicht auf den Pflegedienst im Allgemeinen bezogen.

Es scheint an der Zeit, den nächsten Schritt zu gehen, und generelle Anforderungen an die quantitative und qualitative Personalbesetzung des Pflegedienstes für alle Krankenhäuser verbindlich vorzugeben. Angesichts der zu erwartenden Interessengegensätze zwischen den im G-BA vertretenen Verbänden und dem offenbar sowohl auf Seiten der DKG als auch der GKV nur gering ausgeprägten Interesse an solchen Vorgaben sowie der Dringlichkeit einer Intervention dürfte es ratsam sein, nicht auf eine so genannte ‚Selbstverwaltungslösung‘ zu hoffen.

Da auch das BMG wenig Neigung zu erkennen gibt, entsprechende Vorgaben auf dem ‚Verordnungsweg‘ zu schaffen, scheint nur der Weg über eine entsprechende Intervention des Gesetzgebers Erfolg versprechend zu sein. Hierzu wäre allerdings noch einige politische ‚Überzeugungsarbeit‘ der Pflegeverbände und Gewerkschaften zu leisten, unterstützt durch öffentlichkeitswirksame Aktionen der Pflegebasis.

Literatur

- Aiken, L. H./Clarke, S. P./Sloane, D. M. et al. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. In: JAMA 16, 1987-1993
- Aiken, L. H./Smith, H. L./Lage, E. T. (1994): Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. In: Medical Care 8, 771-787
- Alber, J. (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 3, 335-362
- Amaravadi, R. K./Dimick, J. B./Pronovost, P. J. et al. (2000): ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. In: Intensive Care Medicine 12, 1857-1862
- BAG, B. f. G. (Hrsg.) (2005): RICH-Nursing Study. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' an Nurses' Outcomes. Basel: Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
- Bartholomeyczik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard/ Feuerstein, Günter/Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, 83-99
- Baum, G. (2000): Die Krankenhäuser unter dem Zwang zur Anpassung. Die Gesundheitsreform in der Umsetzung: Auswirkungen für die Krankenhäuser und Ausblick auf die neue BpflV. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 2, 118-124
- Baum, G./Tuschen, K.-H. (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 5, 449-460
- Billing, A./Thalhammer, M./Hornung, H. et al. (2004): DRG und Krankenhäuser der Maximalversorgung: Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 4, 375-378

- Billing, A./Thalhammer, M./Hornung, H. et al. (2005): Die Behandlung von Schwerkranken ist ein Zuschussgeschäft. Das Klinikum der Universität München ermittelt Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung im DRG-System 2005. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 5, 472-477
- Blegen, M. A./Vaughn, T. A. (1998): A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. In: *Nursing Economics* 4, 196-203
- Bond, C. A./Raehl, C. L./Pitterle, M. E. et al. (1999): Health Care Professional Staffing, Hospital Characteristics, and Hospital Mortality Rates. In: *Pharmacotherapy* 2, 130-138
- Braun, T./Rau, F./Tuschen, K. H. (2008): Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, Jürgen/ Robra, Bernd-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase?* Stuttgart: Schattauer, 3-22.
- Breßlein, S. (2000): Trainieren für die AR-DRGs. In: *Krankenhaus Umschau* 767-770
- Breßlein, S./Heimig, F./Möcks, G. (2000): Vorbereitung von Krankenhäusern auf die DRGs. In: *Das Krankenhaus* 12, 980-986
- Cho, S. H./Ketefian, S./Barkauskas, V. H. et al. (2003): The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. In: *Nursing Research* 2, 71-79
- Dimick, J. B./Swoboda, S. M./Pronovost, P. J. et al. (2001): Effect of Nurse-to-Patient Ratio in the Intensive Care Unit on Pulmonary Complications and Resource Use after Hepatectomy. In: *American Journal of Critical Care* 6, 376-382
- DKG (1990): DKG zur Situation in den Pflegeberufen. In: *Das Krankenhaus* 11, 508 ff.
- DKG, D. K. (2008a): DKG zur dramatischen Situation der Krankenhäuser. Finanzielle Belastung der Krankenhäuser steigt auf 7 Mrd. Euro-Budgetdeckelung aufheben! Pressemitteilung vom 24.04.2008 http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4907/title/DKG_zur_dramatischen_Situation_der_Krankenhaeuser (30.05.2008)
- DKG, D. K. (2008b): Gleicher Preis für gleiche Leistungen – Kein Vergütungs-Dumping im Krankenhausbereich. DKG-Forum „Die Krankenhausreform 2009“. Pressemitteilung vom 24.01.2008 http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4685/start/10/title/Gleicher_Preis_fuer_gleiche_Leistung_-_Kein_Verguetungs-Dumping_im_Krankenhausbereich (2.06.2008)
- DKG, D. K. (2008c): Katastrophenjahr 2008: Finanzloch von 2,2 Mrd. Euro provoziert weiteren Stellenabbau in den Kliniken. DKG zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser. Pressemitteilung vom 7.02.2008 http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4731/start/10/title/Katastrophenjahr_2008%3A_Finanzloch_von_2_2_Mrd._Euro_provoziert_weiteren_Stellenabbau_in_den_Kliniken (2.06.2008)
- DKI, D. K. (2002a): Krankenhaus-Trends 2002: 27.300 Stellen in deutschen Krankenhäusern gefährdet! <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=113> (1.02.2007)
- DKI, D. K. (2002b): Krankenhaus-Trends 2002: Mehrzahl der Krankenhäuser will DRG's schon im Jahr 2003 anwenden. <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=113> (1.02.2007).
- DKI, D. K. (2003): Krankenhausbarometer - Umfrage 2003 <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007)
- DKI, D. K. (2004): Krankenhausbarometer - Erhebung 2004 <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007)
- Friedrich, J./Leclerque, G./Paschen, K. (2007): Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. Die Verlierer- und Gewinnerrolle ist nicht auf ewig festgeschrieben. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 4, 425-427
- G-BA, G. B. (2006a): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, vom 20. September 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, S. 15684, in Kraft getreten am 1. Januar 2006, zuletzt geändert am 17. Oktober 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 7050, in Kraft getreten am 25. November 2006. <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-82/Vb-NICU-2006-10-17.pdf> (15.08.2008)
- G-BA, G. B. (2006b): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGBV zugelassene Kran-

- kenhäuser (Vereinbarung zur Kinderonkologie). <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-248/VB-QS-Bauchaortenaneurysma-2008-03-13.pdf> (15.08.2008)
- G-BA, G. B. (2008): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (Qualitätsvereinbarung zum Bauchaortenaneurysma) vom 13. März 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 1706, in Kraft getreten am 1. Juli 2008. <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-248/VB-QS-Bauchaortenaneurysma-2008-03-13.pdf> (15.08.2008)
- Gebhardt, R.-P./Schmidt-Michel, P.-O./Kunze, H. (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. In: e.V., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Grabbe, Y./Nolting, H.-D./Loos, S. (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf (22.02.2008)
- Hansen, D./Braun, J. (2003): Unterfinanzierung der Intensivmedizin im deutschen DRG-System. Die Auswirkungen des Kompressionseffektes werden unterschätzt. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 2, 156-160
- Heinz, D. (2004): Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. A Review of Current Literature. In: Dimensions of Critical Care Nursing 1, 44-50
- IQWiG, I. f. Q. u. W. i. G. (2006): Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. <http://www.iqwig.de/pm-pflegekapazitaet.458.html> (05.10.2006)
- Kiemele, J./Bothe, J. (2009): Delegation von Serviceaufgaben spart Zeit und Geld. In: Die Schwester/Der Pfleger 1, 10-13
- Kovner, C./Jones, C./Zhan, C. et al. (2002): Nurse Staffing and Postsurgical Adverse Events: An Analysis of Administrative Data from a Sample of U.S. Hospitals, 1990-1996. In: Health Services Research 3, 611-629
- Kunze, H./Kaltenbach, L. (Hrsg.) (2005): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Kunze, H./Schmidt-Michel, P.-O. (2007): Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Der Nervenarzt 12, 1460-1464
- Lang, T. A./Hodge, M./Olson, V. et al. (2004): Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. In: Journal of Nursing Administration 7/8, 326-337
- Langsbear, A. J./Sheldon, T. A./Maynard, A. (2005): Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. In: Advances in Nursing Science 2, 163-174.
- Lauterbach, K. W./Lüngen, M./Meurer, U. et al. (2004): Hemmen die DRG den Zahlungsfluss? f&w-Trendanalyse zur Liquiditätssituation der Krankenhäuser. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 2, 108-109
- Lichtig, L. K./Knauf, R. A./Milholland, D. K. (1999): Some impacts of nursing on acute care outcomes. In: Journal of Nursing Administration 2, 25-33
- Ludwig, C. (2009): Service Innovations-Award 2008: Mehr Service fürs Geld. In: Die Schwester/Der Pfleger 1, 16-18
- Manheim, L. M./Feinglass, J./Shortall, S. M. et al. (1992): Regional variation in medicare hospital mortality. In: Inquiry, 55-66
- Mark, B. A./Harless, D. W./McCue, M. et al. (2004): A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. In: Health Services Research 2, 279-301
- McGillis, H./Doran, D./Pink, G. (2004): Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. In: Journal of Nursing Administration, 41-45
- Mergner, U. (1990): Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege: oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 140-166.
- Metzger, F. (2004): DRGs für Einsteiger. Lösungen für Kliniken im Wettbewerb. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

- Needleman, J./Buerhaus, P. I./Mattke, S. et al. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. In: *New England Journal of Medicine* 22, 1715-1722
- Numata, Y./Schulzer, M./Wal, R. v. d. et al. (2006): Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 4, 435-448
- Person, S. D./Allison, J. J./Kiefe, C. I. et al. (2004): Nurse Staffing and Mortality for Medicine Patients with Acute Myocardial Infarction. In: *Medical Care* 1, 4-12
- Pronovost, P. J./Deborah, D./Dorman, T. et al. (2001): Intensive Care Unit Nurse Staffing and the Risk for Complications after Abdominal Aortic Surgery. In: *Effective Clinical Practice* 5, 199-206
- Rafferty, A. M./Clarke, S. P./Coles, J. et al. (2007): Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International Journal of Nursing Studies* 2, 175-182
- Roeder, N./Rochell, B./Scheld, H. (2000): Sicher in die DRGs. Die notwendigen Vorbereitungen im Krankenhaus. In: *Das Krankenhaus* 9, 689-700
- Schöning, B./Luithlen, E./Scheinert, H. (1995): *Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis.* 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Silber, J. H./Rosenbaum, P./Ross, R. (1995): Comparing the contributions of groups of predictors: which outcomes vary with hospital rather than patient characteristics. In: *Journal of the American Statistical Association* 429, 7-18
- Simon, M. (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung.* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Simon, M. (2007): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise.* 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber
- Simon, M. (2008a): *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen.* Bern: Hans Huber
- Simon, M. (2008b): *Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung.* http://www.boeckler.de/show_project_fofoe.html?projectfile=S-2008-116-4.xml (10.09.2008)
- Sovie, M. D./Jawad, A. F. (2001): Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. In: *Journal of Nursing Administration* 12, 588-600
- Strehl, R. (2004): Die Hochleistungsmedizin bleibt auf der Strecke. Das diagnoseorientierte Fallpauschalensystem benachteiligt die Maximalversorger und Universitätskliniken. In: *Deutsches Ärzteblatt* 39, 2584-2590
- Teigeler, B. (2009): Modellprojekt Servicehelfer: Service als Chance. In: *Die Schwester/Der Pfleger* 1, 20-22
- Tourangeau, A. E./Cranley, L. A. (2006): Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. In: *Quality and Safety in Health Care* 2, 4-8
- Tourangeau, A. E./Giovanetti, P./Tu, J. V. et al. (2002): Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients. In: *Canadian Journal of Nursing Research* 4, 71-88
- Tuschen, K. H./Trefz, U. (2004): *Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen.* Stuttgart: Kohlhammer
- Unruh, L. (2003): Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. In: *Medical Care* 1, 142-152
- Whitman, G. R. (2002): The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. In: *Journal of Nursing Administration* 12, 633-639

Prof. Dr. Michael Simon

Fachhochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, michael.simon@fh-hannover.de

Sabine Metzging, Jörg große Schlarmann, Wilfried Schnepf

Herausforderungen für die Entwicklung evidenzbasierter Pflege-Interventionen am Beispiel der Konzeption eines Hilfsangebots für pflegende Kinder und ihre Familien

Challenges for the development of evidence-based nursing interventions in the context of the conception of support for young carers and their families

Young carers and their families need multi-layered support to prevent damaging effects on the children's overall development. So far, in Germany there is no specific support available for young carers and their families. The aim of the study described here is to meet the challenge of developing evidence-based interventions, which a) allow for the complex situation, b) consider the real world of families concerned and which c) also allow for scientific evaluation. In this paper, considerations for content and method will be discussed.

Keywords

young carer's needs, family nursing, evidence based nursing interventions, Utrecht model, management of chronic illness

Pflegende Kinder und ihre Familien bedürfen einer multiprofessionellen Unterstützung, um schädigenden Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung der Kinder vorzubeugen. Da es in Deutschland derzeit keine spezifischen, dem Bedarf und den Bedürfnissen angepassten Hilfsangebote gibt, ist es Ziel der hier beschriebenen Studie, sich der Herausforderung zu stellen, eine der komplexen Situation angepasste evidenzbasierte Intervention zu entwickeln, die sowohl der Lebenswirklichkeit betroffener Familien Rechnung trägt als auch so gestaltet ist, dass sie wissenschaftlich evaluierbar bleibt. In diesem Beitrag stehen hierzu inhaltliche und methodische Überlegungen zur Diskussion.

Schlüsselwörter

Pflegende Kinder, familienorientierte Pflege, evidenzbasierte Pflegeinterventionen, Utrechter Modell, Bewältigung von chronischer Krankheit

eingereicht 19.3.2008

akzeptiert 04.6.2008 (nach Überarbeitung)

Hintergrund

Über viele Jahre lag ein Schwerpunkt der jungen deutschen Pflegewissenschaft in der Durchführung von deskriptiven und explorativen Studien. Als Praxiswissenschaft steht sie nun vermehrt vor der Herausforderung, auf diesen Studien aufbauend evidenzbasierte Interventionen zu entwickeln, die zu einer professionellen Versorgung akut und chronisch kranker oder behinderter Menschen beitragen, respektive diese gewährleisten. Der Schwerpunkt dieses Artikels liegt auf der Entwicklung von Interventionen, deren Ziel es ist, chronisch erkrankte Menschen und deren Familien bei der Gestaltung ihres Alltags effektiv und effizient zu unterstützen. Interventionen zu entwickeln, die den Anspruch erheben, sowohl evidenzbasiert als auch alltagstauglich zu sein, birgt neben inhaltlichen auch methodische Herausforderungen. Einerseits muss die Intervention wissenschaftlich evaluierbar sein, andererseits stellt ihr Anwendungsbereich kein ideales, d.h. kontrollierbares Setting dar sondern erhebt den Anspruch, (Lebens)Realität von Menschen mit all ihrer Komplexität und Individualität zu berücksichtigen. Die Entwicklung von Interventionen bedarf daher einer sorgfältigen und stufenweisen Vorgehensweise unter Zuhilfenahme von sowohl qualitativen wie auch quantitativen Methoden. Diesen Herausforderungen stellt sich das ‚Utrechter Modell zur Entwicklung, Testung und Einführung von evidenzbasierten Pflegeinterventionen‘ (Grypdonck 2004; Meijel et al. 2004), indem es einen geeigneten Bezugsrahmen bietet. Am konkreten Beispiel der Entwicklung eines Hilfe- und Unterstützungsangebotes für pflegende Kinder und ihre Familien in Deutschland soll dieses Phasenmodell nachfolgend aufgegriffen werden.

1. Das Utrechter Modell (UM)

Das UM wurde im Rahmen mehrerer Studien im Forschungsprogramm der Abteilung Pflegewissenschaft an den Universitäten Utrecht (NL) und Gent (B) entwickelt und so konzipiert, dass für die Entwicklung von Pflegeinterventionen empirische Daten sowohl aus quantitativer wie auch aus qualitativer Forschung genutzt werden (ausführlich in: Grypdonck 2004). Es besteht aus sechs Phasen, die abhängig vom Stand der Informationen zu dem Gegenstand gekürzt oder ausgelassen werden können (s. Tabelle 1).

2. Das UM am Beispiel der Konzeption eines Unterstützungsangebotes für pflegende Kinder und ihre Familien in Deutschland

Nachfolgend wird der Prozess der hier zu entwickelnden Intervention anhand des UM dargestellt. Dazu werden Ergebnisse aus einzelnen Phasen zusammengefasst und es wird beschrieben, wie sich diese auf die inhaltliche Gestaltung der nachfolgenden Phasen auswirken.

Tab. 1: Phasen des Utrechter Modells (Grypdonck 2004; Meijel et al. 2004)

1. Definition und Analyse des Problems und der Bedürfniseinschätzung	Phase 1 beginnt mit einer Literaturstudie, um zusammenzufassen, was über den Gegenstand bereits bekannt ist. Bei unzureichender Kenntnis des Problems erfolgt eine qualitative Erhebung mit Fokus auf die Betroffenen. Die darin zu beantwortenden Fragen richten sich auf das Erleben der Situation aus Sicht der Betroffenen: Was bedeutet die Erkrankung für die Person/Familie? Wie beeinflusst sie das alltägliche Leben? Welche Bewältigungsstrategien wurden zum Umgang mit der Situation gewählt/erprobt? Wo ist Hilfe notwendig? Welche Prozesse beeinflussen den Hilfebedarf?
2. Überprüfung der bestehenden Praxis	Phase 2 konzentriert sich auf die Überprüfung der Praxis. Ziel ist es, bereits bestehende Interventionen zu identifizieren und zu analysieren. Dabei werden die daran beteiligten Akteure (Betroffene sowie Professionelle) interviewt, um die für die Wirkung der Intervention förderlichen wie auch hinderlichen Faktoren zu identifizieren. Parallel werden die dabei gewonnenen Ergebnisse mit der Literatur abgeglichen. Die Interviews werden halbstrukturiert und leitfadengestützt geführt.
3. Entwicklung des Konzeptes der Intervention	Phase 3 sieht die Entwicklung des Konzeptes der Intervention basierend auf theoretischen Überlegungen vor. Im Sinne eines „kreativen Prozesses“ (Grypdonck 2004) soll ein Entwurf erarbeitet werden, der anschließend Expertinnen und Experten zur Begutachtung und Bewertung von Inhalt und Anwendbarkeit vorgelegt wird. Als Experten werden wiederum Professionelle wie auch Betroffene eingebunden.
4. Feldversuch und Verfeinerung der Intervention	In Phase 4 erfolgt ein Feldversuch mit Verfeinerung der Intervention. Vorzugsweise, so Grypdonck (2004), nimmt die Forscherin an der Durchführung der Intervention in der Praxis teil. Dies ermöglicht „Erfahrung aus erster Hand über die Anwendung der Intervention und die Wirkungen, die sie auf Klienten und Pflegende hat“ (ebd.). Auch hier erfolgen halbstrukturierte Interviews mit allen beteiligten Akteuren (Betroffene und Professionelle). Deren Analyse gibt Aufschluss darüber, ob die Intervention angepasst werden muss oder für den Einsatz in der Praxis verabschiedet werden kann.
5. RCT	Phase 5 sieht, sofern notwendig und ethisch vertretbar, eine randomisiert kontrollierte Studie vor.
6. Einführungsstudie	Das Utrechter Modell schließt mit einer Einführungsstudie ab.

2.1 Phase 1 des UM:

Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige in Deutschland

Bei wachsendem Wissen über die Situation erwachsener pflegender Angehöriger nicht nur in Deutschland wurden Kinder und Jugendliche hierzulande mit Ausnahme einer Pilotstudie (Dietz/Clasen 1995) bislang nicht als spezifische Gruppe pflegender Angehöriger mit besonderen Bedürfnissen und Problemlagen wahrgenommen. Weder war bekannt, wer sie sind, noch wie sich ihre Situation hierzulande darstellt. Eine Literaturstudie (Hübner 2003) ergab, dass dieses Thema bereits seit Anfang der 90er Jahre vor allem in Großbritannien (GB) beforscht wird. Die Prävalenz wird für GB mit 1,5% angegeben (Office of National Statistics 2003), d.h., dass 1,5% aller Kinder unter 18 Jahren pflegende Kinder sind (Becker 2004). Für andere Länder, Deutschland eingeschlossen, liegen keine repräsentativen Angaben vor. Falls die britische Prävalenzrate von 1,5% auf Deutschland übertragbar ist, würden bei über 15 Millionen Kindern unter 18 Jahren (Statisches Bundesamt 2003) über 225.000 Kinder als pflegende Angehörige zu bezeichnen sein. Pflegende Kinder, so legen britische Untersuchungen nahe,

werden in allen Bereichen familialer Hilfen tätig. Sie leisten hauswirtschaftliche Hilfe oder übernehmen sogar die Führung des Haushalts; sie führen direkte Pflegetätigkeiten aus, sie leisten emotionale Unterstützung, und sie sorgen für ihre Geschwister (Becker et al. 1998; Dearden/Becker 2000). Einige Kinder sind so stark in pflegerische Hilfen eingebunden, dass diese zu einer kaum zu bewältigenden Belastung werden. Britische Wissenschaftler verweisen auf die Vulnerabilität betroffener Familien und prognostizieren, dass sich fehlende Unterstützung der Familien nachhaltig auf die gesamte Entwicklung der Kinder auswirken kann (Aldridge/Becker 1993a; Becker et al. 1998; Dearden/Becker 2001).

Um auch hierzulande Einblick in die spezifische Situation von pflegenden Kindern zu erlangen und einen möglichen Hilfebedarf erkennen zu können, wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) eine qualitative Studie durchgeführt. Ethische Überlegungen wurden der Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke vorgelegt. Im Mittelpunkt dieser Grounded Theory Studie standen Art und Umfang der Tätigkeiten, die von Kindern übernommen werden, beeinflussende Faktoren, Beweggründe der Kinder wie auch ihr Erleben der Situation. Ferner wurden konkrete Wünsche und Erwartungen betroffener Kinder und ihrer Eltern an Unterstützung von Außen erfragt. Daten wurden mittels halbstrukturierter Interviews über einen Zeitraum von 16 Monaten im gesamten Bundesgebiet erhoben. Insgesamt wurden 81 Interviews geführt, die sich auf 34 Familien verteilen. Die Stichprobe ist heterogen, so dass viele relevante Aspekte des Phänomens vertreten sind. An den 81 Interviews waren insgesamt 41 Kinder im Alter von 4½ bis 19 Jahren, sowie 41 Eltern/Großeltern beteiligt. 16 Familien sind Einelternfamilien mit überwiegend allein erziehenden Müttern, in 18 Familien leben beide Eltern im selben Haushalt (darunter ein Dreigenerationenhaushalt). Die Grunderkrankung basiert bei 25 Betroffenen auf einer körperlichen Ursache, bei 13 Betroffenen liegt eine psychische Erkrankung vor. Die zentralen Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst (ausführlich in: Metzger 2007).

2.1.1 „so normal wie möglich weiterleben können“

Eine chronische Erkrankung eines Angehörigen nimmt Einfluss auf Aktivitäten der gesamten Familie. Der Alltag verändert sich und muss reorganisiert werden. Im Idealfall entwickelt die Familie Strategien, um mit der Krankheit zu leben und das Leben als Familie ‚so normal wie möglich weiterleben zu können‘. Häufig ist dies jedoch nicht der Fall, denn Krankheitsbewältigung wird von vielen Faktoren beeinflusst. Hierzu gehören der Schweregrad der Erkrankung und die Anzahl der Schultern, auf die sich die umzuschichtende Arbeit verteilen lässt. Doch auch finanzielle Ressourcen und bürokratische Hürden spielen eine Rolle. Wenn viele einschränkende Faktoren zusammen kommen, dominiert die Krankheit das Leben der Familie und wird zu einer Bedrohung für den Alltag. Kinder haben Angst um ihre Eltern, und sie fürchten sich davor, als Familie getrennt zu werden. Die Familie reagiert auf diese Bedrohung, indem sie zusammenrückt, und Kinder beteiligen sich daran, den Alltag zu gestalten und aufrechtzuerhalten.

ten. Mit dem Ziel, ihre Familie zusammenzuhalten, übernehmen sie aktiv Verantwortung. Sie füllen die Lücken und versetzen sich in permanente Bereitschaft, um unmittelbar auf Veränderungen reagieren zu können. Dabei helfen sie mit oder sind rund um die Uhr alleinverantwortlich tätig. Pflegende Kinder sind in allen Bereichen von Pflege und Haushaltsführung aktiv, sie tun, was erwachsene pflegende Angehörige auch tun. Bei alledem vermeiden sie es, über ihre Situation zu reden. Viele Kinder glauben, ein Familiengeheimnis wahren zu müssen und sprechen nicht mit anderen über die Krankheit der Eltern oder über ihre Pflegerolle, zu groß ist die Angst vor Unverständnis, Stigmatisierung und Einmischung von Außen (z.B. durch das Jugendamt), die für sie fast ausnahmslos eine Bedrohung darstellt.

Die vielfältigen Interventionen der Kinder ziehen positive wie auch negative Folgen nach sich. Für einige Jugendliche wirken sich die Tätigkeiten auf den Schulalltag aus. Schlafmangel führt zu Konzentrationsschwächen und nachlassenden Noten. Die familiäre Verantwortung erlaubt kaum Zeit zu lernen, in Extremsituationen kommt es zu Fehlzeiten, die sich über Wochen hinziehen können. Je nach Ausmaß ihrer Hilfen erfahren die Kinder auch soziale Auswirkungen. Einige sind so stark in die Pflege eingebunden, dass sie keine Zeit für sich haben, und bleibt dieser Zustand ein anhaltender, leben sie sozial isoliert, ohne Kontakt zu Gleichaltrigen. Emotionale Auswirkungen, z.B. sich zurückziehen, traurig sein, sich sorgen, Angst haben oder sich schämen, werden in unterschiedlicher Ausprägung von fast allen Betroffenen erwähnt. Festzuhalten ist, dass sich nachteilige Auswirkungen auf Kinder häufen, sobald keine Ressourcen zur Verfügung stehen und die Pflege des erkrankten Elternteils den familialen Alltag und somit auch den der Kinder dominiert.

Bleibt die Krankheit eine Bedrohung für die Familie, beginnt ein gefährlicher Kreislauf. Die Familie versucht zwar, den Alltag aufrechtzuerhalten, ein normales Leben ist jedoch außer Reichweite. Die Familie reagiert auf die Not, indem sie noch enger zusammenrückt, vielfach schottet sie sich fast vollständig nach außen ab. Die Kinder intensivieren ihre Handlungen, alles wird der Alltagsbewältigung untergeordnet, der Schutz der Familie dominiert den Alltag, und das Ausmaß negativer Auswirkungen auf die Kinder nimmt zu. Dieser bedrohliche Kreislauf, so die hier vertretene These, kann durch angemessene Unterstützung überwunden werden. Familien werden Hilfsangebote jedoch nur in Anspruch nehmen, wenn sie sowohl darauf vertrauen können, dass die Hilfe keine Gefährdung für das Familiensystem darstellt als auch erkennen, dass unterstützende Maßnahmen sich tatsächlich an ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen, d.h., an ihrer Lebenswirklichkeit orientieren.

2.1.2 Komplexität des Hilfebedarfs

Die von betroffenen Kindern, Jugendlichen und Eltern formulierten Wünsche und Erwartungen an Unterstützung von Außen sind vielfältig und spiegeln die Komplexität des durch die Erkrankung erschwerten Alltags wieder. Im Vordergrund steht, den Familienalltag aufrechtzuerhalten; die Familie, nicht die Krankheit(sbewältigung) steht im Vordergrund. Hilfe muss sich demnach an die gesamte Familie richten, denn nur

wenn diese als System Unterstützung erfährt, wird sie im Alltag Entlastung erfahren. Die zentralen Anforderungen an Unterstützung von Außen lassen sich aus Sicht der betroffenen Familien wie folgt zusammenfassen (ausführlich in: Metzing 2007):

- zentrale Anlaufstelle

Das Bedürfnis nach einer zentralen Anlaufstelle verweist auf das Problem des „Versorgungsdickichts“ (Schaeffer/Moers 2000) innerhalb des deutschen Gesundheitssystems und auf die mangelnde Vernetzung von Institutionen, und es verdeutlicht, dass niemand als Ansprechpartner zuständig ist. Vertreter der Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Sozialpsychiatrische Dienste, Jugendämter und Pädagogen wenden sich in der Regel an das Individuum, nicht aber an die Familie als Einheit. Hilfen sind nicht aufeinander abgestimmt, (Fall)Besprechungen stellen eine Ausnahme dar. Betroffene Familien sind in ihrer Not jedoch meistens überfordert, für die vielfältigen Bedürfnisse jeweils einzeln die entsprechende Anlaufstelle herauszufinden.

- ‚jemanden zum Reden haben‘ (Professionelle wie auch Gleichbetroffene)

Kinder wie Eltern wünschen sich emotionale Entlastung und ‚jemanden zum Reden‘. Fast alle vermeiden es, innerhalb der Familie über ihre innere Auseinandersetzung mit der besonderen Lebenssituation zu sprechen. Abgesehen davon, dass ihnen oft das Wissen fehlt, wie sie ein solches Gespräch beginnen und führen können, versuchen die Betroffenen vorrangig, die eigenen Sorgen mit sich selbst auszumachen. Kinder wollen ihre Eltern nicht zusätzlich belasten, kranke Eltern wollen ihrerseits die ohnehin beanspruchte Familie nicht noch zusätzlich mit ihren Sorgen belasten, und gesunde Eltern haben das Gefühl, stark sein zu müssen. Die Familienangehörigen wünschen sich professionelle Gesprächspartner, die den Auftrag haben, ihre Sorgen entgegenzunehmen, damit der Familienalltag eben nicht nur durch die Krankheit dominiert wird. Auch das trägt zu Normalität bei. Sie wünschen sich zudem als Familie aber auch jeder für sich selbst gleichbetroffene Gesprächspartner, die sie verstehen, die Mut machen, mit denen sich „richtig“ über die Situation reden lässt.

- Information und Anleitung (Krankheit und Pflege)

Kinder haben auch ein Bedürfnis nach altersgerechter Information und Beratung, sowohl die Erkrankung als auch die Pflege betreffend. Für Kinder körperlich erkrankter Eltern stehen praktische Handgriffe im Vordergrund, Kinder von psychisch erkrankten Eltern brauchen hingegen andere Fertigkeiten, um intervenieren zu können.

- unbürokratische, flexible Alltagshilfen

Familien wünschen und erwarten unbürokratische und flexible Alltagshilfen, die sich an ihrer Lebensrealität orientieren. Eine Hauptbelastung besteht für betroffene Familien darin, aufgrund der Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs nicht planen zu können. Tätigkeiten, die morgens noch möglich sind, können bereits am Nachmittag zu einer unüberwindbaren Hürde werden, so dass die Eltern sich vor allem flexible Hilfen wünschen. Wenn akut Hilfebedarf besteht, dann soll Unterstützung auch schnell und unbürokratisch verfügbar sein. Eltern benennen hier Bedarf an Einkaufs- und

Haushaltshilfen, Kinderbetreuung, einem Fahrdienst (für sich selbst und ihre Kinder) sowie einem Nottelefon. Auch aus Sicht der Kinder kann eine Haushaltshilfe Entlastung ermöglichen, wobei sie die eigene Bereitschaft, weiterhin mitzuarbeiten, nicht in Frage stellen. Ein dringendes Alltagsbedürfnis besteht auch in dem Wunsch nach jemandem, der Kinder in den Kindergarten oder in die Grundschule begleitet, wenn die Eltern krankheitsbedingt ausfallen.

- Auszeiten und Zeit für Eigenes („Kind sein ohne Attribut“)

Über eigene freie Zeit verfügen zu können, bedeutet Normalität und stellt eine Quelle der Regeneration dar. Erwachsene pflegende Partner wünschen sich Freizeit, in der sie ausruhen und sich erholen können. Pflegende Kinder hingegen formulieren kaum Wünsche für sich selbst. Kinder chronisch kranker Eltern haben offensichtlich gelernt, Verantwortung zu übernehmen und Prioritäten zu setzen, so dass Wunschträume, die nicht mit der familialen Situation zu tun haben, kaum Platz haben.

- Hilfen durch den Paragraphenschwung

Eltern wünschen sich auch kompetente Beratung sowie praktische Unterstützung im Zusammenhang mit Antragsformularen. Viele Eltern beklagen den hohen Zeitaufwand, der erforderlich ist, um sich durch die oft unverständlichen Formulare zu arbeiten, zudem beklagen sie fehlende Beratung.

2.2 Phase 2 des UM: Überprüfung der Praxis

In GB existieren seit Jahren so genannte „Young Carers Projects“, mittlerweile ist ihre Zahl landesweit auf über 300 angewachsen¹. Deutschland hingegen verfügt bislang nicht über spezifische Hilfsangebote für pflegende Kinder. Dennoch wurden im bisherigen Projektverlauf immer wieder einzelne Initiativen ‚entdeckt‘, die sich, mit unterschiedlichem (beruflichen) Hintergrund und Fokus, Kindern von chronisch erkrankten Angehörigen zuwenden. Aus diesem Grund gliedert sich diese Phase für die hier beschriebene Studie in zwei Bereiche: a) Analyse bestehender Angebote für pflegende Kinder im Ausland, sowie b) Identifikation von lokalen Hilfsangeboten für Kinder von chronisch erkrankten Angehörigen im Inland.

2.2.1 *Young Carers Projekte in GB*

Mit dem Ziel, vor Ort aus den Erfahrungen in GB zu lernen und bereits etablierte Angebote in der täglichen Praxis zu erleben, erfolgte eine einwöchige Reise nach GB. Auf der Agenda, die von der Children's Society organisiert wurde, standen Experteninterviews mit Projektleitungen, die Teilnahme an einem County Council Officer Treffen, auf dem für die Region Hampshire die ‚Young Carers‘-Strategie der nächsten vier Jahre diskutiert wurde, sowie der Besuch von vier Projekten. Die Experteninterviews waren in strukturelle und inhaltliche Fragen unterteilt, wobei folgende Themen von Interesse

¹ eine Übersicht findet sich unter s.a. <http://www.lboro.ac.uk/departments/ss/centres/YCRG/projects.html>

waren: Zugang zu betroffenen Familien, Einzugsgebiet, Finanzierung, beteiligte Berufsgruppen, Vernetzung, Kooperationen, Erreichbarkeit des Projekts, Angebot (Inhalt und Frequenz), Zielgruppe (ausschließlich Kinder oder familienorientierter Ansatz), Altersgruppe, Evaluierung, Tipps und Stolperfallen. Interviews mit pflegenden Kindern konzentrierten sich auf deren Erleben der Intervention (Was bewerten sie als hilfreich? Was vermissen sie? Was gilt es zu verändern?).

Die Projekte werden ausschließlich von Sozialarbeitern geleitet, Pflegekräfte sind nicht involviert². Die Finanzierung stellt sich in zweierlei Hinsicht für alle Projekte als problematisch dar. Einerseits werden zwar staatliche Mittel für Sach- und Materialkosten bereitgestellt, diese müssen jedoch jährlich neu beantragt und bewilligt werden, so dass eine langfristige Planung kaum möglich ist. Andererseits sind die Projekte zur Deckung ihrer Personalkosten auf Spenden angewiesen, die zusätzlich akquiriert werden müssen. Inhaltlich legen die Angebote ihre Schwerpunkte auf „Freizeitgestaltung“, „Kind sein können“, „gemeinsames Spielen“, „Freunde finden“, „gemeinsames Kochen und Essen“ und „Gesprächsangebote“. In Interviews betonten die teilnehmenden Kinder ausdrücklich, wie wichtig in ihren Augen diese „Auszeiten“ von der häuslichen Situation sind. Kaum eines der Projekte ist wissenschaftlich evaluiert. Bislang lag den Projekten kein familienorientierter Ansatz zu Grunde, jedoch wurde kürzlich von der Children's Society die neue Strategie „Think Family“ vorgestellt (Cabinet Office 2007), welche die Notwendigkeit von zusammenhängender Unterstützung sowohl für pflegende Kinder als auch für ihre Familien aufgreift und eine familienorientierte Umsetzung anstrebt.

2.2.2 Hilfsangebote für Kinder chronisch kranker Eltern in Deutschland

Auch in Deutschland gibt es Hilfsangebote für Kinder kranker Eltern oder Geschwister, die sich mit unterschiedlichem Fokus an die Betroffenen wenden. Auch hier wurden Experteninterviews mit Projektverantwortlichen geführt, die Fragen gleichen denen der britischen Interviews. Zusätzlich werden bundesweit bestehende Projekte in einer Synopse zusammengefasst, um sie im Internet verfügbar zu machen. Die meisten Projekte haben aufklärende Funktion und konzentrieren sich auf Wissen über und Umgang mit einer chronischen Erkrankung in der Familie. Die Mehrzahl der Projekte ist für Kinder von chronisch psychisch kranken Eltern konzipiert, für Kinder von chro-

2 Für die hier zur Diskussion stehende Intervention wird der Fokus neben sozialpädagogischen Interventionen vor allem auch auf Information, Anleitung und Beratung gelegt, so dass der Pflege in der Notwendigkeit einer gut abgestimmten Kooperation mit anderen Professionen eine bedeutsame Rolle zukommt, die sich am ehesten in der von der WHO geforderten „Family Health Nurse“ erfüllt, der Familiengesundheitsschwester, die Pflegeexpertin und Gesundheitsmanagerin zugleich ist und Familien frühzeitig mit Rat und Tat zur Seite steht (Schnepf/Eberl 2005; Eberl/Schnepf 2006). Sie ist das Bindeglied zu Ärzten, Ämtern, Krankenkassen und weiteren Instanzen, und könnte nicht nur das von Schaeffer und Moers (2000) angemahnte Versorgungsdickicht zu durchdringen helfen, sondern auch dazu beitragen, die Kluft zwischen Versorgungswirklichkeit und Patienten-, respektive Familienwirklichkeit zu überbrücken (ebd.). Auch in den Niederlanden hat die Pflege dieses Aufgabenfeld für sich reklamiert und die Führung und Koordinierung von Hilfsprojekten für pflegende Kinder und Jugendliche übernommen, ohne dabei jedoch die Notwendigkeit eines multiprofessionell arbeitenden Teams aus dem Fokus zu verlieren.

nisch körperlich kranken Eltern liegen so gut wie keine Angebote vor. Die Projekte fußen fast ausschließlich auf Initiative von Einzelpersonen, sie sind meist auf Vereinsebene organisiert und ihr – vor allem finanzielles – Bestehen hängt maßgeblich vom Engagement der einzelnen Initiatorinnen ab. Eine Förderung durch öffentliche Gelder findet – wenn überhaupt – nur marginal statt. So lange es keine Gesetzesgrundlage für die Notwendigkeit von Hilfen gibt, ist an eine Regelfinanzierung nicht zu denken, und die Projekte werden weiterhin auf Einzel- und Firmenspenden angewiesen bleiben, um fortbestehen zu können. Evaluationen der Projekte liegen mit einer Ausnahme nicht vor, ein Vergleich ist auf Grund der unterschiedlichen Konzepte und Schwerpunkte kaum möglich. Bei den meisten Projekten handelt es sich um Kurzzeitinterventionen, mit zwei Ausnahmen liegt der Fokus primär auf den Kindern, nicht auf der gesamten Familie. Der Aufbau eines systematischen Netzwerks, von dem auch Gemeinden profitieren könnten, in denen es bis heute keine vergleichbaren Angebote für betroffene Kinder und ihre Familien gibt, scheitert derzeit an mangelnden Ressourcen. Spezifische Unterstützungsangebote für pflegende Kinder und deren Familien, die sich auf die Rolle der Kinder als pflegende Angehörige konzentrieren, konnten nicht identifiziert werden.

2.3 Phase 3 des UM: Interventionsentwicklung

Die in Phase eins und zwei gewonnenen Ergebnisse bilden die Basis für die Interventionsentwicklung. Ziel ist es, einen Konzeptentwurf zu erarbeiten und diesen auf einer Fachtagung mit Expertinnen und Experten zu diskutieren, bevor die Intervention modellhaft implementiert wird. Bislang ist deutlich geworden, dass ein Unterstützungsangebot für pflegende Kinder und ihre Familien der komplexen Situation gerecht werden und sowohl bedürfnis- wie auch bedarfsgerecht ausgerichtet sein muss. Eltern benötigen andere Unterstützung als ihre Kinder, und auch Geschwister können sich im Unterstützungsbedarf unterscheiden. Einige Angebote können standardisiert werden, andere müssen – im Rahmen der angebotenen Module - individuell bleiben.

Nahezu alle Lebensbereiche einer Familie sind betroffen, so dass in Abhängigkeit zur individuellen Situation einer Familie verschiedene Module³ (z.B. Gesprächsangebot, Selbsthilfe, Information zu Krankheit und Pflege sowie praktische Anleitung, Hausaufgabenhilfe, Freizeitangebot, administrative Unterstützung) zur Verfügung gestellt werden. Anforderungen an diese sind in den nachfolgenden drei Tabellen zusammengefasst.

Die Unterschiedlichkeit der Module und die damit verbundenen professionellen Anforderungen legen nahe, dass zu ihrer Umsetzung verschiedene Akteure in einem multiprofessionellen Team zusammenarbeiten werden. Wünschenswert ist auch eine Integration des Ehrenamts.

³ das vollständige Interventionskonzept wird an anderer Stelle ausführlich vorgestellt

Tab. 2: Unterstützung für die ganze Familie

Problemfelder: Bedürfnisse/Wünsche der Familie	Anforderungen an die Module der Intervention
Verborgtheit der Not der Familie aus Angst davor, auseinandergerissen zu werden	Familie stärken u. Sicherheit herstellen: sicheres, vertrauensvolles Umfeld schaffen, „zusammenbleiben“ der Familie als wichtiges Ziel
fehlendes Wissen, wie in der Familie über die Krankheit gesprochen werden kann	Familiengespräche anbieten
Mangel an unbürokratischer und schneller Hilfe	zentrale Anlaufstelle, Hilfe zeitnah und akut gewährleisten: „Hotline“ einrichten, Ehrenamt integrieren
soziale Isolation der Familie krankheitsbedingte Einschränkung von gemeinsamen Aktivitäten der Familie, Krankheit dominiert den Familienalltag	Ressourcen der Familie fördern: „das Leben über die Krankheit heben“ (Grypdonck 1996; 2000; 2005); Familienselbsthilfegruppen

Tab. 3: Unterstützung für die Kinder und Jugendlichen

Problemfelder : Bedürfnisse/Wünsche der Kinder und Jugendlichen	Anforderungen an die Module der Intervention
Kinder reden nicht über ihre Sorgen, eines der dringendsten Bedürfnisse stellt jedoch „jemanden zum reden“ zu haben dar	„jemanden zum reden haben“: Gesprächsangebot mit Gleichbetroffenen (peers) und Erwachsenen
mangelndes Wissen über die Krankheit und über Pflegetechniken	altersgerechte pflegerische und medizinische Informationen sowie praktische Übungen
Abbau schulischer Leistungen	Nachhilfeangebot schaffen
Mangelnde bis fehlende Freizeit durch z.T. hohe Beanspruchung	regelmäßiges altersgerechtes Freizeitangebot (1x/Woche): „Kind sein ohne Attribut“
zu starke Bindung an die Eltern, Zurückstellen eigener Bedürfnisse	Eltern stabilisieren, um Kinder zu entlasten

Tab. 4: Unterstützung für die Eltern

Problemfelder : Bedürfnisse/Wünsche der Eltern	Anforderungen an die Module der Intervention
Auch Eltern reden selten über ihre Sorgen, haben gleichzeitig aber häufig das Bedürfnis nach Professionellen wie auch Gleichbetroffenen Gesprächspartnern	„jemanden zum reden haben“: Gesprächsangebot mit Gleichbetroffenen und Professionellen Eltern stärken und stabilisieren, um Kindern die Last der Verantwortung zu nehmen
fehlendes Wissen über Möglichkeiten der Beantragung von Geldern	administrative Unterstützung und Beratung

2.4 Phase 4 des UM: Feldversuch

Diese Phase verfügt über einen hohen Aktionsforschungsanteil und verfolgt das Ziel, das Interventionskonzept so lange zu überarbeiten, bis es keine Verbesserungen mehr gibt. In dieser Studie wird Phase 4 übersprungen, da bereits ein starkes Gewicht auf den vorbereitenden Phasen liegt, so dass die Intervention in Phase 5 direkt getestet wird.

2.5 Phase 5 des UM: Evaluation der Intervention

Diese Phase sieht die Durchführung eines RCT vor, sofern dies „notwendig und ethisch vertretbar“ ist (Grypdonck 2004, S. 40). Experimentelle Studien prüfen die Wirksamkeit einer Intervention unter idealen Bedingungen, zeigen jedoch Schwäche, wenn die Frage beantwortet werden soll, ob die Intervention unter realen Bedingungen ebenso effektiv ist (Faller et al. 1999). Interventionen für Familien mit pflegenden Kindern finden unter realen (Alltags)Bedingungen der Familien statt. Sie bieten einen modularen Rahmen, der jedoch die notwendige Flexibilität erlauben muss, einer Familie bedürfnisorientiert die bestmögliche individuelle Unterstützung anzubieten. Eine Standardisierung (der Module) der Intervention ist demnach weder möglich noch wünschenswert. Um dennoch eine randomisiert kontrollierte Studie realisieren zu können, wird in dieser Studie ein Wartegruppensdesign zur Anwendung kommen, bei dem die Wartegruppe als Kontrollgruppe dient. Das bedeutet, dass zu Beginn in beiden Gruppen eine erste Erhebung erfolgt (t_0), dann beginnt die erste Gruppe mit der Intervention, während die zweite Gruppe ohne Intervention ‚wartet‘. Nach einem definierten Zeitraum erfolgt eine zweite Erhebung der Outcomekriterien in beiden Gruppen (t_1), dann erhält die Wartegruppe ebenfalls die Intervention. Sofern die Ergebnisse aus t_1 in der Interventionsgruppe erkennen lassen, dass sich die Lebensqualität der betroffenen Kinder verschlechtert hat, wird die Wartegruppe vorerst keine Intervention erhalten. Qualitative Interviews dienen dann der Klärung, ob und wenn ja welche Anteile der Intervention diese Verschlechterung herbeigeführt haben. Das Studiendesign ist in Abbildung 1 skizziert.

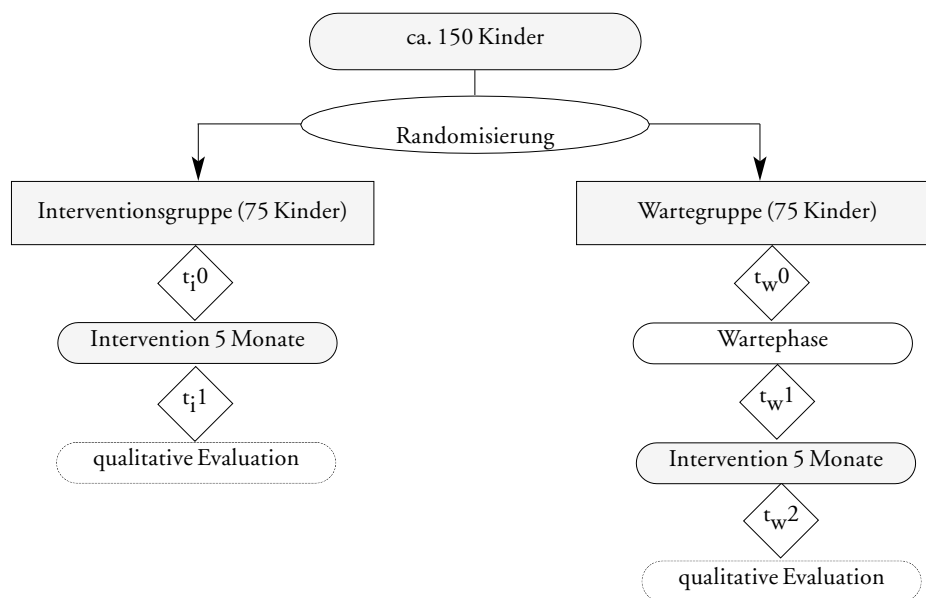


Abb. 1: Wartegruppensdesign

Eine Kalkulation der erforderlichen Stichprobengröße über die Effektgröße lässt sich nicht durchführen, da für diese Population weder Vergleichsdaten zur Lebensqualität noch zu der geplanten Intervention (oder vergleichbarer Interventionen aus dem Ausland) vorliegen. Zur Berechnung einer erwartbaren Stichprobengröße wurde die Anzahl aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren der Stadt Dortmund zugrunde gelegt ($n = 97.539$ Kinder/Jugendliche; Stadt Dortmund Fachbereich Statistik 2007). In GB wird die Prävalenz pflegender Kinder/Jugendlicher mit 1,5% angegeben (vgl. Becker 2004). Legt man diesen Wert als einzigen verfügbaren Anhaltspunkt zugrunde, beträgt die (geschätzte) Gesamtpopulation pflegender Kinder/Jugendlicher in Dortmund $n = 1.463$. Unter Berücksichtigung des extrem schwierigen Feldzugangs wird davon ausgegangen, dass maximal 10% der Gesamtpopulation in die Stichprobe aufgenommen werden können. Das entspricht einer erwartbaren Stichprobengröße von maximal $n = 150$ Kindern. Ausgehend von dieser realisierbaren Fallzahl von 75 Kindern pro Gruppe lässt sich unter Berücksichtigung einer Power von 0,80 auf einem Signifikanzniveau von 0,05 (zweiseitiger t-Test) ein Effekt von 0,46 nachweisen (sofern vorhanden). Als Zielgröße wird dabei der Summenscore des Fragebogens zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, kurz KINDLR, zugrunde gelegt.

Hauptzielgröße der Intervention ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität von pflegenden Kindern. Lebensqualität stellt ein „latentes Konstrukt dar, das nicht direkt beobachtbar ist, sondern nur indirekt über Indikatoren (...) operationalisiert werden kann“ (Schumacher et al. 2003, S. 5). Bewertung von Lebensqualität ist immer subjektiv (Jenney/Campbell, 1997; Klassen et al., 2003; Schumacher et al., 2003) und sollte im Sinne eines Selbstberichts erhoben werden. Diese Methode hat sich auch in der Gesundheitsforschung zunehmend durchgesetzt (Hurrelmann et al., 2003). Auch in dieser Phase werden die Kinder als Experten für ihr Leben selbst angesprochen. Bei der Erhebung von Lebensqualität spricht zudem für dieses Vorgehen, dass von Kindern und Erwachsenen sehr unterschiedliche Einschätzungen zur Lebensqualität des Kindes vorliegen (Eiser 1997; Jenney et al., 1997), die Korrelation also sehr gering ist. Jenney und Campell (1997) begründen dies mit dem unterschiedlichen Blick, den Kinder und Erwachsene auf die Welt haben und ergänzen, dass eine hohe Eltern-Kind-Übereinstimmung eher als Indikator für eine geringe Lebensqualität der Kinder angesehen werden muss, da Kindheit u.a. durch Erlernen von Autonomie gekennzeichnet ist sowie dadurch, sich von der elterlichen Meinung unabhängig zu machen. Zur Erhebung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wird der KINDLR-Fragebogen eingesetzt. Dieses standardisierte Instrument setzt sich aus 24 Likert-skalierten Items zusammen, die den sechs Dimensionen ‚Körperliches Wohlbefinden‘, ‚Psychisches Wohlbefinden‘, ‚Selbstwert‘, ‚Familie‘, ‚Freunde‘ und ‚Funktionsfähigkeit im Alltag‘ mit jeweils vier Items zugeordnet sind. Zusätzlich zu den sechs Skalenwerten lässt sich ein Summenscore berechnen (Ravens-Sieberer, 2001; Ravens-Sieberer et al., 2003).

Um die externe Validität, auch „ökologische“ Validität (Faller et al. 1999) genannt, zu erhöhen, wird die Intervention nach Abschluss in qualitativen Gruppeninterviews durch die beteiligten Akteure evaluiert. Die Bewertung einer persönlichen (Lebens-)

Situation ist ähnlich der Schmerzeinschätzung (McCaffery/Pasero, 1999) subjektiv, und kann nur von den Betroffenen selbst vorgenommen werden (Grypdonck 2004). Die subjektive Einschätzungen über die Wirkung von Interventionen durch die Betroffenen selbst sollte ernst genommen und als valide betrachtet werden, besonders, wenn die Intervention der Verbesserung der Lebenssituation dient (ebd.). In Gruppeninterviews soll danach gefragt werden, welche Module der Intervention von den beteiligten Akteuren als für sie hilfreich, respektive als nicht hilfreich wahrgenommen werden, was an der Intervention vermisst wird, was als zu viel bzw. zu wenig bewertet wird, welche Ziele erreicht wurden, welche Ziele warum nicht erreicht wurden.

2.6 Phase 6 des UM: Einführungsstudie

Ziel dieser Phase ist es herauszufinden, „wie die Intervention unter realen Bedingungen in der Praxis verankert werden kann“ (Grypdonck 2004, S. 40). Hier wird es wichtig sein, über die wissenschaftliche Studie hinaus für Nachhaltigkeit der unterstützenden Maßnahmen zu sorgen, sofern sich die Intervention als hilfreich erweist. Schon heute kann gesagt werden, dass Nachhaltigkeit an eine Regelfinanzierung gebunden ist. Nach Abschluss des wissenschaftlichen Teils wird das Konzept interessierten Kommunen zur Verfügung gestellt.

3. Fazit

Das Utrechter Modell zur Entwicklung, Testung und Einführung evidenzbasierter Pflegeinterventionen gibt eine Antwort auf die eingangs benannten inhaltlichen und methodischen Herausforderungen gerade für die Entwicklung von alltagsnahen Interventionen, in dem es unterschiedliche Erkenntnisquellen nutzt. Forschung hat in diesem Modell nicht nur die Aufgabe, den Effekt einer Maßnahme zu überprüfen. Ihr Beitrag beginnt mit der Problembeschreibung, aus der sich die Entwicklung von Interventionen ableitet. Sie trägt darüber hinaus zur Offenlegung und Erklärung der ablaufenden Prozesse bei (Grypdonck 2004). Für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines Unterstützungsangebots für pflegende Kinder und ihre Familien bildet das Modell einen methodischen Rahmen, welcher der Komplexität der Situation betroffener Familien im Umgang mit der chronischen Erkrankung eines Familienmitglieds Rechnung trägt. Inwieweit sich das Modell für dieses spezifische Thema bewährt, wird eine abschließende Evaluation (Manöverkritik) am Ende der sechsjährigen Laufzeit im Frühjahr 2010 ergeben. Das Interventionskonzept wird an anderer Stelle ausführlicher dargestellt. Ob und inwieweit es zur Verbesserung der Lebensqualität von pflegenden Kindern beitragen kann, ob und inwieweit es zu einer Entlastung für die Familien beitragen wird, werden wir zeitnah berichten.

Literatur

Aldridge, J. u. Becker, S. (1993): Children who care - inside the world of young carers. Leicester, Department of Social Sciences, Loughborough University

- Becker, S.; Aldridge, J. u. Dearden, C. (1998): *Young Carers and Their Families*. Oxford, Blackwell Science Ltd
- Becker, S. (2004): Carers. In: *Research Matters*. August Special Issue: 5-10
- Cabinet Office (2007):
http://www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/families_at_risk/-/media/assets/www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/think_families/think_families%20pdf.ashx
- Corbin, J. M. u. Strauss, A. L. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe ed.). Bern: Huber
- Dearden, C. u. Becker, S. (2000): *Growing Up Caring. Vulnerability and Transitions to Adulthood - Young Carers' Experiences*. Leicester, Youth Work Press, National Youth Agency
- Dearden, C. u. Becker, S. (2001): *Young Carers. Needs, Rights and Assessment*. In: Horwarth, J (Hg.) *The Child's World. Assessing Children in Need*. London Jessica Kingsley Publishers 221-233
- Dietz, B.; Clasen, J. (1995): *Young Carers in Germany*. In: S. Becker (Hrsg.): *Young Carers in Europe* (pp. 65-76). Leicestershire: Young Carers Research Group, Loughborough University.
- Eberl, I. u. Schnepf, W. (2006): *Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage*. Pflege 19(4)
- Eiser, C. (1997): *Children's quality of life measures*. Archives of Disease in Childhood.77 (350-354)
- Faller, H.; Haaf, H.; Kohlmann, T.; Löschmann, C.; Maurischat, C.; Petermann, F.; Schulz, H.; Zwingmann, C. (1999): *Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung*. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsbeiträger In: V. D. Rentenversicherungsbeiträger (Hrsg.): *Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“*. Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. DRV Schriften, Band 16
- Grypdonck, M. (2000): *Het leven boven de ziekte uitvullen: de verpleegkundige als bondgenoot van de chronisch zieke*. In: Universitair medisch centrum Utrecht divisie verplegingswetenschap (Hg.) *10 jaar Verplegingswetenschap in Utrecht: nieuwe accenten in de zorg voor chronisch zieken*. Achtste Mebius Kramer Lezing in Verplegingswetenschap. Leiden Spruyt, van Mantgem & de Does BV 3-31
- Grypdonck, M. (2004): *Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege*. Pflege&Gesellschaft 9(2):35-41
- Grypdonck, M. (2005): *Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker*. In: Seidl, E u. Walter, I (Hg.) *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag*. Wien, München, Bern. Verlag Wilhelm Maudrich. Seite 15-60
- Hübner, B. (2003). *Kinder und Jugendliche, die in ihren Familien pflegen. Eine internationale Literaturstudie*. Unpublished Bachelor Thesis, University of Witten/Herdecke, Witten
- Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (2003): *WHO-Jugendgesundheitssurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland*. Erziehungswissenschaft 27: 79-108
- Jenney, M.E.M. u. Campbell, S. (1997): *Measuring quality of life*. Archives of Disease in Childhood 77: 347-354
- Klassen, A. F.; Landgraf, J. M.; Lee, S. K.; Barer, M.; Raina, P.; Chan, H. W. P.; Matthew, D.; Brabyn, D. (2003): *Health related quality of life in 3 and 4 year old children and their parents: preliminary findings about a new questionnaire*. Health Qual Life Outcomes.1 (1): 81
- McCaffery, M. u. Pasero, C. (1999): *Pain Clinical manual* (Vol. 2). St. Louis: Mosby
- Metzing S. (2007): *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag
- Office of National Statistics (2003): *Census 2001*. 02.06.04
- Ravens-Sieberer, U. (2001): *The revised KINDL: Final results on reliability, validity and responsiveness of a modular HRQOL instrument for children and adolescents*. Quality of Life Research.10 (3):199
- Ravens-Sieberer, U.; Bettge, S.; Erhart, M. (2003): *Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys*. Gesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.46 (4):340-345

- Schaeffer, D. u. Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheit – Herausforderungen für die Pflege. In: B. Rennen-Allhoff; D. Schaeffer (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft (pp. 447-483). Weinheim: Juventa
- Schnepf, W. u. Eberl, I. (2005): Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Abschlussbericht
- Schumacher, J.; Klaiberg, A.; Brähler, E. (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: J. Schumacher; A. Klaiberg; E. Brähler (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe
- Statistisches Bundesamt (2003): Pflegebedürftige nach Pflegestufen. 08.08.05
- Stadt Dortmund – Fachbereich Statistik (2007): Statistisches Jahrbuch 2007, abgerufen am 30.11.2007 unter http://statistik.dortmund.de/upload/binarydata_do4ud4cms/21/27/14/00/00/00/142721/statistischejahrbuch2007_web.pdf
- Strauss, A. u. Glaser, B.G. (1975): Chronic Illness and the Quality of Life. Saint Louis: C.V. Mosby Company

Dr. Sabine Metzging-Blau MScN

Jörg große Schlarmann MScN

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Stockumer Str. 12, 58455 Witten

Kontakt: sabine.metzging@uni-wh.de

*Martin Dichter, Pia von Lützu, Christine Dunger, Iris Hochgraeber,
Gisela Zebe, Johanna Walla, Andreas Büscher*

Die Familiengesundheitspflege und ihre Umsetzung in einer städtischen und einer ländlichen Region in Deutschland

Family Health Nursing and its implementation in an urban and a rural area in Germany

The WHO concept of the Family Health Nurse has recently been discussed as a potential means to meet the various challenges within the German health and nursing care system. Chances of its implementation in two regions in Germany have been investigated during a university seminar. A community assessment with a particular focus on infrastructure and demography was performed in a rural and urban German region followed by problem-focused interviews with experts from the local health care system. The findings were used for developing options for the two regions under study. Those options offer potential options for the

eingereicht 07.1.2008

akzeptiert 14.7.2008 (nach Überarbeitung)

implementation of family oriented care approaches in the selected areas. The local experts were quite open for the idea of Family Health Nursing and considered it a chance for tackling existing gaps in health care delivery. The results of the study are finally discussed in the light of recent political developments in the German health and long-term care system.

Keywords

Family health nursing, new professional nursing roles, health care services research, expanded scope of nursing practice

Das WHO Konzept der Familiengesundheitspflege wird derzeit als eine mögliche Antwort auf die vielfältigen Herausforderungen des Gesundheits- und Pflegewesens diskutiert. Im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Lehrveranstaltung fand eine intensive Auseinandersetzung mit dem Konzept der Familiengesundheitspflege statt, und es wurde eine Untersuchung zu den Chancen seiner Umsetzung in zwei Regionen durchgeführt. Zur Bestimmung der Ausgangslage wurden dazu infrastrukturelle und demographische Daten in einer städtischen und einer ländlichen Region erhoben. Daran anschließend wurden insgesamt sieben problemzentrierte Interviews mit Experten der lokalen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durchgeführt. Ausgehend von den dabei gewonnenen Erkenntnissen wurden Optionen einer möglichen Umsetzung des Konzeptes der Familiengesundheitspflege entwickelt. Diese bieten konkrete Anhaltspunkte für die Etablierung der Familiengesundheitspflege in den untersuchten Regionen. Die interviewten Gesundheitsexperten sehen dem Konzept der Familiengesundheitspflege offen und interessiert gegenüber und sehen in ihm eine Chance, den bestehenden Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken. Abschließend werden die Implikationen dieser Untersuchung vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen diskutiert.

Schlüsselwörter

Familiengesundheitspflege, neue berufliche Rollen in der Pflege, Versorgungsforschung, neue pflegerische Handlungsfelder

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem sieht sich verschiedenen Herausforderungen ausgesetzt, die bereits seit längerem absehbar und beschrieben sind. So wird im Zuge des demografischen Wandels von einer ansteigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und einer zurückgehenden Zahl pflegender Angehöriger ausgegangen. Das Robert Koch Institut (2004: 46) prognostiziert eine Steigerung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2040 von aktuell 2,13 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2007: 4) auf 2,69 bis 4,4 Millionen. Eine weitere große Herausforderung stellt die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen in Deutschland dar. So ging die Enquête Kommission „Demographischer Wandel“ bereits im Jahr 2002 davon aus, dass ca. 50% aller Deutschen an einer chronischen Erkrankung leiden (Deutscher Bundestag, 2002: 185). Als möglicher Lösungsansatz für die Verhinderung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung der Entstehung von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit werden präventive Ansätze in der Gesundheitsversorgung disku-

tiert (SVR 2005: 23). Laut Rosenbrock (2005: 1) mangelt es jedoch an Konzepten, die das Ziel verfolgen, belastungssenkend und ressourcensteigernd zu wirken. Des Weiteren ist die Koordination und Vernetzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen unzureichend. Das Robert Koch Institut (2004: 50) weist in diesem Zusammenhang auf Defizite zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen einzelnen Versorgungssegmenten wie Rehabilitation, Prävention und Pflege hin. Ausgehend von diesen Problemstellungen beschäftigte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als wichtiger Voraussetzung für eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung (SVR 2007: 69). Als eine Form der Kooperation werden dabei multiprofessionelle ambulante Teams beschrieben, „die die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe haben“ (SVR 2007: 145). Hieraus resultieren neue Rollen und Aufgabenfelder für alle Gesundheitsberufe. Als neues Handlungsfeld für die Pflege wird dabei das vom Sachverständigenrat explizit erwähnte Konzept der Familiengesundheitspflege diskutiert.

2. Das WHO Konzept der Familiengesundheitspflege

Das Konzept der Familiengesundheitspflege hat seinen Ursprung im Rahmenkonzept Gesundheit 21 – Gesundheit für alle, welches durch das WHO Regionalkomitee für Europa (WHO 2000: 1) verabschiedet wurde. Darin werden 21 Ziele beschrieben, durch die das Hauptziel – das Erreichen des vollen gesundheitlichen Potentials für alle Bürger der Mitgliedsstaaten – erreicht werden soll (ebd.). Das Konzept der Familiengesundheitspflege hat seinen Ursprung im Ziel 18, in dem es um die Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben geht (WHO 2000: 1). Bei der Familiengesundheitspflegerin¹ handelt es sich um eine Fachkraft der primären Gesundheitsversorgung, die in allen Versorgungsbereichen tätig werden kann (Krüger 2006: 13). Dabei liegt die inhaltliche Basis ihrer Arbeit in dem Wissen um die besondere Bedeutung der Familie bei der Verhütung, Entstehung und Bewältigung von Krankheiten (Mischke & Schrader 2005: 5). Die Familie gilt als zentraler Ort, an dem zum überwiegenden Teil die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für seine Gesundheit ausgeübt wird (Schnepf & Eberl 2005: 11). Hier setzt das Konzept an: die Familiengesundheitspflegerin hilft einzelnen Personen und ganzen Familien bei der Bewältigung von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (WHO 1999: 169). Darüber hinaus ist sie in der Lage, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (ebd.). Diese Aufgaben übernimmt sie durch die direkte pflegerische Versorgung, die Information und Beratung sowie das Fallmanagement betroffener Individuen oder Gruppen (Schnepf & Eberl 2005: 8). Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf niedrigschwelligen Angeboten und zugehenden, aufsuchenden An-

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel bei Personenbezeichnungen jeweils die weibliche Form verwendet, das männliche Geschlecht gilt jedoch immer als darin eingeschlossen.

sätzen, um besonders vulnerable Personen und Gruppen zu erreichen. Zur Umsetzung unter den unterschiedlichen gesundheitspolitischen Bedingungen in der WHO Region Europa musste das Konzept an die jeweiligen nationalen Gegebenheiten angepasst werden. In Deutschland wurde dazu zwischen Mai 2004 und Februar 2005 eine wissenschaftlich begleitete Projektdesign- und Konsensphase durchgeführt, in deren Rahmen die Einsatzmöglichkeiten der Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheitssystem durch Experten bewertet wurden (Schnepf & Eberl 2005: 41). Dabei wurden fünf mögliche Szenarien für die Familiengesundheitspflege in Deutschland erarbeitet:

- Szenario 1: Aufsuchende Hilfe bei einem alleinstehenden älteren Herrn
- Szenario 2: Case Management und unterstützende Begleitung der Familie
- Szenario 3: Die Familiengesundheitspflegerin als Pflegeexpertin in der Hausarztpraxis
- Szenario 4: Die Familienhebamme im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Szenario 5: Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung

Diese Szenarien sind untergliedert in die Strukturvariablen Zielgruppe, Anlass und Bedarf für die Familiengesundheitspflege, Zugang sowie Handlungskompetenz, Ansiedlung und Finanzierung einer Familiengesundheitspflegenden (Schnepf & Eberl 2005: 41). Hiervon ausgehend startete im Mai 2005 die wissenschaftlich begleitete Implementierungs- und Machbarkeitsphase, in deren Rahmen zunächst das WHO-Curriculum für das deutsche Gesundheitssystem modifiziert wurde (Krüger 2006: 21). Anschließend wurden von Oktober 2005 bis Oktober 2007 die ersten 18 Pflegefachkräfte und Hebammen zu Familiengesundheitspflegenden ausgebildet (ebd.). Weitgehend ungeklärt ist bislang jedoch die Frage, wie die Umsetzung dieses Konzeptes in der Praxis erfolgen könnte. Ausgehend von dieser Grundlage wurde im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Lehrveranstaltung der Frage nachgegangen, wie die konkrete Umsetzung des Konzepts der Familiengesundheitspflege in einer städtischen und einer ländlichen Region in Deutschland aussehen könnte.

3. Methodisches Vorgehen

Die Umsetzungschancen des Konzepts der Familiengesundheitspflege wurden evaluiert auf der Grundlage verfügbarer Datenbestände in den betrachteten Regionen und durch die Analyse von Interviews mit Vertretern der gesundheitlichen Versorgung. Damit wurden sowohl Bedarfsgesichtspunkte als auch Fragen der Zusammenarbeit mit bestehenden Strukturen berücksichtigt, die beide als notwendige Voraussetzungen für die Umsetzung des Konzepts der Familiengesundheitspflege angesehen werden können. Die Datenerhebung erfolgte im ersten Schritt durch die Zusammenstellung verfügbarer Daten zur Infrastruktur und zur Situation der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung für die Stadt Witten und die Verbandsgemeinde (VG) Prüm. Die Stadt Witten wurde aufgrund ihrer örtlichen Nähe als städtische Region und die Verbandsgemeinde Prüm als ländliche Region ausgewählt, da ein Gruppenmitglied aus

dieser Region kommt und so die Datenerhebung erleichtert wurde. In einem zweiten Schritt wurden problemzentrierte Interviews mit Gesundheitsexperten vor Ort durchgeführt. Dies wurde erforderlich, da jede Region nur über einen Teil der zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendigen infrastrukturellen und demographischen Daten verfügte. Im Rahmen der Interviews wurden daher Aspekte der jeweiligen Gesundheitsversorgung thematisiert, die relevant für die genannten Strukturvariablen der fünf Szenarien der Familiengesundheitspflege sind.

3.1 Infrastrukturelle und demographische Datenerhebung

Zur Orientierung und Analyse der Gesundheitsversorgung in der jeweiligen Region wurden – angelehnt an das Community Health Needs Assessment der WHO (2001) – Schlüsselcharakteristika und Daten zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung erhoben sowie infrastrukturelle Daten der Gesundheitsversorgung gesammelt (siehe Tabelle 1 und 2). Um möglichst umfassende Daten zu erhalten, wurde Kontakt zu den zuständigen Ämtern der beiden Regionen aufgenommen. Daneben wurde im Internet auf einschlägigen Seiten der Stadt Witten und der VG Prüm sowie den zuständigen statistischen Landesämtern recherchiert.

3.2 Datenerhebung durch Interviews

Das Ziel der Interviews bestand darin, ausgehend von der Perspektive und dem Wissen der Interviewteilnehmer Rückschlüsse auf eine Übertragbarkeit der fünf Szenarien der Familiengesundheitspflege auf die jeweilige Region zu ziehen. Daher wurde als Interviewform das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) gewählt. Der dafür entwickelte Leitfaden umfasste Fragen nach positiven und negativen Aspekten der Gesundheitsversorgung der jeweiligen Region, wobei ein besonderer Fokus auf den präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten lag. Ein zweiter Schwerpunkt des Leitfadens bezog sich auf die mögliche Umsetzung der Familiengesundheitspflege und daraus resultierende Verbesserungen, Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Kooperation. Pro Region wurde jeweils ein Vertreter unterschiedlicher Akteure der gesundheitlichen Versorgung ausgewählt, die im Fall einer Implementierung eng mit der Familiengesundheitspflegenden zusammenarbeiten würden. So konnte pro Region jeweils ein Hausarzt, eine Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes, ein Vertreter der Kommune und für die VG Prüm zusätzlich ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe interviewt werden. Die Dauer der insgesamt sieben Interviews lag zwischen 15 bis 50 Minuten. Die Interviewteilnehmer wurden über den Hintergrund der Studie informiert und gaben vor Durchführung des Interviews ihre informierte Zustimmung. Bei den Daten zur Infrastruktur und Gesundheitsversorgung in den beteiligten Regionen wurde auf frei verfügbare Daten zurückgegriffen. Weitere ethische Aspekte galt es in dieser Untersuchung nicht zu berücksichtigen.

3.3 Analyseverfahren der Interviews

Die Interviews wurden mit Hilfe des Audiotranskriptionsprogramms f4 nach zuvor festgelegten Transkriptionsregeln transkribiert und anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) analysiert. Ausgehend von der Forschungsfrage wurden hierzu die folgenden inhaltsanalytischen Kategorien gebildet:

- Angaben zur Gesundheitsversorgung in der Region
- Verbesserungspotential durch die Familiengesundheitspflege in der jeweiligen Region
- Schwerpunkte der Tätigkeit einer Familiengesundheitspflege
- Anlässe für die Tätigkeit einer Familiengesundheitspflege
- Ansiedlung der Familiengesundheitspflege
- Zusammenarbeit zwischen Familiengesundheitspflege und etablierten Leistungserbringern
- Schwierigkeiten in der Umsetzung der Familiengesundheitspflege
- Unterschiede zwischen der städtischen und ländlichen Region
- Wünsche an die Aufgaben/Tätigkeitsfelder einer Familiengesundheitspflege

Diese Kategorienbildung ermöglicht, Verbindungen zu den bereits existierenden fünf Szenarien für die Familiengesundheitspflege herzustellen. Zur Herstellung von Inter-subjektivität und Nachvollziehbarkeit in der Analyse wurden die Interviews in einem ersten Schritt von jedem Mitglied der studentischen Forschungsgruppe vorkategorisiert und anschließend von der gesamten Gruppe überprüft und diskutiert.

4. Ergebnisse:

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in der Chronologie der Datenerhebung, d.h. es wird zuerst ein Einblick in die Infrastruktur und Gesundheitsversorgung der beteiligten Regionen gegeben, bevor eine ausführliche Darstellung der Interviewergebnisse erfolgt. Dabei wird eine getrennte Betrachtung der beiden Regionen vorgenommen.

4.1 Demographische und infrastrukturelle Daten

4.1.1 Verbandsgemeinde Prüm

Die Verbandsgemeinde Prüm liegt in der Eifel in Rheinland-Pfalz. Sie gehört dem Eifelkreis Bitburg-Prüm an und ist mit einer Fläche von 465 km² die flächengrößte Verbandsgemeinde in Rheinland-Pfalz. Sie beheimatet 44 Gemeinden und hat aktuell 23.922 Einwohner. Mehr als die Hälfte davon sind im Alter von 20 - 65 Jahren. Die Anzahl der Pflegebedürftigen liegt aktuell bei 670, aber es wird ein Anstieg bis zum Jahr 2025 um 63,34% auf 1095 prognostiziert (Tabelle1). Die VG Prüm ist eine sehr ländliche Region, mit einem schlechten öffentlichen Verkehrsnetz (Muschwitz 2005: 89). Die wenigen Einwohner sind auf eine große Fläche verteilt. Daher müssen sie weite Strecken in Kauf nehmen, um einen Hausarzt oder andere Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen, da diese größtenteils zentral in der Stadt Prüm angesiedelt sind.

4.1.2 Stadt Witten

Die Stadt Witten liegt im südlichen Ruhrgebiet in Nordrhein-Westfalen. Sie ist die größte kreisangehörige Stadt im Regierungsbezirk Arnsberg. Bis 1974 war Witten eine kreisfreie Stadt. 1975 wurde sie in den Ennepe-Ruhr-Kreis eingegliedert, dessen größte Stadt sie heute ist. Sie beheimatet 101.067 Einwohner, von denen 60,04% im Alter zwischen 20 und 65 Jahre sind. Die Anzahl der Pflegebedürftigen beträgt aktuell 2.850, aber es wird von einem Anstieg bis zum Jahr 2025 um 64,32% auf 4.683 ausgegangen (Tabelle1). Bei der Stadt Witten handelt es sich um eine Großstadt mit einem relativ gut ausgebauten öffentlichen Personennahverkehrsnetz. Die Gesundheitseinrichtungen sind im ganzen Stadtgebiet verteilt, wobei eine Zentralisierung der Einrichtungen im Stadtzentrum besteht. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Gesundheitsangebote in den angrenzenden Städten Bochum, Dortmund und vor allem Herdecke zu nutzen.

Tab. 1: Demographische Daten VG Prüm und Stadt Witten

Demographische Daten	VG Prüm	Stadt Witten
Bevölkerung insgesamt	23.859	101.067
0 < 20 Jahre (2000)	5.452 22,85%	18.847 18,65%
20 - 65 Jahre (2000)	14.477 60,68%	60.685 60,04%
> 65 Jahre (2000)	3.930 16,47%	21.517 21,32%
Ausländeranteil der Bevölkerung (2006)	3,53%	8,7%
Anzahl der Pflegebedürftigen 2005	670	2.850
Anzahl der Pflegebedürftigen 2025	1095 +63,43%	4683 +64,32%

Tab. 2: Infrastrukturelle Daten VG Prüm und Stadt Witten

Infrastrukturelle Daten	Anzahl der Gesundheitseinrichtungen VG Prüm	Anzahl der Gesundheitseinrichtungen Stadt Witten
Krankenhäuser	7 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner	11 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner
Ambulante Pflegedienste	3	15
Stationäre und Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	3	6
Ärzte für Allgemeinmedizin/ Praktische Medizin	10	28
Fachärzte	13	41
Hebammen	6	122
Gesundheitsämter	Kreisverwaltung Bitburg - Prüm, Außenstelle Gesundheitswesen	Kreisgesundheitsamt Ennepe-Ruhr Nebenstelle Witten

4.2 Ergebnisse der Interviews

4.2.1 Verbandsgemeinde Prüm

Gesundheitsversorgung

Im Bereich der Gesundheitsversorgung bewerten die Interviewteilnehmer den Bereich der Beratung, Begleitung und Betreuung als grundsätzlich positiv. Neben einer Beratungs- und Koordinierungsstelle übernehmen die Pflegedienste einen großen Teil dieser Aufgaben in der VG Prüm. Als ebenfalls positiv werden das umfassende Angebot

der Hausärzte an Abendprechstunden, Notdiensten sowie Hausbesuchen und das vor Ort angesiedelte Krankenhaus der Grundversorgung gesehen. Probleme treten in der VG Prüm auf, wenn es um die Versorgung von Patienten in den weiter abgelegenen Ortschaften geht, da für sie, oft aufgrund der schlechten Verkehrsanbindung, die Hausarztversorgung vor allem am Wochenende nicht optimal ist.

„Aber was weiter weg ist auf kleineren Dörfern, erstens zu manchen Hausärzten viele Patienten, lange Wege und oft auch so, dass man den einen Tag vormittags anruft und der Hausbesuch findet erst am nächsten Tag statt, weil es einfach zeitlich nicht zu machen ist und oder auch die Praxis einfach nachmittags nicht besetzt ist.“

Daneben wird auch der Zeitpunkt von Beratungsangeboten in Frage gestellt, da sie oft erst dann ansetzen, wenn bereits eine akute Krankheitsgefährdung oder eine Krankheit vorliegt und so viele Menschen zu spät erreicht werden. In diesen Kontext sind unterschiedliche Aussagen zu fehlenden präventiven aufsuchenden Angeboten einzuordnen.

„Absolut, absolut weil im Moment, denke ich mal ist ja keine aufsuchende Stelle da, sondern nur eine handelnde Stelle. Das zieht sich halt durch alle Bereiche.“

Prävention wird zwar in der alltäglichen Pflege so weit wie möglich durchgeführt und es wird eine Systematisierung und Eingliederung einzelner Themen in das Angebot von Pflegediensten versucht, sie wird aber nicht als eigenständige Versorgungsleistung realisiert. Dies liegt an der fehlenden Finanzierung präventiv durchgeführter Leistungen.

Verbesserungspotential durch die Familiengesundheitspflege

Verbesserungen, die sich die Interviewteilnehmer in Prüm durch die Ansiedlung einer Familiengesundheitspflegerin versprechen, lassen sich in vier große Bereiche gliedern:

- a) die stärkere Einbindung des Patientenumfeldes in die Gesundheitsversorgung
- b) die Möglichkeit des aufsuchenden Angebotes, um die derzeit herrschende Situation der Unterversorgung allein stehender älterer Menschen zu verbessern
- c) die kontinuierliche Beobachtung und Einschätzung unterschiedlicher Krankheitsverläufe der Patienten und
- d) die Beziehung zu Patienten und der damit mögliche Überblick über die in der Gemeinde vorhandenen, genutzten und benötigten Hilfsmittel.

Schwerpunkte der Tätigkeit einer Familiengesundheitspflege

Mögliche Arbeitsschwerpunkte der Familiengesundheitspflegerin wurden von den interviewten Experten unterschiedlich gewichtet und formuliert. Die grundlegenden Aspekte wie eine „stärkere Fokussierung des sozialen Umfeldes“, „die Verbesserung der Vernetzung der Gesundheitsangebote“ und eine „Stärkung der Prävention“, waren jedoch gleich. Der Bedarf für eine stärkere Einbeziehung des sozialen Umfeldes wird vor allem bei sozial schwachen Familien gesehen. Durch die familienorientierte Ausrichtung könnte die Familiengesundheitspflegerin hier frühzeitig familiäre Krisensituationen erkennen. Die verbesserte Vernetzung der Gesundheitsangebote, ist ein Wunsch

aller Interviewpartner. Sie verbinden damit eine höhere Qualität und Kontinuität in der Gesundheitsversorgung. Dabei wird klar, dass dies „bisher, sei es denn über die Sozialstation oder die Beratungs- und Koordinierungsstelle nicht [im ausreichenden Maß] der Fall gewesen“ ist. In der Prävention wird der Familiengesundheitspflegerin ein weiteres Aufgabenfeld zugesprochen. Dieses liegt vor allem in der Beratung und „spezielle[n] Schulungen“ chronisch Erkrankter.

Anlässe für die Tätigkeit einer Familiengesundheitspflege

Die Anlässe, die den Einsatz einer Familiengesundheitspflegerin zur Folge haben könnten, lassen sich aus den Arbeitsschwerpunkten ableiten. Im Mittelpunkt stehen hier besondere Veränderungen und Situationen im Leben der Betroffenen wie z.B. die Entlassung aus dem Krankenhaus zurück in die eigene Wohnung, eine erhöhte Sturzgefahr oder die spezielle Situation vernachlässigter Kinder und Armut.

Ansiedlung der Familiengesundheitspflege

Aufgrund der Verbesserungsansätze sehen die interviewten Experten die Ansiedlung einer Familiengesundheitspflegerin in einer bereits bestehenden Institution. Sie begründen dies durch den erschwerten Zugang eines Freiberuflers zu Klienten, der Kostengünstigkeit einer bloßen Erweiterung bestehender Angebote sowie der festen Verankerung dieser Gesundheitsdienstleistung im bestehenden Versorgungsnetz.

Zusammenarbeit mit der Familiengesundheitspflege

Zur Zusammenarbeit mit einer Familiengesundheitspflegerin waren alle Interviewteilnehmer bereit, wobei die Vorstellungen von einer Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit über die gegenseitige Vermittlung von Klienten bis hin zu Teamwork reichen.

„Ich würde sie als Partnerin sehen. Ich würde dann also, wenn das sinnvoll ist, dann nur als Teamwork. Und dann wäre natürlich auch die Positionierung in der Praxis am sinnvollsten. Wenn ich von, dann ist das ja von vorne herein auch schon offensichtlich: es arbeitet hier ein Team. (...) Dann könnte man auch gemeinsam mal einen Hausbesuch machen. Wäre ja auch sinnvoll.“

Schwierigkeiten in der Umsetzung der Familiengesundheitspflege

Trotz der insgesamt positiven Bewertung werden auch Schwierigkeiten gesehen. Ein starker Fokus liegt hierbei in der unklaren Finanzierung. Weiter werden zu erwartende Schwierigkeiten, wie beispielsweise der erschwerte Zugang bei sozial schwachen sich abkapselnden Familien oder aufgrund unterschiedlicher regionaler Zugehörigkeitsgefühle, gesehen. Um dem Problem der Kompetenz- und Aufgabenüberschneidung zwischen der Familiengesundheitspflegerin und den bisher etablierten Gesundheitsakteuren begegnen zu können, wird eine klare Abgrenzung und Rollenzuschreibung gefordert.

Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Region

Die Interviewpartner aus der VG Prüm sehen die Unterschiede zwischen Stadt und Land vor allem in den Bereichen soziale Netzwerke, Suchtproblematiken, Akutversor-

gung, Verkehrsanbindung und Anonymität. So wird davon ausgegangen, „*dass es hier auf dem Land noch eher möglich wäre, für so jemanden Familie oder Nachbarschaft zu mobilisieren*“ und „*dass es in der Stadt sehr schwierig ist, da Nachbarschaftshilfe oder irgendeine Familie da mit ins Boot zu nehmen (...)*“. Dies wird auf ein größeres Zusammengehörigkeitsgefühl und das bessere soziale Netz in ländlichen Regionen zurückgeführt. Als zentrales Problem auf dem Land wird die schlechte Verkehrsanbindung gesehen. So werden beispielsweise die langen Fahrtstrecken in Notfallsituationen als großes Problem beschrieben.

Wünsche an die Aufgabe/ Tätigkeitsfelder einer Familiengesundheitspflege

Als größter Wunsch an das Aufgabenfeld einer Familiengesundheitspflegerin wird eine verbesserte Vernetzung der Gesundheitsdienstleistungen geäußert. Dieser Wunsch spiegelt sich sehr gut im folgenden Zitat wider:

„Genau, das soll der Sinn und Zweck sein, das die Fäden bei der Familiengesundheitspflege zusammenlaufen, egal von welcher Stelle es kommt.“

Daneben werden die individuelle Betreuung der Klienten und die Unabhängigkeit der Familiengesundheitspflegerin von einem Sozialhilfeträger als Wünsche geäußert. Ein weiterer Wunsch stellt die Übernahme routinemäßiger Hausbesuche dar, die bisher von Hausärzten durchgeführt wurden.

4.2.2 Stadt Witten

Gesundheitsversorgung

Die interviewten Gesundheitsexperten beschreiben die Gesundheitsversorgung in der Stadt Witten insgesamt als ausreichend. Dafür verantwortlich ist eine Vielzahl von Akteuren. Zu den klassischen Vertretern wie Allgemein- oder Fachärzten, Krankenhäusern und ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen, kommt in Witten ein großes Angebot an weiteren Initiativen und Institutionen wie „*diabetische Schulungszentren, Zentren für Übergewichtige, [eine aktive] Rheumaliga, (...) eine Alzheimergruppe, (...) eine Praxis für Obdachlose (...) und noch ganz viele andere Dinge mehr. [Ich denke es ist] in Witten günstiger als in vielen anderen Städten*“. Speziell für die Unterstützung pflegender Angehöriger gibt es Gesprächskreise und die Möglichkeit der Tagespflege für Pflegebedürftige. Probleme werden vor allem in der Versorgung von verwirrten Menschen gesehen, da u. a. bedarfsgerechte Betreuungseinheiten fehlen. Ein weiteres Defizit wird in der Betreuung und Begleitung von Kindern wahrgenommen, da hier das aktuelle Angebot der Sozialdienstleister als nicht ausreichend beschrieben wird. Ein zentrales Problem die mangelnde Transparenz von Gesundheitsangeboten kommt im folgenden Zitat zum Ausdruck:

„(...) das ist ja unser Problem in der Stadt und überhaupt im Rahmen der Gesundheitsversorgung und Vorsorge, dass wir viele Instrumente haben die wir alle nicht kennen und die nicht genutzt werden und das ist das Hauptproblem. (...) das fände ich (...) wichtig, (...) das mal zu sortieren.“

Als große Herausforderung für das Gesundheitswesen in Witten wird die zukünftige demographische Entwicklung der Bevölkerung beschrieben. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, werden neue Wohn- und Versorgungskonzepte benötigt. Damit verbunden ist die Frage nach der Finanzierung einer alternden Gesellschaft und den möglichen Folgen einer zunehmenden sozialen Ungleichheit. Für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind laut Aussage der interviewten Experten in Witten ausreichend Angebote vorhanden. Dies wird zum einen durch die Vielzahl der Angebote z.B. diabetisches Schulungszentrum, Übergewichtszentren, Praxis für Obdachlose gewährleistet und zum anderen durch Initiativen des Ärztevereins.

Verbesserungspotential durch die Familiengesundheitspflege

Auf die Frage: „Könnten Sie sich eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Witten durch eine Familiengesundheitspflegerin vorstellen?“ reagierten die Interviewteilnehmer sehr zurückhaltend. Als einzige Verbesserungsoption durch eine Familiengesundheitspflegerin wurde eine verbesserte Transparenz und Koordination der Gesundheitsleistungen direkt angesprochen.

Schwerpunkte der Tätigkeit einer Familiengesundheitspflege

Ein erster Arbeitsschwerpunkt für die Familiengesundheitspflege in Witten wird in der Koordination und Vermittlung von Gesundheitsleistungen gesehen. Die Familiengesundheitspflege wird als Koordinator gesehen, die *„in den Haushalt des zu Versorgenden [geht, sie] sollte da eine Bestandsaufnahme machen und sollte die Wege kennen, wie man für Patienten (...) die häusliche Situation [verbessern kann]“*. Weitere Schwerpunkte werden in der Arbeit, ähnlich einer früheren Gemeindegemeinschaft in Deutschland, gesehen, *„... um sich um die Bewohner eines Viertels zu kümmern und zwar von der Hausgebärenden bis hin zu den sterbenden Patienten...“*, wobei der Schwerpunkt ihrer Tätigkeiten nicht im medizinischen Bereich liegen sollte, da es in diesem Bereich bereits viele Angebote wie beispielsweise Wundprogramme gäbe.

Anlässe für die Tätigkeiten einer Familiengesundheitspflege

Als Anlässe für den Einsatz einer Familiengesundheitspflegerin in Witten sehen die interviewten Experten die Begleitung und Unterstützung von Familien und Alleinstehenden in Krisensituationen sowie die vereinsamen alten Menschen. Hier werden der Familiengesundheitspflegerin vielfältige Aufgabenbereiche von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bis zur Koordination von Gesundheitsleistungen zugeschrieben.

„(...) Fangen Sie bei ganz jungen Leuten an, die Schwangere, die schon zwei Kinder hat und mit der dritten Schwangerschaft Probleme hat und eigentlich liegen soll und ihren Haushalt nicht mehr geregelt kriegt, ihre Kinder nicht mehr versorgt kriegt, bis über die Mutter, die mit dem gebrochenen Bein auch zu Hause liegt und ihre Kinder und ihren Haushalt nicht mehr versorgt über Leute nach Krankenhausaufenthalt und dann hin zu den Alten, die ja auf die unterschiedlichste Art und Weise Hilfe brauchen, jemand der ihnen Wege aufzeigt, was sie in Anspruch nehmen können, jemand der Dinge für sie regelt, erledigt von der Einstufung in die Pflegestufe bis hin zu Zuschüssen [des] Sozialamtes.“

Ansiedlung der Familiengesundheitspflege

Als Ansiedlungsort für die Familiengesundheitspflege wird von der Mehrzahl der Interviewteilnehmer eine kommunale/öffentliche Einrichtung favorisiert, da hier die einzige Finanzierungsmöglichkeit gesehen wird. Grundsätzlich wird der mögliche Ansiedlungsort immer unter dem Aspekt der Finanzierung und nicht des Bedarfs diskutiert. Das Krankenhaus wird als Ausgangsbasis für die Familiengesundheitspflegerin abgelehnt, da hier bereits Sozialarbeiter die Rolle übernommen haben.

Zusammenarbeit mit der Familiengesundheitspflege

Eine Zusammenarbeit mit der Familiengesundheitspflege können sich alle Interviewteilnehmer vorstellen und sie erachten diese auch als sinnvoll. Wie diese Zusammenarbeit konkret aussehen könnte wurde nur sehr vage beantwortet. Am ehesten werden der Familiengesundheitspflege in diesem Zusammenhang Tätigkeiten zugeschrieben, die aktuell nicht finanziert werden, wie beispielsweise die Koordination von Gesundheitsleistungen.

Schwierigkeiten in der Umsetzung der Familiengesundheitspflege

Mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung des Konzeptes werden in der fraglichen Finanzierung, einer möglichen Aufgabenüberschneidung mit bereits etablierten Akteuren und dem teilweise schwierigen Zugang zu möglichen Klienten gesehen. Darüber hinaus äußert ein Interviewteilnehmer Bedenken an der Implementierung eines weiteren Angebots, da schon die vorhandenen Gesundheitsdienstleistungen kaum bekannt seien.

Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Region

Befragt zu den Unterschieden in der Gesundheitsversorgung zwischen städtischer und ländlicher Region sehen die Interviewten Vorteile auf dem Land durch noch stark ausgeprägte soziale Netzwerke, während in der Stadt beispielsweise allein stehende Personen schneller anonym abtauchen würden.

„(...) ich denke (...), dass auf dem Land noch andere Familienstrukturen herrschen wie jetzt in so einem Ballungsgebiet Großstadt (...). Also da taucht eine isolierte Person deutlich schneller und leichter unter (...) wie auf dem Dorf. (...) Da wird auch jedem sofort auffallen, wenn Frau/Herr XY zwei Tage nicht vor der Tür war.“

Als ländliches Problem wird vor allem die teilweise große Entfernung zwischen einzelnen Orten genannt. Daraus leiten die Interviewteilnehmer ein mögliches Verbesserungspotential durch das aufsuchende Angebot einer Familiengesundheitspflegerin ab.

Wünsche an die Aufgaben/ Tätigkeitsfelder einer Familiengesundheitspflege

Der größte Wunsch der Interviewteilnehmer besteht in einer Koordination der vorhandenen Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus sollte die Familiengesundheitspflegerin aus der Region stammen und Berufs- wie Lebenserfahrung mitbringen.

5. Diskussion

Insgesamt wurde das Konzept der Familiengesundheitspflege von allen Interviewteilnehmern offen und interessiert aufgenommen. In dem Konzept wird eine Chance gesehen, den bestehenden Defiziten im deutschen Gesundheitswesen wie der mangelnden Vernetzung, Koordination und fehlenden Transparenz der Gesundheitsleistungen entgegenzuwirken. Darüber hinaus wird die Möglichkeit erkannt, durch ein aufsuchendes Angebot den Zugang für vulnerable Gruppen zu Gesundheitsleistungen zu verbessern.

Im Folgenden werden für die VG Prüm und die Stadt Witten beispielhafte und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten, orientiert an den fünf Szenarien des Konzepts der Familiengesundheitspflege (Schnepf & Eberl 2005: 43), dargestellt. Für die Stadt Witten konnte eine mögliche Form der Umsetzung der Familiengesundheitspflege herausgearbeitet werden. Aufgrund der sehr heterogenen Zielgruppe in der VG Prüm wurden hier zwei unterschiedliche Möglichkeiten entwickelt.

Die erste Möglichkeit (Tabelle 3) für die VG Prüm geht aus von den ersten beiden Szenarien aus der deutschen Konsentierungsphase des Konzepts der Familiengesundheitspflege (Schnepf & Eberl 2005: 43). In den dünn besiedelten Gebieten ohne ausreichende Verkehrsanbindung müssen oft große Entfernungen zurückgelegt werden, um eine ausreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Hier könnte eine Familiengesundheitspflegerin durch Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung sowie Gesundheitsförderung durch Kompetenzerweiterung im Alltag die Gesundheitsversorgung verbessern. Dieses Angebot würde vor allem Menschen mit einer chronischen Erkrankung unterstützen. Daneben benötigt diese Zielgruppe sowie allein stehende ältere Personen mit einem Selbstfürsorgedefizit eine verbesserte Koordination bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Durch ein systematisches Case-Management der Familiengesundheitspflege könnte hier die Situation für die Betroffenen verbessert werden. Da alle Interviewteilnehmer sich darin einig waren, dass der Zugang für die Familiengesundheitspflege über eine bereits etablierte Gesundheitseinrichtung erleichtert würde, ist sie in diesem Szenario beim Hausarzt oder ambulanten Pflegedienst angesiedelt. Eine Ansiedlung am Sozialamt und dem Krankenhaus wurde von den Interviewteilnehmern abgelehnt.

Die zweite Option für die VG Prüm (Tabelle 4) bezieht sich auf das vierte und fünfte Szenario des Konzeptes der Familiengesundheitspflege (Schnepf & Eberl 2005: 43). Im Mittelpunkt stehen sozial schwache Familien und im Besonderen deren Kinder. Diese Familien sind häufig erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben zusätzlich einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Hier könnte die Familiengesundheitspflege durch aufsuchende Angebote die Familien unterstützen und so zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Sie könnte beispielsweise durch alltagsbezogene Beratung und Begleitung sowie Gesundheitserziehung die Hilfe zur Selbsthilfe fördern oder durch sozialrechtliche Informationen neue Möglichkeiten aufzeigen. Als schwierig gestaltet sich die Ansiedlung der Familiengesundheitspflege in diesem Szenario. Aus den Interviews geht einerseits hervor, dass eine Ansiedlung an einer bereits bestehenden Institution erfolgen sollte, andererseits soll die Familiengesundheitspflege

Tab. 3: Option 1 VG Prüm

Zielgruppe	- allein stehende ältere Personen mit Selbstfürsorgedefizit - chronisch Kranke
Anlass	- Selbstfürsorgedefizit - sozialer Rückzug - Entlassung aus der Klinik mit anschließend entstehender Pflegebedürftigkeit
Bedarf	- soziale und pflegerische Betreuung - koordinierte Entlassung
Zugang	- Hausarzt - Krankenhaus
Handlungskompetenz	- Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung - Anleitung und Motivation - Befähigung zur Alltagsbewältigung - Gesundheitsförderung durch Kompetenzerweiterung - Case-Management - Koordination und Vernetzung unterstützender Dienste - Kooperation mit anderen Akteuren
Ansiedlung	- Ambulanter Pflegedienst

Tabelle 4: Option 2 VG Prüm

Zielgruppe	- gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Familien - Gruppen mit Risikoprofilen oder mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem
Anlass	- Gesundheitsprobleme aufgrund der desolaten sozialen und wirtschaftlichen Situation - Unterversorgung mit sozialen und medizinischen Risiken
Bedarf	- verbesserter Zugang zum Gesundheitssystem - Hilfe zur Selbsthilfe - Öffnung von Hilfs- und Beratungsangeboten für gefährdete Gruppen und Familien - Beratungsangebote
Zugang	- Aufsuchende Angebote, - öffentliche Einrichtungen
Handlungskompetenz	- Alltagsbezogene Beratung und Begleitung - Gesundheitserziehung - Vermittlung und Koordination unterstützender Hilfen - sozialrechtliche Kompetenzen, - Kooperation mit anderen Akteuren und Institutionen
Ansiedlung	- Interdisziplinäres Beratungszentrum

völlig unabhängig sein, da die Betroffenen häufig das Vertrauen in die bestehenden Institutionen verloren hätten. Im dargestellten Szenario wurde die Familiengesundheitspflege ausgehend von dem beschriebenen Bedarf der Interviewteilnehmer an einer neutralen Institution - einem interdisziplinären Beratungszentrum - angesiedelt.

Chancen für die Tätigkeit der Familiengesundheitspflege in der Stadt Witten (Tabelle 5) ergeben sich aus Teilaspekten aller fünf Szenarien des Konzeptes der Familiengesundheitspflege (Schnepf & Eberl 2005: 43). Die Zielgruppen für eine Familienge-

Tab. 5: Option für die Stadt Witten

Zielgruppe	- alleinstehende, ältere Person - pflegebedürftige Personen und ihre Familien
Anlass	- sozialer Rückzug - Begleitung und Unterstützung von Familien oder allein stehenden in Krisensituationen
Bedarf	- Information und Beratung - Hilfe zur Selbsthilfe
Zugang	- Hausarzt - ambulanter Pflegedienst
Handlungskompetenz	- gerontologische, psychosoziale und sozialrechtliche Kompetenzen - Koordination und Schaffung von Transparenz in der Gesundheitsversorgung - Kooperation mit anderen Akteuren - Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung
Ansiedlung	- Gesundheitsamt - mehrere ambulante Pflegedienste

sundheitspflege in Witten wären zum einen pflegebedürftige Menschen, hier besonders dementiell erkrankte Menschen und zum anderen alleinstehende, ältere Menschen. Bei den dementiell Erkrankten wird insbesondere die fehlende pflegerische Versorgung und Betreuung während der Nacht problematisch gesehen. Für die alleinstehenden, älteren Menschen stellt vor allem die wachsende Vereinsamung durch den zunehmenden Wegfall sozialer Netzwerke ein Problem dar. Daneben geben die Interviewteilnehmer die mangelnde Transparenz der angebotenen Gesundheitsleistungen bzw. das Überangebot vorhandener Gesundheitsdienstleister in der Stadt als ein weiteres Defizit an. Hier könnte die Familiengesundheitspflege beispielsweise durch eine Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung sowie durch eine enge Kooperation mit den anderen Akteuren im Gesundheitssystem zu einer Verbesserung beitragen. Des Weiteren würde sie durch ihre fachliche Kompetenz zu einem Fortschritt in der Koordination und Transparenz in der Gesundheitsversorgung führen. Der mögliche Zugang der Familiengesundheitspflege könnte über den Hausarzt oder einen ambulanten Pflegedienst realisiert werden, da diese beiden Akteure bereits häufig in die gesundheitliche Versorgung der Zielgruppen eingebunden sind. Dagegen wird die Ansiedlung der Familiengesundheitspflege von allen Interviewteilnehmern bei einer öffentlichen kommunalen Einrichtung gesehen, da nur hier die Finanzierung sichergestellt werden kann. Eine mögliche Alternative dazu wird nur dann gesehen, wenn sich mehrere ambulante Pflegedienste die Leistung und Kosten der Familiengesundheitspflege teilen.

6. Schlussfolgerungen

Es konnte gezeigt werden, dass sich in der Verbandsgemeinde Prüm und der Stadt Witten Ansatzpunkte für die Umsetzung des Konzepts der Familiengesundheitspflege bieten. Die gewählte Vorgehensweise, verfügbare Datenbestände und ergänzende Interviews mit lokalen Akteuren zum Ausgangspunkt von Umsetzungsüberlegungen zu ma-

chen, hat sich als sinnvoll und zielführend erwiesen. Dabei zeigt sich, dass das WHO-Konzept nicht nur an jeweilige nationale Verhältnisse angepasst werden muss, sondern darüber hinaus regionale und lokale Aspekte zu berücksichtigen sind. Durch die entwickelten Szenarien sind konkrete Umsetzungsmöglichkeiten der Familiengesundheitspflege für die beiden Regionen entstanden. Die dargestellte Vorgehensweise könnte für weitere Studien genutzt werden, um die regionale Umsetzbarkeit sowie Anpassung der Familiengesundheitspflege festzustellen.

Damit haben die Ergebnisse eine besondere Relevanz für die im Rahmen des Modellprojekts ausgebildeten Familiengesundheitspflegenden, die sich in der neuen beruflichen Situation orientieren und einen Aufgabenbereich erschließen müssen. Diese Schritte gehören zur Implementierung des WHO-Konzeptes und werden weitere Anpassungsbedürfnisse aufzeigen. Gleichbleibend sind jedoch die wesentlichen Aspekte der Familiengesundheitspflege. Die von den Befragten benannten Aufgaben: Vernetzung durch Kooperation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und stärkerer Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung wurden auch an anderer Stelle als explizite Ziele der Familiengesundheitspflege benannt (Mischke & Schrader 2005: 12). Das Konzept der Familiengesundheitspflege wird hier als eine strukturell-organisatorisch angemessene Antwort auf diese Anforderungen verstanden und begrüßt.

Es fehlt jedoch weiterhin, wie die Interviewpartner teilweise ebenfalls bemängeln, eine adäquate gesetzliche Regelung zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention. Diese steht neben der fachlichen und berufspolitischen Entwicklung unterschiedlicher pflegerischer Kompetenzen in diesem Bereich noch aus. Dabei sind die spezifischen Bedarfslagen unterschiedlicher vulnerabler Gruppen zu berücksichtigen, denen sich speziell die Familiengesundheitspflege annehmen können soll. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benennt u.a. aufsuchende Angebote für ältere Menschen sowie die Bedeutung der Prävention (SVR 2007: 85) als notwendiges Aufgabenfeld. Die Rolle der Pflegenden als Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist dabei nicht definiert. Eine solche Beschreibung pflegerischer Verantwortungsübernahme wird jedoch in der Diskussion um die „Pflegestützpunkte“ aus dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Deutscher Bundestag 2008) konkretisiert. In seiner „Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG)“, schlägt der DBfK (2007: 3) die Familiengesundheitspflegerin als mögliche sinnvolle Besetzung dieser „Pflegestützpunkte“ vor. Dabei wird zugleich die Rolle der Pflegekassen als Träger der Einrichtung kritisiert (DBfK 2007: 2), die eine unabhängige Beratung gefährden könnte. Die Frage der Finanzierung bleibt jedoch weiter diskussionswürdig sowie auch die Einschätzungen der Interviewpartner zu diesem Thema konträr sind. Insbesondere eine unabhängige Beratung ist jedoch, neben der Möglichkeit von aufsuchenden Angeboten, ein wichtiger und zentraler Punkt, der auch in Witten und Prüm immer wieder als relevant eingeschätzt wird. Ein aufsuchendes Angebot ist in den ausgearbeiteten Szenarien zur Ansiedlung der Familiengesundheitspflegerin (Schnepf & Eberl 2005: 43) ebenso wie in den hier dargestellten Optionen von großer Bedeutung. Sowohl pflegende Angehörige, als auch ältere Menschen oder Familien in

Krisensituationen suchen gerade keine Hilfe außerhalb ihrer Lebenswelt. Sei es, weil sie ihre Angehörigen nicht alleine lassen oder selber nicht das Haus verlassen können. Forschungsbedarf der Pflegewissenschaft besteht darin, weiteres Wissen über die familiäre Sorge zu generieren, aber auch den Zusammenhang zwischen Familiensystemen und Gesundheit bzw. Krankheit zu untersuchen. Damit könnte neben der Pilotstudie die theoretisch-argumentative Basis für die Umsetzung des Konzeptes der Familiengesundheitspflege vertieft und die Implementierung erfolgreich durchgeführt werden.

Literatur

- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2007). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PflVG). <http://www.dbfk.de/bv/download/stenaPflegeWeiterentwicklungsgesetzPV2007-09-20.pdf> [Stand: 2007-11-21]
- Deutscher Bundestag (2008): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Bundestagsdrucksache 16/8525, Berlin
- Deutscher Bundestag. (2002): Schlussbericht der Enquête Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Bundestagsdrucksache 14/8800, Berlin
- Krüger, C. (2006): Das WHO-Konzept der Family Health Nurse in Deutschland: Möglichkeiten und Grenzen. Eine Literaturstudie. Witten: Private Universität Witten/Herdecke, Unveröffentlichte Bachelorarbeit
- Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken (9. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mischke, C.,/Schrader, C. (2005): Argumente und Strategien. Familiengesundheit für Pflegenden und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin
- Muschwitz, C. (2005): Zukunftsprozess Prüm. Endbericht Erste Tranche. Version Mai 2005. Trier: Institut Taurus an der Universität Trier
- Robert Koch Institut (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Pflege. Berlin
- Rosenbrock, R. (2007). Das deutsche Präventionsgesetz 2005 – ein gescheiterter Anlauf. http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/pdf/rosenbrock_praeventionsgesetz.pdf [Stand 2007-11-12]
- Schnepp, W./Eberl, I. (2005): Abschlussbericht. Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Witten: Private Universität Witten/Herdecke
- Statistisches Bundesamt. (2007): Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Kurzfassung. Bonn
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – Langfassung. Bonn
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (1999): Gesundheit 21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2000): Die Familiengesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2001): Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family nurse in Europe. Kopenhagen
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung. Online Journal 1(1), 3-9. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.pdf> [Stand: 15.11.2007]

Martin Dichter

Hohe Str. 137, 44139 Dortmund, Martin.Dichter@web.de (Korrespondenzadresse)

Pia von Lützau

Brüderstr. 11, 58452 Witten, pia@vonluetzau.de

Christine Dunger

Bessemerstr. 15, 44793 Bochum, christine.dunger@web.de

Iris Hochgraeber

Südstr. 4, 58452 Witten, i.hochgraeber@gmx.de

Gisela Zebe

In der Mark 54b, 58453 Witten, giselaz2001@yahoo.com

Johanna Walla

In der Delle 16, 45529 Hattingen, askaw81@web.de

Andreas Büscher

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Postfach 100131
33501 Bielefeld, andreas.buescher@uni-bielefeld.de

Andreas Langer, Peter Schröder, Johannes Eurich, Alexander Brink

Ethische Dilemmasituationen in der Pflege. Eine Analyse aus Perspektive der Neuen Institutionenökonomik

Ethical Dilemma Situations in Nursing Care. An Analysis on the Basis of New
Institutional Economics

The provision of nursing care for elderly people and/or for those in need of care has not only since the introduction of compulsory long-term care insurance been regarded as the rendering of services to others. The fact that these person-related social services constitute a scarce commodity is becoming more and more of a pressing problem. Due to this increasing economisation and institutionalisation in nursing care, the authors of the following article try to explain the field of nursing care by applying the concepts of institutional economics. With the help of principal-agent models and built-up trust, they analyse the institutionalised interactions between employers, receivers of nursing care and nursing staff members. Referring to

eingereicht 10.4.2007

akzeptiert 12.9.2008 (nach Überarbeitung)

the conflicting interests between ethics and economics, this theory-based approach reveals (institutional) paradoxes in nursing care which may not only exacerbate the individual conflicts of nursing staff members. These paradoxes in fact reveal fault potentials, opportunity and shadow costs, contra-productive incentives and unintended consequences of activities aimed at shaping economic behaviour which might lead to severe efficiency losses for nursing care institutions and welfare losses for those receiving nursing care. The dissolution of these paradoxes calls for the consideration and integration of individual and institutional ethics-related approaches.

Keywords

nursing care, ethics, incentives, paradoxes, economics

Die Pflege alter bzw. hilfebedürftiger Menschen wird nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung als Dienstleistung verstanden. Dass diese personenbezogene soziale Dienstleistung ein knappes Gut darstellt, wird mehr und mehr zum drängenden Problem. Aufgrund dieser zunehmenden Ökonomisierung und Institutionalisierung in der Pflege wird in dem vorliegenden Artikel ein institutionenökonomischer Erklärungsansatz auf den Bereich der Pflege angewandt. Mit Hilfe von Prinzipal-Agent-Modellen und Vertrauen werden die institutionalisierten Interaktionen zwischen Arbeitgeber, Pflegeempfänger und Pflegekraft analysiert. Durch diese theoretische Herangehensweise werden im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie (institutionelle) Pflegeparadoxien deutlich, die nicht nur die individuellen Konfliktsituationen der Pflegenden verschärfen können. In diesen Paradoxien werden vielmehr Fehlerpotentiale, Opportunitäts- und Schattenkosten, kontraproduktive Anreize und un intendierte Folgen ökonomischer Gestaltungstätigkeit deutlich, woraus massive Effizienzverluste für die Pflegeeinrichtung und Wohlfahrtsverluste für den Gepflegten resultieren können. Zur Bearbeitung der Paradoxien müssen individualethische und institutionenethische Ansätze integriert werden.

Schlüsselwörter

Pflege, Ethik, Anreize, Paradoxien, Ökonomie

1. Problemstellung: Pflege in der Krise

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 fand ein tiefgreifender Systemwechsel in der Finanzierung der Pflegeleistungen statt. Seitdem wird die Pflege alter- bzw. hilfebedürftiger Menschen als Dienstleistung verstanden. Zudem muss die Pflege – bedingt durch die demografische Entwicklung, Veränderung der Lebensformen, Familienstrukturen usw. – als ein knappes Gut verstanden werden. Damit werden Probleme der Pflege immer relevanter für wirtschaftswissenschaftliche Forschung und ökonomische Analyse, denn Knappheit ist ja bekanntlich ein Kernbestandteil jeder ökonomischen Transaktion und damit jeweils mit einem Preis versehen. In der Praxis bedeutet die ‚unreflektierte Übertragung‘ ökonomischer Instrumente auf den Handlungsbereich der Pflege im Allgemeinen und Pflegeethik im Besonderen jedoch im Extremfall, dass der eigentliche Auftrag der Pflege zurückgedrängt wird und nur noch Ausgabenreduzierung und Leistungsbeschränkung im Fokus stehen. Pflege kann an vielen Stellen weder

sachgerecht noch menschengerecht ausgeführt werden. Wir stellen uns u.a. die folgenden Fragen: Macht eine ökonomische Analyse der Pflege Sinn? Lässt sich das Modell des homo oeconomicus als Heuristik auch in der Pflege anwenden? Welche Abweichungen und Probleme ergeben sich, wenn man nicht von einem mündigen und aufgeklärten Prinzipal ausgeht?

Daher soll in diesem Beitrag das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomik – bezogen auf die Altenpflege – in den Blickpunkt rücken. Unter Bezug auf die Neue Institutionenökonomik wird zunächst dargelegt, dass sowohl die Prinzipal-Agenten-Theorie als auch die Theorie der impliziten Verträge – insbesondere Vertrauen – spezielle Relevanz für die Implementierungsproblematik pflegerischen Handelns haben (2. Kapitel). Anschlusspunkt wird hier sein, dass zentrale Arbeitsaufträge durch die Pflegekraft (als Agent) auch bei gut gemeinter Absicht und persönlichem Engagement nicht bzw. nur suboptimal erfüllt werden können. Der Agent gerät in einen Konflikt zwischen Ethik und Ökonomik. Selbst wenn die Pflegekraft es will, könnte sie nicht moralisch handeln, da sie zum Teil kontraproduktiven (ökonomischen) Anreizsystemen ausgesetzt ist. Vor diesem Hintergrund wird einleitend der Wandel von der Individual- zur Institutionenethik in der Pflege beschrieben (Kapitel 2.1). Es schließen sich einige Überlegungen zur Neuen Institutionenökonomik an (Kapitel 2.2). Hier stehen theoretische Instrumentarien wie z.B. die Prinzipal-Agenten-Theorie zur Verfügung, mit denen das doppelte Prinzipal-Agenten-Modell sowie der Vertrauensbegriff zur Situationsanalyse fruchtbar gemacht werden können (Kapitel 2.3). In einem weiteren Abschnitt werden die Wertvorstellungen in einem doppelten Prinzipal-Agenten-Modell verdeutlicht (Kapitel 2.4).

Am Beispiel der Pflege wird somit deutlich gemacht, dass durch die Neue Institutionenökonomik eine spezifische Mikrofundierung von Handlungssituationen im Sozial- und Gesundheitswesen nötig und möglich ist (vgl. Zintl 1989: 57). Eine Analyse anhand des doppelten Prinzipal-Agenten-Modells ergibt, dass Prozesse der Ökonomisierung zu Dilemmasituationen bzw. zu Paradoxien führen können bzw. diese verstärken.¹ Im Anschluss daran werden daher folgende Paradoxien dargestellt: das Monitoring-Paradoxon (Kapitel 3.1), das Wahrhaftigkeits-Paradoxon (Kapitel 3.2), das Kooperations-Paradoxon (Kapitel 3.3), das Dokumentations-Paradoxon (Kapitel 3.4) und das Qualifikations-Paradoxon (Kapitel 3.5). Durch die Analyse der Paradoxien mit Instrumenten der Neuen Institutionenökonomik wird versucht, Dilemma-Situationen pflegerischen Handelns ethisch anschlussfähig zu machen. Inwiefern individuelle Maßnahmen (Professionalisierung) und institutionenethische Maßnahmen (Ethikinstitutionalisierung) zur Bearbeitung dieser Dilemmata bzw. Paradoxien beitragen können, wird im vierten Kapitel diskutiert. Abschließend erfolgt eine kurze Zusammenfassung sowie ein Ausblick (Kapitel 5).

1 Dabei werden unter Paradoxien Situationen verstanden, die konträre Anreize bieten. Der Handelnde (Agent) befindet sich in dieser Situation dadurch in einem Dilemma. Wie immer er sich entscheidet, verstößt er gegen den einen Anreiz und den Auftrag eines der beiden Prinzipale.

2. Instrumente der Neuen Institutionenökonomik als neue Perspektive für die Pflegeethik

Ausgangspunkt dieses Abschnitts ist folgende Überlegung: Die problemorientierte Ausrichtung der Diskussion rückt die institutionellen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt und lässt Begründungs- und individualethische Implementierungsfragen beiseite. Es geht im Sinne der Methodik Erklären und Gestalten um eine analytische Mikrofundierung, die Phänomene der Makroebene (politisches Policy-Making bzgl. der Pflege) in der professionellen Handlungsebene der Pflegekräfte verankert, aber dennoch ordnungspolitische und institutionenethische Erkenntnisse generiert.

2.1 Wandel von der Individual- zur Institutionenethik in der Pflege

Pflegeethik befasst sich nach Abermeth (1989) mit bestimmten anerkannten Werten und Normen im Verhältnis der Pflegenden zu und in ihrem Beruf. Abermeth zufolge wird eine Pflegeethik bzw. ein in diesem Sinne gemeintes Verhalten von den Pflegenden erwartet. Pflegeethik soll aber auch Orientierung bieten, eine Art Leitfaden darstellen, damit das Zusammenarbeiten zwischen Pflegenden und zu Pflegenden fair und menschlich, aber auch effektiv, effizient und qualitativ hochwertig erfolgt. In der Pflegeethik kann man nach Arndt (1996) in den letzten 100 Jahren drei Phasen unterscheiden:

1. Um die vorletzte Jahrhundertwende herrschte eine sehr stark individualethische Position vor, man setzte also auf die persönliche Ethik des Einzelnen. Die Fürsorge des Pflegenden stand im Zentrum. Tugenden wie Freundlichkeit oder Aufrichtigkeit standen im Mittelpunkt. Professionalisierung vollzog sich hier eher durch das konkrete Vorleben auf den Pflegestationen. Pflegende fühlten sich zur Pflege berufen.
2. In den 50er Jahren entwickelten sich die ersten Standesregeln und Berufskodizes (z.B. die ICN-Regeln von 1954, internationale Ethikregeln für die Krankenpflege). Damit wurde die Ethik der Person reduziert und ergänzt um die soziale Rolle von Pflegeethik. Es ging hier also nicht mehr um die Ethik des Einzelnen allein, sondern eher um die Harmonisierung und Vereinheitlichung von sozialen Standards.
3. In den 70er Jahren standen ethische Theorie und moralische Handlungstheorien im Vordergrund der Pflegewissenschaften (hier sind z.B. die „Ethischen Grundregeln für die Krankenpflege“ des ICN von 1973 zu nennen).

Neue Modelle einer empathischen Pflege oder eines veränderten Sorge-Gedankens versuchen seit Ende der 90er Jahre, Autonomie und Heteronomie in der Pflege neu zu bestimmen (vgl. Bischoff-Wanner 2002; Kleinschmidt 2004) oder kulturübergreifende Aspekte der Pflege zu berücksichtigen (vgl. Bobbert 2003; Friebe/Zalucki 2003; Zielke-Nadkarni/Schnepp 2003). In diesem Sinne könnte man im Anschluss an Arndt noch von einer vierten Phase sprechen.

Parallel zu der Entwicklung der individuellen Ethik hin zur Suche neuer Orientierungen der Pflege verlief die Professionalisierung der Pflege, die aber – und das ist ent-

scheidend – Aporien im Vollzug pflegerischen Handelns sichtbar werden ließ. Der Anwendungsbereich der nun folgenden Institutionenökonomik kann daher als weitere Entwicklungsstufe, also als eine fünfte Phase, aufgefasst werden: die Integration der Institutionenethik in pflegewissenschaftliche Diskurse. Das Typische an dieser spezifischen Zugangsweise der Institutionenethik sei zur Verdeutlichung nochmals gegen die landläufige Verwendung dieser Begriffe im pflegewissenschaftlichen und professionstheoretischen Umfeld abgegrenzt. Mit der Unterscheidung zwischen Individualethik und Institutionenethik wird keine Ebenenunterscheidung getroffen², vielmehr wird aus implementierungstheoretischer Sicht argumentiert. Es geht um die grundsätzliche, modelltheoretische Entscheidung, ob der Gegenstand ethischer Überlegungen der individuelle Akteur – und damit der Gegenstand ethischer Reflexion das Handeln ist – oder ob die Institutionen in ihrer Anreizwirkung als Gegenstand ethischer und implementierungstheoretischer Reflexion fokussiert werden. Nach dieser Entscheidung spielt es keine Rolle mehr, ob es sich nun um den individuellen Akteur in seiner Individualethik und/oder Berufs- bzw. Professionsethik handelt. Diese Unterscheidung verändert nichts an dem Fokus, individuelles Handeln, Motivationen, usw. mit Gestaltungsvorschlägen zu adressieren. Die institutionenethische Perspektive fragt jedoch nach den (Anreiz-)Wirkungen der Institutionen, sei es auf der Mikro-, Meso- oder Makroebene. Diesen Paradigmenwechsel zu verdeutlichen und die Fruchtbarkeit dieser Art der Institutionenethik für die Pflege herauszuarbeiten, darum geht es in dem vorliegenden Beitrag. Deswegen wird auch nicht eine originär soziologische, sondern eine ökonomische Theorie der Institution herangezogen.

2.2 Neue Institutionenökonomik: Prinzipal-Agenten-Theorie

Die Neoklassik setzt eine Fülle von Annahmen voraus: homogene Güter und Dienstleistungen, vollständige Informiertheit (vollkommene Markttransparenz), vollständige Verträge (Totalspezifizierung, keine Täuschung, keine Unsicherheit etc.), keine Transaktionskosten etc. Die neoklassischen Prämissen wurden als stark reduktionistisch und nicht wirklichkeitswidrig kritisiert. Auf das Unternehmen übertragen geht die Neoklassik davon aus, dass die mit den Faktoreignern geschlossenen Verträge vollständig sind: Es gibt keine impliziten Verträge.³ Die neoklassische Ökonomik kannte demnach auch keine Institutionen.

Die Fundamentalkritik (vgl. z.B. Göbel 2002: 29 sowie Richter/Furubotn 1999) an der Neoklassik ist zugleich die Geburtsstunde der Neuen Institutionenökonomik, die sich grundsätzlich als eine Weiterentwicklung der neoklassischen Doktrin begreift. Wirtschaftliches Handeln erfolgt zwar weiterhin auf Märkten, die Marktakteure neh-

2 Wir danken an dieser Stelle insbesondere dem Gutachter, der darauf hinweist, dass sich mit Individualethik (die nicht mit Beruflichkeit zu verwechseln ist), Berufs- resp. Professionsethik und Institutionenethik verschiedenen Ebenen zuordnen lassen.

3 Vielfach werden auch die Begriffe psychologische, unvollständige oder relationale Verträge von den impliziten Verträgen abgegrenzt. Furubotn/Richter (2005: 161) zum Beispiel unterscheiden die agency-contracts theory von der self-enforcing agreements theory und der relational-contract theory. Zu den psychologischen Verträgen vgl. Rousseau (1995).

men aber bei der Durchführung ökonomischer Transaktionen nunmehr Institutionen in Anspruch. Nach Furubotn/Richter (2005) versteht man unter einer Institution

„[...] a set of formal or informal rules, including their enforcement arrangements (the ‘rules of the game’), whose objective it is to steer individual behavior in a particular direction.“ (Furubotn/Richter 2005: 560. Zum Institutionenbegriff im Allgemeinen vgl. Göbel 2002: 1ff.)

Opportunismus wurde systematisch in das Forschungsprogramm integriert und damit ein weiterer Unterschied zur traditionellen Preistheorie gelegt. In der Neoklassik war opportunistisches Verhalten noch ausgeschlossen, nicht aber, weil der Akteur sich moralischer verhielt, sondern weil der Markt vollkommen war und damit opportunistisches Verhalten per definitionem nicht möglich war.

Institutionen sollen hier im Weiteren verstanden werden als allgemein anerkannte Regeln, die Erwartungshaltungen von Individuen in sich wiederholenden Prozessen stabilisieren können, sofern alle Beteiligten sich daran halten. Defektierer werden über Sanktionen von einer Nicht-Anerkennung in spezifischen Situationen abgehalten.

Die Neue Institutionenökonomik versucht nunmehr, genuin ökonomische Erklärungsmechanismen auf primär außerökonomische Zusammenhänge zu übertragen, im vorliegenden Fall auf die Pflege. Hierbei stellt die Prinzipal-Agenten-Theorie ein wesentliches Theorieinstrument dar.

Die Prinzipal-Agenten-Theorie (PA-Theorie) bezieht sich auf eine Situation zwischen zwei Vertragspartnern vor und nach Vertragsabschluss, bei der aufgrund von asymmetrisch verteilter Information in unvollständigen Märkten der Auftraggeber (Prinzipal) über weniger Information verfügt als der Agent und damit die Gefahr besteht, dass der Agent bei der Verfolgung seiner Eigeninteressen die Interessen des Prinzipals verletzt. Dieses in der Theorie als Prinzipal-Agent-Problem bekannte Phänomen wird in der Regel über adäquate Anreizmechanismen (monitoring) gelöst.⁴ Der theoretische Kern und originäre Beitrag des Prinzipal-Agenten-Ansatzes liegt in der theoretischen Analyse und Reformulierung bekannter Interaktionsprobleme (innerhalb institutioneller Handlungskontexte und Organisationen) in anreizorientierten Beschreibungen und Problemlösungen.⁵

Ähnlich wie die Anwendung des homo oeconomicus-Modells in anderen Sozialwissenschaften wie etwa der Ökonomischen Theorie der Politik und der Ökonomischen

4 Prinzipal-Agent-Beziehungen sind, allgemein formuliert, Phänomene, die man in allen Interaktionsprozessen beobachten kann, die durch Arbeitsteilung, Hierarchien und Abhängigkeitsverhältnisse, Delegation von Aufgaben oder durch Verteilung von Kompetenzen gekennzeichnet sind. Es geht um die Austauschverhältnisse zweier Akteure in Form von Stellvertretung (Richter/Furubotn 1999: 163). „The main purpose of principal-agent theory is to characterize the optimal forms of such contracts under various assumptions about the information P and A possess or can acquire and thereby, hopefully, to explain the characteristics of such contracts which are actually observed.“ (Rees 1985: 3)

5 Eisenhardt (1989: 70ff.) empfiehlt in diesem Zusammenhang, dass man sich bei der Anwendung der Agenturtheorie auf spezifische Merkmale der Theorie konzentrieren soll: Das PA-Modell soll nicht als holistisches Theoriekonzept angewendet werden, sondern hat explizit zum Ziel, für das Pflegehandeln als (positive) ökonomische Interaktionstheorie institutionentheoretische und institutionenpolitische Erkenntnisse zu gewinnen.

Theorie der Rechtswissenschaften (Stichwort: ökonomischer Imperialismus) wurde auch die Agency-Theorie in verschiedenen Sozialwissenschaften wahrgenommen wie in der Soziologie und in den Politikwissenschaften (vgl. z.B. Eisenhardt 1989). Die Prinzipal-Agenten-Theorie unterscheidet zwei unterschiedliche Theoriezweige (vgl. Jensen 1983: 334ff. sowie Richter/Furubotn 1999: 165f):

1. normativer Prinzipal-Agenten-Ansatz: Eine mathematische Fortführung auf Basis des neoklassischen Instrumentariums mit Neumodellierung der handelnden Akteure. Im Fokus steht die Erstellung eines effizienten Anreizdesigns im Interesse der Aktionäre (vgl. Hart 1989: 1758 sowie Bamberg/Spremann 1987 und Stiglitz 1989).
2. positiver Prinzipal-Agenten-Ansatz: Eine analytische Ausrichtung des Ansatzes mit dem Ziel, aus einer Anreizanalyse ordnungstheoretische und ordnungspolitische Erkenntnisse zu gewinnen. Auf diesen Ansatz werden wir uns im Weiteren stützen.

Im vorliegenden Anwendungsfall Pflege liegt jedoch in Anlehnung an Langer eine gesonderte Situation vor, die man als doppelte Prinzipal-Agenten-Situation (vgl. Langer 2005, siehe auch Eurich et al. 2003) bezeichnen könnte. Hier wird die Problematik dadurch verschärft, dass die Pflegekraft, also der Agent, letztendlich einen zweifachen Auftrag bekommt: Zum einen wird er von seinem Arbeitgeber, einem Dienstleister wie z.B. dem Diakonischen Werk, beauftragt, Bewohner/innen eines Altenheimes zu versorgen. Zum anderen bekommt er einen Auftrag von dem/der Bewohner/in selbst, eine Dienstleistung (die Pflege) an ihm/ihr zu erbringen.⁶ Das sich daraus ergebende potentielle ‚doppelte Prinzipal-Agent-Problem‘, das die konfligierenden Interessen von jetzt schon drei Vertragspartnern beinhaltet, erschwert die Situation wesentlich und verschärft die im Folgenden dargestellten institutionenökonomischen Paradoxien der Pflege.

Dabei wird nach Langer von einem doppelten Prinzipal-Agenten-Modell ausgegangen, bei der sowohl der Arbeitgeber (das Pflegeheim) als auch der/die Bewohner/in als Prinzipal, die Pflegekraft als Agent aufgefasst wird. Die Pflegekraft schließt mit dem Arbeitgeber einen primär expliziten, mit dem/der Bewohner/in einen impliziten Vertrag. Nach Vertragsabschluss liegt eine asymmetrische Informationsverteilung vor, die annahmegemäß Anreize und Möglichkeiten für den Agenten darstellen, opportunistisch im Sinne von moral hazard oder hold up zu handeln. Folglich handelt dieser z. T. gegen die Interessen seiner Prinzipale, um seine eigenen zu verfolgen.

Mit dem doppelten Prinzipal-Agenten Modell lässt sich eine Reihe von Pflegeparadoxien abbilden, analysieren und institutionentheoretisch deuten. Unter einer Paradoxie wird eine Situation mit z. T. widersprüchlichen (inkonsistenten) Handlungsanreizen für den Agenten verstanden. Der Handelnde (Agent) befindet sich in dieser Situation dadurch in einem Dilemma. Wie immer er sich entscheidet, verstößt er gegen den einen Anreiz und den Auftrag eines der beiden Prinzipale. Diese Dilemmastrukturen sind systemimmanent begründet und bestärken den aktuellen Pflegenotstand: Im An-

⁶ Wenn der Bewohner-Prinzipal stark dement bzw. verwirrt ist, wird es sich dabei in der Regel auch um eine implizite Beauftragung handeln.

schluss an die Analyse kommen wir zu der These, dass (institutionelle) Pflegeparadoxien nicht nur die individuellen Konfliktsituationen der Pflegenden verschärfen können.⁷ Vielmehr manifestieren sich in den Paradoxien Fehlerpotentiale, Opportunitäts- und Schattenkosten, kontraproduktive Anreize und unintendierte Folgen ökonomischer Gestaltungstätigkeit, die sich in massiven Effizienzverlusten für die Pflegeeinrichtung und in Wohlfahrtsverlusten für den Gepflegten niederschlagen können.

2.3 Vertrauen und der unmündige Klient-Prinzipal

Das doppelte Prinzipal-Agenten-Modell entwickelt seine analytische Schärfe gegenüber bereits etablierten PA-Modellen von konträren Anreizstrukturen für Agenten (Multi-Agenten, mehrstufige Beziehungen, mehrere Prinzipale, mehrere Aufgaben, mehrperiodige Beziehungen), wenn die Gleichzeitigkeit und Wechselwirkung von dominant wirkenden expliziten und impliziten Vertragsverhältnissen ins Zentrum gestellt werden (vgl. Göbel 2002: 103ff.). In der Pflege trifft dies den Kern der Koordinations- und Steuerungsproblematik: Am Organisationsprinzip ‚Vertrauen‘ lässt sich die Bedeutung der ‚weichen Faktoren‘ für die Dienstleistungsproduktion verdeutlichen (2.3.1), an der Konstruktion des unmündigen Klienten das Problem der mangelnden Vertragsfähigkeit der Klienten-Prinzipale (2.3.2).

2.3.1 *Vertrauen als Organisationsprinzip*

Vertrauen stellt für das Funktionieren von Märkten und Verträgen eine notwendige Bedingung dar. Dieses geht jedoch über das reine Einhalten von expliziten Verträgen hinaus. In Anlehnung an das Prinzip *pacta sunt servanda* ist die Einhaltung von impliziten Verträgen ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil. Während sich jedoch schon die Evaluation von impliziten Verträgen in klassischen Prinzipal-Agenten-Beziehungen wie z.B. bei Managern/Aktionären oder Managern/Mitarbeitern äußerst schwierig erweist, ist die Situation in dem Pflegekraft/Bewohner-Verhältnis noch anders gelagert. Die Explizierung der Verträge (z.B. in Form von Stellenbeschreibungen) ist kaum möglich, da letztlich eine umfassende und menschenwürdige Umsorgung des Bewohners verlangt wird, die schwerlich über das Abhaken von ‚ToDo-Listen‘ erledigt werden kann, sondern gerade auch auf genuin impliziten Arrangements basiert. Die impliziten Arrangements jedoch sind aufgrund einer ‚konstruierten Nahversorgung‘ nicht inhärent motiviert. Das bedeutet, dass eine genuine Pflege und Fürsorge einer Person in der Regel nicht per Auftrag durch einen Prinzipal, sondern nur durch eigenes Wollen, durch Liebe und eine gewisse Form der Zuneigung erfolgen kann. Dabei spielt das Vertrauen im Verhältnis der beteiligten Personen zueinander – ähnlich wie in anderen Nahbeziehungen z.B. in der Familie oder der Ehe – eine entscheidende Rolle: Es bestehen massive und unauflösbare Informationsasymmetrien zwischen den Akteuren und

⁷ Dieser These liegt die Annahme zugrunde, dass die ökonomischen Kriterien der Qualität, Effizienz und Effektivität ohne Berücksichtigung des zentralen Interaktionsgeschehens zwischen Pfleger und zu Pflegenden inadäquate Steuerungsmittel darstellen.

mindestens eine Partei der Interaktionspartner befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Pflege. Es besteht weder eine „exit“-Option noch die Möglichkeit der umfassenden Kontrolle pflegerischer Qualität. Gerade Vertrauen ist hier jedoch weitaus mehr als ein Vertrauen, das der Anleger in das Unternehmen oder der Manager in seinen Vorgesetzten hat.

In der Prinzipal-Agenten-Theorie kann ein solches Vertrauensverhältnis als implizites Vertragsverhältnis beschrieben werden.⁸ Dabei wird das Agenturproblem des hold up (vgl. Wolff 1999 sowie Ripperger 1998: 67ff.) zu einem zentralen Punkt: Die Vertrauensbeziehung – die auf der wechselseitigen Investition in Vertrauen beruht – als Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Pflegekraft und Bewohner/in ist gefährdet, wenn die Beteiligten die Befürchtung haben müssen, dass der jeweilige Agent nicht mehr ihre Interessen vertritt.

Die oben genannte Problematik wird ferner noch verschärft durch die Tatsache, dass Prinzipal und Agent hier nicht nur der asymmetrischen Informationsverteilung unterliegen, sondern sich auch in anderen Dingen nicht mehr gleichrangig gegenüberstehen. So ist der/die Bewohner/in in der Regel nicht mehr in der Lage, Verträge zu schließen bzw. – sofern es doch noch möglich ist – vermutlich nicht in der Lage, diese fair zu verhandeln. Mögliche Verletzungen expliziter Vereinbarungen sind kaum justiziabel, die Durchsetzung impliziter Vereinbarungen erst recht nicht, was auch eine eventuelle Neuverhandlung von Verträgen ausschließt: Der/die Bewohner/in ist in der Regel nicht einmal in der Lage, seine Versprechen zu halten, eine für eine Vertrauensbasis notwendige Bedingung.⁹ Hier wird deutlich, dass Lösungsansätze, die auf der individuellethischen Ebene pflegerisches Handeln ansprechen, ohne dabei strukturelle Zusammenhänge zu beachten, zu kurz greifen.

Die Schwierigkeiten des Pfleger-Agenten im Zielkonflikt können nun als strukturelles Interaktionsproblem zwischen Personal und Bewohner/in benannt werden. Deshalb möchten wir argumentieren, dass ökonomische Konzepte ohne eine angemessene Beschreibung des zentralen Interaktionsgeschehens nur unzureichende Steuerungsinstrumente für die Pflege darstellen. Unter ethischen und ökonomischen Gesichtspunkten ist es vielmehr notwendig, die entsprechenden psychosozialen Anreiz- und Sanktionsbedingungen pflegerischen Handelns in der Interaktion mit den Klienten unter dem Aspekt der Vertrauensinvestition zu berücksichtigen.

8 Vertrauensverhältnisse können grundsätzlich als Prinzipal-Agenten-Verhältnisse beschrieben werden (Ripperger 1998: 63ff.). In der ökonomischen Tauschsemantik wird hier Vertrauen als Gut beschrieben. Erst die riskante Vorleistung des Vertrauensgebers und die Honorierung durch den Vertrauensnehmer konstituieren eine Vertrauensbeziehung. Damit stellt die Vertrauensbeziehung eine Vertragsbeziehung dar, deren Zustandekommen und Stabilität durch implizite Elemente wie z.B. die Identität der Vertragspartner oder die Umwelt des Vertrages als Vertrauensatmosphäre zu beschreiben ist (vgl. Langer 2005). Für das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient kann eine vorgängige Vertrauensbeziehung analytisch als konstitutiv betrachtet werden. Dabei werden für die Analyse der Koordinations- und Motivationsprobleme handelnder Akteure die spezifischen alltagsweltlichen und soziopsychischen Anreiz- und Sanktionsmechanismen der relevanten Vertrauensatmosphäre entscheidend.

9 Der wachsende Anteil dementer Pflegefälle in einem Pflegeheim unterbindet dies.

1. Vertrauen wird zum Kriterium der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Bewohner/in: Bietet also die Pflegeagentur, das Pflegeheim auch unter den gesundheitssystemischen Zwängen expliziter Verträge zwischen Träger und Pflegeversicherung weiterhin einen Schutzraum, in dem Vertrauensbeziehungen möglich sind und tatsächlich geschützt werden?
2. Vertrauen wird zur antizipierenden prüfenden Heuristik ordnungspolitischer Vorschläge: Kann man prognostizieren, ob durch geplante Reformen die Bedingungen für eine Vertrauensbeziehung verbessert werden, oder besteht die Gefahr, dass Vertrauensbeziehungen gefährdet werden?

2.3.2 Der unmündige Klient-Prinzipal: Die Leerstelle in der Prinzipal-Agenten-Theorie

Wie auch immer die Annahmen der verschiedenen PA-Modelle in der Literatur geschnitten waren, es wurde getreu dem Modell des homo oeconomicus jedoch immer zugrunde gelegt, dass die beteiligten Akteure die Fähigkeit haben, ihre eigenen Interessen zu definieren und zu verteidigen, sei es auf dem Markt oder durch ein juristisches System. An dieser theoretischen Annahme ist grundsätzlich nichts auszusetzen, allerdings trifft sie auf die Klienten-Prinzipale in der Pflege nicht zu.

Fälle, bei denen der Prinzipal rechtlich, moralisch oder sogar intellektuell nicht in der Lage ist, seinen Agenten auszusuchen, zu ernennen oder ihn zu steuern, oder Fälle, in denen dem Prinzipal sogar durch gesetzliche Regelungen oder Gewohnheit ein Agent zugeordnet wird, wurden bislang aus der Prinzipal-Agenten-Literatur ausgeschlossen. Viele Individuen sind aber gerade durch eine solche Situation charakterisiert – die wichtigsten sind Kinder und ihre Eltern oder andere Aufsichtspflichtige, weiterhin Patienten in Anstalten und ihre Betreuer und auch Bewohner/innen in Alten- und Pflegeheimen.

Ross (1973) zeigt aber am Beispiel der Familie auf, dass es in diesen Beziehungen ebenfalls zu Prinzipal-Agenten-Problemen kommt. Die Eltern haben implizite kontraktuelle Verpflichtungen, die sich gegenüber dem Kind-Prinzipal „[i]n a particular domain of decision problems“ (Ross 1973: 134) äußern. Sie geben z.B. die impliziten Versprechen gegenüber dem Kind und der Gesellschaft ab, die Interessen des Kindes gemäß dem Kind-Prinzipal zu vertreten. Hier, wie auch in den anderen Beispielen dieser Prinzipal-Agenten-Verhältnisse, muss davon ausgegangen werden, dass der Prinzipal nicht fähig ist, seine eigenen Interessen ‚vis-à-vis‘ dem Agenten zu definieren und zu verteidigen. Dies ist der Ausgangspunkt der Prinzipal-Agenten-Theorie als Heuristik, um die optimale Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen einer Kritik zu unterziehen.

Der Blick muss in diesem Fall speziell auf die institutionellen Rahmenbedingungen gelenkt werden, weil sich die Prinzipale (in diesem Fall die Gepflegten) in der unmündigen oder unterlegenen Position befinden, sie also kaum fähig sind, die Instrumente anzuwenden, die die Prinzipal-Agenten-Theorie vorschlägt, um opportunistisches Ver-

halten oder die Entscheidungsprobleme bei asymmetrischen Informationen der Agenten zu verringern, die ja in diesen Prinzipal-Agenten-Verhältnissen vorhanden sind.

Was macht den Unterschied dieser Prinzipal-Agenten-Verhältnisse zu denen aus, die in der Prinzipal-Agenten-Literatur normalerweise behandelt werden? In der Prinzipal-Agenten-Literatur beaufsichtigt und weist der Prinzipal (P) den Agenten (A) an. Im Falle der Pflege kann man davon ausgehen, dass die Rollen vertauscht sind: Der Agent weist P an, P kann A kaum beaufsichtigen: Das monitoring-System ist komplett außer Kraft gesetzt.

Das Problem ist hier natürlich, dass dem Agenten unterstellt wird, dass er bereit ist, eigene Interessen zu verfolgen, oder dass die Präferenzen der Akteure differieren. Der Agent hat den Anreiz zum Opportunismus, also weniger sorgfältig zu arbeiten. Die Vertragsbeziehung ist durch zwei Charakteristika gekennzeichnet, die vor allem Verhältnisse des impliziten Vertrags näher beschreiben:

Zum Ersten ist die Auszahlung des Agenten unklar bzw. erforschungsbedürftig. Über seine Bezahlung hinaus kann unterstellt werden, dass die Zufriedenheit des Prinzipals für den Agenten selbst eine Auszahlung darstellt. Dies setzt aber voraus, dass der Agent seine moralische, soziale und rechtliche Verantwortung auch wahrnimmt. Das, was also für den Agenten jeweils über seine Entlohnung hinaus eine Auszahlung darstellt und so für ihn handlungsleitend werden kann, ist jedoch besonders in der Pflege offensichtlich voraussetzungsvoll – eine solche Voraussetzung besteht z.B. in altruistischem Verhalten – eine Annahme, die in der Neuen Institutionenökonomik allerdings nicht getroffen wird und die als solche in der Analyse der gegenwärtigen Pflegepraxis auch fragwürdig erscheint.

Zum Zweiten kann der Vertrag zwischen Bewohner-Prinzipal und Pfleger-Agent nicht mit Verträgen verglichen werden, die auf einem freien Markt zustande kommen (die im Sinne einer ‚invisible hand‘ deshalb automatisch effizient werden [vgl. Smith 1996]):

- Der Vertrag zwischen P und A unterliegt nicht der gleichen Basis an Informationen
- Die Informationen über A sind nicht günstig und effektiv verfügbar
- Die verfügbaren Informationen über A sind für P nicht notwendigerweise leicht verständlich
- Die Kosten für die falsche Agenten-Wahl sind hoch und unter Umständen kaum rückgängig zu machen (das ‚locked in-‘ und ‚sunk costs‘-Problem beim hold up)
- Die Vorstellungen über die Pflege können zwischen P und A stark differieren.

Wie wir auch schon durch den Vertrauensaspekt gezeigt haben, ist der Vertrag zwischen Bewohner und Pfleger durch die Elemente impliziter Vertragsverhältnisse gekennzeichnet. Der Vertrag hat wesentlich andere Kennzeichen und ist in einen Kontext eingebettet, der sich stark von einem Vertrag unterscheidet, der auf einem ‚freien Markt‘ geschlossen wird. Munro (1999) zeigt nun in seiner Prinzipal-Agenten-Analyse der Familie einen interessanten Aspekt auf. Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern kann als Paradebeispiel für eine Prinzipal-Agenten-Beziehung gelten, in der sich der

Prinzipal in einer extrem abhängigen Situation befindet, die sogar bis zu dem Punkt gehen kann, dass seine Rechte gefährdet sind. Verstöße gegen die Rechte des Kind-Prinzipals können passieren, ohne dass das Kind fähig wäre, sich selbst zu wehren.

Mit dem doppelten Prinzipal-Agenten-Modell kann in diesen Beziehungen das Problem der Rechte des unmündigen Klienten, des Bewohner-Prinzipals bzw. der dritten Parteien, die diese Rechte einfordern bzw. schützen können, freigelegt werden bzw. auf institutionelle Rahmenbedingungen, in denen die Rechte gewahrt werden, zurückgeführt werden. Gegenüber den Steuerungsmechanismen der Prinzipal-Agenten-Theorie, die dem Agenten oder dem Prinzipal Instrumente zur Verfügung stellen, um an entscheidender Stelle Informationsasymmetrien zu verringern (monitoring, signaling, screening), kommt also unter dem Aspekt der zu schützenden (Handlungs-)Rechte eines unterlegenen oder unfähigen Prinzipals eine dritte Partei ins Spiel. Die wird besonders für die Fälle relevant, in denen Adressaten Sozialer Arbeit – z.B. aus vertragstheoretischer Sicht – nicht in der Lage sind, Auftraggeber zu sein.

Mit dem doppelten Prinzipal-Agenten-Modell stellt sich weitergehend die Frage, wer diese Instanz sein könnte, welcher die Aufgabe zukäme, die Rechte der Bewohner-Prinzipale zu wahren. Dies könnten beispielsweise die Pflegeeinrichtungen selbst sein, deren Rolle aber insofern noch ambivalenter würde. Sie müssten nicht nur dafür Sorge tragen, dass ihre Angestellten effizient arbeiten, gleichzeitig müssten sie die Wahrung der Rechte der Bewohner garantieren – diese können jedoch durch die organisationalen Anreizsetzungen in Frage gestellt sein.¹⁰ Außerdem könnte man überlegen, über welches Verfahren diese Institution (demokratisch) legitimiert wird. Zum anderen könnte diese dritte Partei durch einen starken Berufsverband repräsentiert sein, der die Einhaltung der Standards im individuellen professionellen Handeln und in den institutionellen Programmen gewährleistet und durchsetzt. Dieser ist für die Pflege nicht in Sicht, womit auch die Institutionalisierung und Durchsetzung ‚ethischer Kodizes‘ als Kontroll- und Steuerungsinstrument stark eingeschränkt wird.

Im Gegensatz dazu scheinen jedoch vor allem Lösungsstrategien anschlussfähig, die die Partizipation der Adressaten oder deren Vertreter in die Leistungserstellung betonen, also die Stärkung der Nachfrageperspektive fördern.¹¹ In Konzepten des informed consent verändert sich die Rolle des Pflegenden dabei vom (paternalistisch) orientierten Helfer im Idealfall zum Berater (vgl. Giese 2002). Im Bereich der Psychiatrie werden Ansätze des Community-care diskutiert, die die Strategie der Deinstitutionalisierung von Therapie und Behandlung verfolgen. Unter analytischen Aspekten erscheint es jedoch geboten, die Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnern in den Kontext der ‚lebensweltlichen‘, also sozialen und psychischen Anreiz- und Sanktionsmechanismen zu stellen (was ja die Perspektive des Vertrauens gezeigt hat). Demnach han-

10 Zajac (1995) hat dabei gezeigt, dass ein schlechtes Verhalten (wie z.B. Kindesmissbrauch oder auch opportunistisches Verhalten allgemein) einer bestimmten Verteilung folgt: Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens ist in größeren Organisationen höher als in kleineren. Große Organisationen müssen deshalb größeren Aufwand betreiben, um Defektieren zu verhindern. Wo es also mehr Agenten gibt, steigt die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens exponentiell.

11 Vgl. für die Soziale Arbeit Schaarschuch (1996).

delt es sich in der Interaktion nicht um eine dyadische Beziehung, sondern um einen Dialog zwischen Professionellem, Bewohner-Prinzipal und dessen Angehörigen/Vertretern (vgl. Wolff 1999: 120). Erst in diesem Kontext scheint es auf einer analytischen Ebene möglich zu sein, die Wahrung der Rechte und die deskriptive/normative Perspektive der Kundensouveränität auch für den unmündigen Prinzipal zu gewährleisten.¹²

Das doppelte Prinzipal-Agenten-Modell stellt damit eine Mikrofundierung zur Diskussion, die entscheidende Fragen und Problemstellungen zur Analyse und Gestaltung institutioneller Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt. Es geht darum, wie die exogenen Faktoren der Prinzipal-Agenten-Beziehung ‚Pfleger-Bewohner‘ zu integrieren sind: Welche Rechte des Bewohner-Prinzipals sind zu schützen? Welche Handlungsrechte (vgl. Coleman 1991) werden wie in der Interventionssituation übertragen? Welche Rolle spielt die Pflegeeinrichtung beim Schutz oder beim Bruch dieser Rechte?

2.4 Wertvorstellungen in einer doppelten Prinzipal-Agenten-Beziehung

Menschen haben unterschiedliche Wertvorstellungen, denen Meinungen zugrunde liegen und die Handlungen steuern. Jede Entscheidung, die der Agent im Rahmen seiner pflegerischen Tätigkeit trifft, unterliegt damit, auch wenn dies nicht immer bewusst ist, einem Werturteil. Die unterschiedlichen Werturteile von Prinzipal und Agent können – vor dem Hintergrund einer mehr oder weniger gleichberechtigten und anerkannten Akzeptanz des Anderen – in einen rationalen Diskurs eingebracht werden. Im vorliegenden Fall der Pflege ist es jedoch so, dass der Prinzipal in der Regel nicht mehr in der Lage ist, seine Werturteile – ob moralischer oder nicht-moralischer Art – zu artikulieren und gegebenenfalls zu verteidigen. Er befindet sich nicht selten in einer starken Abhängigkeit vom Agenten und unterliegt zudem oftmals dem Phänomen der erlernten Hilflosigkeit (vgl. Bierhoff 1998). Der Agent muss demnach – sofern er eine kunden-, d.h. bewohnerfreundliche Strategie verfolgt – nicht nur seine eigenen Wertvorstellungen, sondern auch die des Prinzipals evaluieren. Entsprechende Informationen bekommt er aus dem Gesundheitsbericht, der Pflegedokumentation, sonstigen Dokumenten bzw. der Krankengeschichte des Bewohners, sofern diese vollständig und hinreichend informativ sind.

Mit dem doppelten Prinzipal-Agenten-Modell lässt sich nun zeigen, dass der Agent in den institutionellen Rahmenbedingungen nicht nur die Wertvorstellungen des Bewohners, sondern auch die seines Arbeitgebers kennen muss. Selbst wenn dies möglich wäre, liegt aber die Vermutung nahe, dass es unter diesen Umständen zu massiven Zielkonflikten kommen würde, nicht nur zwischen den Agentenvorstellungen und den Prinzipalvorstellungen, sondern auch und vor allem zwischen den Prinzipalen selbst. Die Ökonomisierung der Pflege führt dazu, dass die konfligierenden Phänomene zwischen den Prinzipalen letztendlich über den Agenten ausgetragen werden.

¹² Hier wären auch Treuhand-Modelle oder gesetzliche Betreuung weiterführend.

Diese Konflikte werden sich aufgrund von demographischen und gesellschaftlichen Trends weiter verschärfen:

- Die Bevölkerung wird immer älter: Die kulturbedingten Konflikte zwischen den Generationen werden zunehmen, da der Altersunterschied zwischen Pflegenden und zu Pflegenden/Gepflegten größer wird.
- Die gesellschaftliche und kulturelle Entwicklung nimmt an Geschwindigkeit zu, die Langlebigkeit der Güter und Produkte nimmt ab, der technische Fortschritt beschleunigt sich: All das führt dazu, dass sich die Wertvorstellungen zwischen den Generationen weiter verschieben werden.
- Das Informationsniveau des Bewohners wird weiter steigen (Stichwort: Informationsgesellschaft und Infonaut), so dass auch die Anforderungen des Bewohners über das ‚Satt-und-sauber-sein‘ hinausgehen werden.
- Personen mit Migrationshintergründen – als Pflegende und zu Pflegende – in unserer Gesellschaft, das Phänomen des ‚globalen Dorfes‘ und die geographische Mobilität werden auch im Bereich der Altenpflege zu weiteren Zuspitzungen führen. Absehbar ist, dass das Konfliktpotential der Wertvorstellungen zunehmen wird. Auch sprachliche Barrieren werden weitere Probleme darstellen.
- Die stärkere Einbindung von Angehörigen (dritte Partei: Trialog), die allein aufgrund der zunehmenden finanziellen ‚Beteiligung‘ an den Pflegekosten ein genuines Selbstinteresse verfolgen, führt dazu, dass die Interessen der Bewohner zunehmend stärker durchgesetzt werden können bzw. zumindest die Rechtfertigung und Legitimation der Pflegemaßnahmen steigen wird.
- Alter und Tod werden immer stärker aus dem Bewusstsein der Menschen verdrängt.¹³ Die Betreuung Sterbender gilt allerdings als einer der wesentlichen Bereiche der Pflegeethik.

Die genannten Koordinations- und Steuerungsprobleme bzw. Wertkonflikte können jeweils als individuelle Motivations- oder Gesinnungsprobleme gelesen werden. In einer Situation, in der sich nun ein Pfleger zwei Prinzipalen gegenüber sieht, kann mit dem doppelten Prinzipal-Agenten-Modell die institutionenethische Relevanz dieser spezifischen Situation gezeigt werden: Es geht um die Analyse von Anreizmechanismen und um Vorschläge zur Gestaltung von Anreizsetzungen, um die Gefahr zu verringern, dass der Zielkonflikt des Agenten zu Lasten eines Prinzipals aufgelöst wird. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass der Prinzipal sich nicht primär moralisch verhält, sondern streng seine Eigeninteressen verfolgt.¹⁴ Konflikte lassen sich beispielhaft an den folgenden Paradoxien exemplifizieren.

¹³ Vgl. Joachim-Meyer (2004) und Nassehi/Weber (1988). Allerdings werden Pflege und Tod immer mehr zu einem öffentlichen Thema (vgl. z.B. die Hospizbewegung), so dass manche Autoren der These von der Verdrängung des Todes inzwischen widersprechen.

¹⁴ Dass sich auf der Handlungsebene die ethische Rationalität nicht unbedingt von der ökonomischen Rationalität unterscheiden muss, zeigen u.a. Hegselmann (1992) und Rusche (1993).

3. Institutionenökonomische Paradoxien der Pflege

3.1 Das Monitoring-Paradoxon

Das Monitoring-Paradoxon beschreibt das Phänomen, dass eine effiziente und effektive Kontrolle des Agenten durch den Prinzipal unter den gegebenen individuellen und systemischen Bedingungen kaum bzw. nur unter prohibitiven Kosten möglich ist. Klassische Kontrollmechanismen versagen im doppelten Prinzipal-Agenten-Modell sowohl beim ersten Prinzipal (Bewohner) als auch beim zweiten Prinzipal (Arbeitgeber): Letzterer hat kaum direkten Kontakt zum Agenten (Pfleger), da dieser seinen Dienst am Bewohner, also direkt beim ersten Prinzipal, leistet. Die Grundpflege erfolgt sozusagen hinter verschlossenen Türen, so dass sich Erfolgskennzahlen kaum ermitteln lassen. Über welche Kennzahlen sollte der Arbeitgeber also den Agenten bewerten können? Zahl der Grundpflegen, Verbrauch an Inkontinenzartikeln, Menge an verabreichter Nahrung, Zufriedenheit des Bewohners? Die Auflistung macht deutlich, inwieweit sich Probleme ergeben können. Aber auch der Bewohner ist in der Regel nicht monitoringfähig, da er oftmals abhängig und dement ist bzw. seine Präferenzen nicht selbst bestimmen kann. Er ist als Prinzipal eben nicht in der Lage, ein effizientes und effektives Kontrollsystem zu implementieren. Nicht selten wird er gerade in eine Situation der gelernten Hilflosigkeit gebracht und findet sich in einer lock-in-Situation wieder. Seine Rechte sind kaum justizierbar, mögliche Stellvertreter wie z.B. Betreuer, Angehörige und Ärzte vertreten ihn vielfach nicht ausreichend. Die Möglichkeit des signaling (der Prinzipal gibt Auskunft über seine Handlungen) und screening (der Agent erforscht die Handlungen des Prinzipals) über Erfolgskennzahlen ist aus den genannten Gründen ebenfalls nicht möglich. Im doppelten Prinzipal-Agenten-Modell ist also – im Gegensatz zur klassischen Prinzipal-Agenten-Theorie – ein Monitoring nicht nur erschwert, es führt unter bestimmten Bedingungen sogar zu paradoxen Situationen.

3.2 Das Wahrhaftigkeits-Paradoxon

Im Rahmen des Wahrhaftigkeits-Paradoxons wird ein weiteres Problem deutlich: Der Agent (Pfleger) kann den Bewohner nicht nur durch unwahre, sondern auch durch wahrhafte und ehrliche Kommunikation vital schädigen. Beim Umgang selbst mit den verwirrten und dementen Bewohnern greifen die Pflegekräfte in bestimmten Situationen zur ‚Notlüge‘. Was erzählt man einem Alzheimer-Patienten, der nach Hause möchte, in seine alte Heimat oder seine alte Wohnung, in der er aber seit Jahren nicht mehr lebt? Oder einer alten und schwerstkranken Person mit infauster Prognose, die nach ihrem Gesundheitszustand fragt? Wie soll der Pfleger reagieren, wenn die verwirrte Seniorin ihn als ihren Sohn anspricht, weil sie der festen Überzeugung ist, ihren Jungen vor sich zu haben? Der Umgang mit verwirrten und dementen Personen kann in besonderen Situationen dazu führen, dass man die betroffenen Bewohner in ihrem (falschen) Glauben lässt.

3.3 Das Kooperations-Paradoxon

Das Kooperations-Paradoxon beschreibt eine Situation, in der kein Anreiz für den Pfleger (Agent) besteht, in einer Prinzipal-Agenten-Beziehung angemessen zu kooperieren – oder Anreize bestehen, Kooperationen des Prinzipals nicht kooperativ zu erwidern. Warum sollte sich der Agent kooperativ zeigen? Klassische ‚Tit-for-Tat‘-Strategien, nach denen es rational ist, das Verhalten des Akteurs in iterativen Spielzügen zu kopieren, versagen. Sind Bewohner nicht in der Lage, sich an den ersten Spielzug zu erinnern (Habe ich bereits gegessen? Wer hat mich gepflegt? Wer hat mir gestern Kleidung herausgelegt?), so lohnt es sich für den Pfleger aus rationaler Perspektive nicht, sich in einem ersten Spielzug kooperativ zu verhalten. Demente Bewohner sind also weder nachtragend noch können sie kooperatives Verhalten mit kooperativem Verhalten – zumindest langfristig – kontern. Solche Umstände bewirken ferner, dass sich kooperatives Verhalten für den Agent in der Regel nicht auszahlt. Zwar wird er für seine Arbeitsleistung monetär entlohnt, allerdings erhält er diese Zahlung nicht vom Bewohner, sondern vom zweiten Prinzipal. Somit böte es sich eher an, sich ihm gegenüber kooperativ zu verhalten.

3.4 Das Dokumentations-Paradoxon

Das Dokumentations-Paradoxon zeigt, dass eine angemessene Dokumentation unter den aktuellen systemischen Bedingungen nicht möglich ist. Das Dokumentations-Paradoxon beschreibt eine Situation, in der die Art und Weise einer Leistungs-Dokumentation ihren Zweck verfehlt und sogar zum Nachteil für den Agenten ausgelegt werden kann. So kann unter Umständen das Berichtswesen zu massiven Fehlern führen und dadurch an Validität verlieren. Zum Beispiel sind verschiedenste Angaben in der Pflege ineffektiv und ermöglichen keine wirksame Quantifizierung: Dokumentation der Lagerung (Zahl, Art der Lagerung), Inkontinenzpflege, Nahrungsmittelaufnahme (z.B. über eine PEG [Perkutane endoskopische Gastrostomie]), psychosoziale Betreuung (Altentherapie). Ferner ist eine exakte und wahrhafte Dokumentation zeitlich sehr aufwändig (inklusive der Kontrollmechanismen) und steht damit nicht im Verhältnis zum Nutzen, da sie sowieso kaum en detail überprüft wird. Defektierer können folglich nicht entdeckt werden. Paradox ist auch die Anreizsetzung der Dokumentation, wenn diese ein Indikator zur Berechnung des Pflegeschlüssels sein soll: Wird wenig dokumentiert – so kann argumentiert werden –, gibt es weniger Personal, da weniger geleistet wurde; wird viel dokumentiert, wird der Pflegeschlüssel heruntersgesetzt, da man mit dem bestehenden Personal die überdurchschnittlich vielen Leistungen erbracht hat.

3.5 Das Qualifikations-Paradoxon

Das Qualifikations-Paradoxon beschreibt einen Zustand, in dem die Leistungen des Agenten den Qualitätsanforderungen einer bewohnergerechten Pflege nicht entsprechen. Sollzustand und Ist-Zustand weichen erheblich voneinander ab. Gefordert werden von der ‚idealen Pflegekraft‘ u.a. gute Kenntnisse in den Bereichen Empathie,

Ökonomie, Geschichte, Psychologie, Religion, Pflege oder Medizin. In der Praxis werden jedoch überwiegend gering qualifizierte Arbeitskräfte eingesetzt. Diese kommen vielen Ansprüchen einer bewohnergerechten Pflege nicht nach und führen zu einem Unbehagen sowohl auf Agenten- als auch auf Bewohnerseite. Finanzielle Ressourcenknappheit führt dazu, dass heute bis zu 25 Prozent der Pflegeheime die gesetzlich vorgeschriebene Fachkräfte-Quote von 50% unterschreiten.¹⁵ Angelernte Pflegehilfskräfte übernehmen (einfache) pflegerische Leistungen, ohne entsprechende Kompetenzen im Hinblick auf die Anforderungen dieses Dienstleistungsberufs erworben zu haben.

Die oben genannten Paradoxien bleiben im Wesentlichen bestehen, auch wenn man von einem moralischen Pionier als Agenten ausgeht, was aber annahmegemäß nicht unterstellt wurde.¹⁶ Aus der Darstellung der Paradoxien folgen sowohl ein Institutionenethik- als auch ein Individualethik-versagen. Aufgrund des Monitoring-, des Kooperations- und des Dokumentations-Paradoxons erfolgt ein Institutionenethikversagen: Ökonomische Anreize wirken kontraproduktiv und ermöglichen moral hazard zur Verfolgung eigener Interessen, die Interessen des Bewohners bleiben eher unberücksichtigt. Erfolgs- bzw. Misserfolgskriterien können kausal nicht zugeschrieben werden. Aufgrund des Wahrhaftigkeits- und des Qualifikations-Paradoxons kommt es zu einem Individualethikversagen: Es gibt keine Reflexionsarenen. Ferner liegt eine Diffusion der Verantwortung vor. Schließlich führen die schlechte Ausbildung und der mangelnde Qualifizierungsgrad zu Defiziten in der moralischen Orientierung des Einzelnen.

4. Lösungsoptionen zur Überwindung der Pflege-Paradoxien

4.1 Professionalisierung der Pflege

Bei Forderungen, die zur Lösung der genannten Probleme an die Theoretiker und Praktiker gerichtet werden, wird vor allem die Professionalisierung der Pflege diskutiert. Je nach theoretischer Konzeption, die dem Professionsbegriff zugrunde gelegt wird, geht die Diskussion in unterschiedliche Richtungen. Entweder es geht um die Entwicklung von Kompetenzen, um die Entwicklung beruflicher Differenzierung und Status bzw. Arbeitsmarktkontrolle (vgl. Freidson 2001) oder aber um die Ausdifferenzierung spezifischer Funktionssysteme oder der gesellschaftlichen Anerkennung. Gemeinsam ist den jeweiligen Professionsdebatten aber, dass die Lösungsansätze von Dilemmasituationen jeweils auf das individuelle Verhalten rekurrieren und dass die Integration wirtschaftswissenschaftlicher Ansätze nicht gedacht wird: Statt dessen wird ‚Ökonomie‘ (z.B. in Gestalt des new public management) vermehrt als Ursache verschärfter Dilemmasituationen bis hin zu Deprofessionalisierung betrachtet.

¹⁵ Vgl. Kreis Rendsburg-Eckernförde (2006: 4). Jedoch wurden nur bei 68% der ambulanten Pflegedienste und 69% der stationären Pflegeeinrichtungen die Mitarbeitenden entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt (vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2004: 47 und 72).

¹⁶ Im Gegenteil kann mit von Weizsäcker (1994) vermutet werden, dass moralische Pioniere zur Überkompensation neigen: Aufgaben, die nicht im Pflegeschlüssel liegen, würden in Eigenregie, außerhalb der offiziellen Arbeitszeit, erbracht.

Vor diesem Hintergrund mündet die Professionalisierungsdebatte in der Pflege in den letzten Jahren im verstärkten Trend zur Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege.¹⁷ Professionalisierung meint hier vor allem die Entwicklung und Etablierung einer eigenen Wissenschaftlichkeit als konstitutives Merkmal einer Profession sowie die Ausbildung bzw. lizenzierte Einsozialisierung durch exklusive Instanzen. Im Bereich dieser Qualifikation z.B. kann Pflegeethik verstärkt im Rahmen der Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung gelehrt werden, jedoch hängt der Stellenwert der Pflegeethik vom Interesse der Dozierenden ab, die ethische Aspekte in den Lern- und Themenfeldern selbst integrieren müssen. Gerade aber die situationsbezogenen Entscheidungen von Fall zu Fall, die sich auf die ethische Sensitivität und Sensibilität, also Qualität bezüglich der Entscheidung aus ethischer (aber auch aus ökonomischer) Perspektive beziehen, müssen erprobt werden: Gebe ich dem zu Pflegenden gegen seinen ausdrücklichen Willen Nahrung, um ihm Nährstoffe zuzuführen, oder akzeptiere ich seinen Willen? Diese und andere Fragen finden sich auf allgemeiner theoretischer Ebene und können gut in Fallstudien diskutiert werden. Bei der praktischen Pflege vor Ort wird sich jedoch zeigen, dass Eigeninteresse des Pflegenden (Agenten) und kontextabhängige Faktoren (Haben die Pflegenden gleich Pause? Sind noch andere Bewohner zu versorgen? Versorge ich zu zweit und kann mich angenehm unterhalten?) ebenso handlungsleitende Orientierungen darstellen. Diese Interessenkonflikte werden weiterhin durch institutionelle Rahmenbedingungen gestützt, die – aus der Bewohnerperspektive – kontraproduktiv und gegen seine Interessen gerichtet sind. Nach Fry umfassen die ethischen Probleme vier Sachverhalte (vgl. Fry 1995):

1. Abwägen von Nutzen und Schaden in der Patientenpflege,
2. Schutz der Würde des Patienten und seines Wohlbefindens,
3. Verteilung der pflegerischen Tätigkeiten und Mittel unter den bedürftigen Patienten,
4. Aufrechterhaltung kooperativer Beziehungen zu den MitarbeiterInnen, insbesondere zu den Ärzten.

Diese Entwicklung ist relativ neu: Haben die Pflegekräfte früher ethisches Handeln in der Praxis auf den Stationen, am Bett und durch Vorbilder erfahren, so wird dies heute theoretisch gelehrt: So lernen Schülerinnen und Schüler zwar in der Grundausbildung die ethischen Grundregeln im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege kennen, stoßen aber in der Praxis immer wieder auf Probleme bei der Umsetzung, die ihren Grund in institutionellen Bedingungen haben, wie etwa zeitliche, organisatorische und finanzielle Restriktionen.

Wird die Pflegeethik auf diese Weise im Rahmen von Professionalisierungsstrategien aber auch in professionstheoretischen Debatten verortet, droht die Gefahr der systematischen Ausblendung eines konstitutiven Merkmals pflegerischen Handelns: Die Einbettung in die institutionellen Rahmenbedingungen des Anstellungsträgers. Die Forschung in diesem Bereich der Schnittstelle zwischen Pflegewissenschaften und Ökonomik kann hier ertragreich sein und müsste stärker verfolgt werden.

¹⁷ Vgl. zur Professionalisierung z.B. Kälble (2006).

Dazu können die Ergebnisse aus der Unternehmensethik (z.B. Homanns Ansatz der Institutionenethik¹⁸) hilfreich sein. Hiernach wird der systematische Ort der Moral in die Rahmenordnung gelegt. Der Homannsche Ansatz wird ergänzt durch einen individualethischen Ansatz (Inversions-, Konversionsparadigma).

Immer wieder wird von einer Professionalisierung verschiedener sozialer und gesundheitlicher Dienste gesprochen. Gerade im Bereich der Pflege wird aber deutlich, wie weit gefordertes (Anspruchs-)Profil und tatsächliches Profil der Pflegekräfte voneinander abweichen. Durch die Ökonomisierung wurde ein Markt für die Pflege geschaffen und damit auch eine gewisse, über den Kreis der Betroffenen hinausgehende ‚Wahrnehmung‘ des Problems in der Öffentlichkeit deutlich. Mit Hilfe der Neuen Institutionenökonomik allerdings ist es erstmals überhaupt möglich, Probleme der Pflege ökonomisch zu erklären und auch wissenschaftlich anschlussfähig zu formulieren. Die Transformationsleistung von Ethik in ‚economic terms‘ scheint vor diesem Hintergrund zentral zu sein.

Wenn unterschiedliche Werturteile – wie zuvor geschildert wurde – vorliegen, dann ist es sehr wichtig, dass die Pflegenden Zeit und Fähigkeiten haben, in Reflexionsarenen über ihre Wertvorstellungen und die Interessen der Bewohner nachzudenken und dann entsprechende Handlungen einzuleiten: Die Fließbandarbeit und anonyme Pfleger-Gepflegte-Verhältnisse sowie der massive Zeitdruck und die immense psychologische Belastung, denen die Pflegekräfte gegenwärtig ausgesetzt werden, stehen in einem krassen Widerspruch zu der Forderung nach mehr Professionalisierung.

Vor dem Hintergrund einer anglo-amerikanisch dominierten soziologischen Profession(alisierung)sdebatte¹⁹, in der immer noch paradigmatisch von einem Widerspruch zwischen professioneller Rationalität und ökonomischer Rationalität ausgegangen wird, müssen Professionalisierungsstrategien für die Pflege letztendlich in einer doppelten Perspektive gedacht werden, um eine mögliche Lösung des Problems anbieten zu können: Diese besteht unseres Erachtens in der Flankierung der individuellen Professionalisierung durch eine institutionale Professionalisierung.²⁰ Individuell geht es sozusagen um eine Art ‚Enabler‘ für weiteres Engagement. Die institutionale Variante beinhaltet die Ausrichtung der Rahmenbedingungen am Anforderungsprofil pflegerischen Handelns bis hin zum ‚Ernstnehmen‘ der paradoxen Situation und der damit geforderten Auseinandersetzung unter den Experten aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft.

Die einseitige Entwicklung einer Professionalisierung im Sinne einer Akademisierung lässt die Prognose zu, dass sich der Anteil des examinierten Personals erhöhen wird und dies von der Forderung nach einer Ausweitung dementsprechender Verantwortungs- und Kompetenzbereiche begleitet sein wird. Ob dies allerdings umgesetzt wird

18 Vgl. zum wirtschafts- und unternehmensethischen Ansatz von Homann u.a. Homann/Blome-Drees (1992) sowie Homann (2001).

19 Vgl. zum Stand der Diskussion: Pfadenhauer (2003).

20 Dies kann die Entwicklung und Institutionalisierung einer ‚autonomen‘ Profession jenseits von Trägerstrukturen bedeuten, aber auch die ‚Professionalisierung‘ organisationaler Trägerstrukturen.

und ob zugleich die gesellschaftliche Anerkennung zunimmt und eine bessere Bezahlung erfolgen kann, ist fraglich.

4.2 Ethische Institutionalisierungsformen als Moral Point of View

Vor diesem Hintergrund sind neben der individuellen Professionalisierung insbesondere Ethikinstitutionalisierungen (als ein Aspekt der institutionellen Professionalisierung) von besonderer Bedeutung, wie in der amerikanischen Praxis z.B. Leitlinien, Ethikkodizes oder ethische Grundregeln Anwendung finden; sie müssen jedoch, so unsere These, jeweils durch spezifische, auf die konkreten Handlungsfelder umsetzbare codes of practice implementiert werden, da sie sonst ihre Funktion nicht entfalten können.

Oft werden Orientierungsmuster eingefordert, die einerseits ‚einklagbar‘ sein und andererseits verhindern sollen, dass permanent zwischen einer Soll-Ethik und einer Ist-Ethik unterschieden werden muss – ‚codes of ethics‘ können keinen Handbuchcharakter haben: Sie sind abstrakte Prinzipien- und Geltungsvereinbarungen, die gedanklich (1) mögliche Werturteilskonflikte in schriftlicher Kodifizierung antizipieren, aber auch berufsständisch verankert und sanktionierbar (institutionalisiert) sein müssen. (2) Den Pflegenden werden sie aber erst eine Orientierung geben können, wie in bestimmten Situationen zu entscheiden ist, wenn sie in organisations- und trägerspezifische codes of practice umgesetzt werden.²¹

Nur wenn diese codes of practice auf der Grundlage von codes of ethics in einem – das Pflegemanagement und Qualifikationszirkel umgreifenden – Prozess im Sinne eines ‚organisationalen Lernens‘ nach und nach in den institutionellen Rahmenbedingungen implementiert werden, kann man eine Verbesserung und Professionalisierung der Pflege erhoffen. Werden die Institutionalisierungsbedingungen nicht beachtet, droht nicht nur die Wirkungslosigkeit der ethischen Forderungen. Vielmehr steht – und das ist der originäre Beitrag der Homannschen Moralökonomik zur Begründungsproblematik moralischer Normen – die moralische Erosion der konstitutiven Forderungen zu befürchten, die das individuelle Handeln anleiten sollen. Es steht also die Gültigkeit der Prinzipien Wohltätigkeit, Gerechtigkeit, Autonomie, Aufrichtigkeit und Loyalität zur Diskussion, wenn Pflegeethik weiterhin nur als individuelle Ethik gedacht wird und sich mit moralischen Appellen begnügt.

Die Absicht, Defektierer aufzudecken, wozu eine Ethikkommission bzw. in kleineren Organisationen eine Ethikombudsperson sinnvoll wäre, kann nur befürwortet werden, wenn Organisationen selbst zur Implementierung der oben genannten moralischen Prinzipien angehalten werden und massive Verstöße zur Sanktionierung von Organisationen und Anstellungsträgern führen.

Wer nun die Instanz einer solchen Sanktionierung sein könnte, soll zur Diskussion gestellt werden. Der oben genannte Dialog weist eine Perspektive auf: Er öffnet markt-

21 Vgl. für den Bereich der Sozialen Arbeit Banks (2001).

wirtschaftlichen Prinzipien die Tür ins Pflegezimmer. Wo die unmündigen Klienten-Prinzipale durch die dritte Partei, seien es Vertreter oder Verwandte, ihre Kundensouveränität stärken, werden die Agenten und die Anstellungsträger als Agenten des Bewohners kontrollier- und anreizbar. Allerdings treten dabei wieder spezifische PA-Probleme auf, da die Interessen der dritten Partei nicht mit den Interessen der zu Pflegenden identisch sein müssen. Pflegemonopole stärken dagegen den Kartellcharakter der augenblicklichen Trägerstruktur öffentlicher und freier Subsidiarität, was aber nicht Inhalt dieses Beitrags ist.

5. Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Artikel wurde ein institutionenökonomischer Erklärungsansatz auf den Bereich der Pflege angewendet, um somit aus der Perspektive der Ökonomik und Ethik einen Beitrag zur Pflegewissenschaft zu leisten. Die Begründung für eine solche Vorgehensweise lag in der Ökonomisierung der Pflege, die gerade in den Pflegewissenschaften reflektiert wurde und die Pflegepraxis betrifft – insbesondere in der Altenpflege und in der Krankenpflege. Mit Hilfe des doppelten Prinzipal-Agenten-Modells, Vertrauen und impliziten Verträgen wurde das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen Arbeitgeber, Bewohner und Pflegekraft verdeutlicht und verschiedene Paradoxien herausgearbeitet.

Mit diesem analytischen Zugang wird das viel diskutierte Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie für institutionenethische Lösungsansätze aufbereitet. Es werden insbesondere (institutionelle) Pflegeparadoxien deutlich, die die individuellen Konfliktsituationen der Pflegenden verschärfen können. Mit diesen Paradoxien werden darüber hinaus Fehlerpotentiale, Opportunitäts- und Schattenkosten, kontraproduktive Anreize und un intendierte Folgen ökonomischer Gestaltungstätigkeit deutlich, woraus massive Effizienzverluste für die Pflegeeinrichtung und Wohlfahrtsverluste für den Gepflegten resultieren können.

Deren Bearbeitung erscheint letztendlich nur durch eine Verstärkung der individuellen Bemühungen (Professionalisierung) und eine Verstärkung der institutionenethischen Bemühungen (Ethikinstitutionalisierung) möglich. Neben der unbedingten Integration beider Ethikparadigmen für erfolgversprechende Gestaltungsansätze erscheint uns eine verstärkte Forschung hier dringend nötig.

Literatur

- Abermeth, H.-D. (1989): *Ethische Grundlagen in der Krankenpflege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Arndt, M. (1996): *Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*. Stuttgart: Thieme
- Bamberg, G./Spremann, K. (1987): *Agency Theory, Information, and Incentives*. Berlin et al.: Springer
- Banks, S. (2001): *Ethics and values in Social Work*, 2. Aufl. Houndmills: Palgrave
- Bierhoff, H.-W. (1998): *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart et al.: Kohlhammer
- Bischoff-Wanner, C. (2002): *Empathie in der Pflege*. Bern u.a., Verlag Hans Huber

- Bobbert, M. (2003): Pflegeethik als neue Bereichsethik: Konturen, Inhalte, Beispiele. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 49, 43-63
- Coleman, J. S. (1991): Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1: Handlungen und Handlungssysteme. München: Oldenbourg
- Eisenhardt, K. M. (1989): Agency Theory: An Assessment and Review. In: Academy of Management Review 14(1), 57-74
- Eurich, J./Brink, A./Langer, A./Schröder, P. (2003): Ethische Aspekte des Ökonomisierungsprozesses in der Medizin: Eine Analyse des sich verändernden Arzt-Patient-Verhältnisses aus Sicht der doppelten Prinzipal-Agent-Theorie. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47(1), 21-32
- Freidson, E. (2001): Professionalism. The Third Logic, On the Practice of Knowledge. Cambridge, University of Chicago Press
- Friebe, J./Zalucki, M. (2003) (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann
- Fry, S. T. (1995): Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung für ethische Entscheidungsfindungen. Frankfurt: Henrich
- Furubotn, E. G./Richter, R. (2005): Institutions & Economic Theory. The Contribution of the New Institutional Economics, 2nd ed. Ann Arbor: The University of Michigan Press
- Giese, C. (2002): Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des „Informed Consent“ in der Diskussion, Bd. 22. Münster et al.: Lit-Verlag
- Göbel, E. (2002): Neue Institutionenökonomik. Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendung. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Hart, O. (1989): An Economist's Perspective on the Theory of the Firm. In: Columbia Law Review 89(7), 1757-1774
- Hegselmann, R. (1992): Ist es rational, moralisch zu sein? In: Lenk, H./Maring, M. (Hrsg.): Wirtschaft und Ethik. Stuttgart: Reclam, 165-185
- Homann, K. (2001): Wirtschaftsethik: Wo bleibt die Philosophie? In: Koslowski, P. (Hrsg.): Wirtschaftsethik – Wo ist die Philosophie? Heidelberg: Physica, 207-226
- Homann, K./Blome-Drees, F. (1992): Wirtschafts- und Unternehmensethik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Jensen, M. (1983): Organization Theory and Methodology. In: Accounting Review 58(2), 319-338
- Joachim-Meyer, S. (2004): Sinnbilder von Leben und Tod. Die Verdrängung des Todes in der modernen Gesellschaft. Marburg: Tectum-Verlag
- Kälble, K. (2006): Die ‚Pflege‘ auf dem Weg zur Profession? Zur neueren Entwicklung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung, im Gesundheitswesen. In: Eurich, J./Brink, A./Hädlich, J./Langer, A./Schröder, P. (Hrsg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. Wiesbaden: VS Verlag, 215-245
- Kleinschmidt, H. (2004): Pflege und Selbstbestimmung. Pflegerische Interaktionen und ihre aktive Mitgestaltung durch den Patienten – eine empirisch deskriptiv-analytische Studie. Bern et al.: Hans Huber
- Kreis Rendsburg-Eckernförde (2006): Bericht der Heimaufsicht nach § 22 Abs. 3 Heimgesetz (HeimG) für die Jahre 2004 und 2005. In: http://www.kreis-rendsburg-eckernfoerde.de/doku/bericht_heimaufsicht_2006.pdf#search=%22heimaufsicht%20fachkraftquote%20Pflege%22
- Langer, A. (2005): „Niemand kann zwei Herren dienen“? Erweiterung und Kritik der Agenturtheorie zur Analyse organisationaler Handlungsstrukturen Sozialer Arbeit. In: Jäger, W./Schimank, U. (Hrsg.) (2005): Organisationsgesellschaft: Facetten und Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag, 369-406
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004) (Hrsg.): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. In: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/d9e05633479b60fdc1256f43003c3273/\\$FILE/Bericht118-XI_QS-Pflege_041112.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/d9e05633479b60fdc1256f43003c3273/$FILE/Bericht118-XI_QS-Pflege_041112.pdf)
- Munro, L. (1999): A Principal-Agent Analysis of the Family: Implications for the Welfare State. IDPM Discussion Paper Series. Working Paper No. 58. Institute for Development Policy and Management. Manchester, 1-13

- Nassehi, A./Weber, G. (1988): Verdrängung des Todes, kulturkritisches Vorurteil oder Strukturmerkmal moderner Gesellschaften? Systemtheoretische und wissenssoziologische Überlegungen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Pfadenhauer, M. (2003): Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Opladen: Leske & Budrich
- Rees, R. (1985): The Theory of Principal and Agent. In: Bulletin of Economic Research, 37(1&2), 3-26 und 75-95
- Richter, R./Furubotn, E. G. (1999): Neue Institutionenökonomik: Eine Einführung und kritische Würdigung, Tübingen: Mohr Siebeck
- Ripperger, T. (1998): Ökonomik des Vertrauens. Analyse eines Organisationsprinzips. Tübingen: Mohr Siebeck
- Ross, St. A. (1973): The Economic Theory of Agency: The principal's Problem. In: The American Economic Review 63(2), 134-139
- Rousseau, D. M. (1995): Psychological Contracts in Organizations. Understanding Written and Unwritten Agreements. New York: Sage
- Rusche, Th. (1993): Philosophische versus ökonomische Imperative einer Unternehmensethik, Ethik und Wirtschaft im Dialog, 2. Münster et al.: Lit. (?)
- Schaarschuch, A. (1996): Dienst-Leistung und Soziale Arbeit. Theoretische Überlegungen zur Rekonstruktion Sozialer Arbeit als Dienstleistung. In: Widersprüche 59, 87-97
- Smith, A. (1996): Der Wohlstand der Nationen. Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen, hrsg. H. C. Recktenwald. München: Beck
- Stiglitz, J. (1989): Principal and Agent. In: Eatwell, J./Murray, M./Newman, P. (Hrsg.): The New Palgrave - Allocation, Information and Markets. London et al.: Macmillan, 241-253
- von Weizsäcker, C. C. (1994): Zeitpräferenz und Delegation. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 43(2), 121-139
- Wolff, B. (1999): Organisationsökonomik. In: Korff, W. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik. Bd. 3, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 111-131
- Zajac, E. E. (1995): The Political Economy of Fairness. Cambridge: MIT Press
- Zielke-Nadkarni, A./Schnepf, W. (2003) (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Bern et al., Verlag Hans Huber
- Zintl, R. (1989): Der Homo Oeconomicus: Ausnahmerecheinung in jeder Situation oder Jedermann in Ausnahmesituationen. In: Analyse und Kritik 11, 52-69

Prof. Dr. Andreas Langer (Dipl. Sozialpädagoge, Dr. rer. soc.)

Forschungsinitiative Ethik und Soziale Institutionen, Hochschule für angewandte Wissenschaften HAW-Hamburg, andreas.langer@sp.haw-hamburg.de

Dr. Peter Schröder (Master of Arts in Bioethics, Dr. phil. [Philosophie]),

Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Department of International Health, Peter.Schroder@INTHEALTH.unimaas.nl

Prof. Dr. Johannes Eurich (Dr. theol. habil., M. Div.)

Evangelische Fachhochschule Bochum, Eurich@efh-bochum.de

Prof. Dr. Dr. Alexander Brink (Dr. rer. pol., Dr. phil [Philosophie])

Juniorprofessur für Angewandte Ethik, Universität Bayreuth,

alexander.brink@uni-bayreuth.de