

Care Fair im 21. Jahrhundert – ethische Aspekte

Ulrich H.J. Körtner

Österreichische Kommentare
zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik
(IERM Working Paper Nr. 2)
September 2020



Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper Nr.2) September 2020

herausgegeben vom

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

in Kooperation mit den Professuren für

Health Care Ethics und Öffentliches Recht an der Universität Graz

© bei dem Autor/der Autorin

ISSN: 2960-5946 (Online)

Redaktion: ierm@univie.ac.at

Homepage: <http://univie.ac.at/ierm-working-papers/>

Die Österreichischen Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik – IERM Working Papers – sind eine Diskussionsplattform, auf der virulente Themen aus dem Bereich der Medizin-, Pflege- und Bioethik wie auch aus dem Bereich des Medizinrechts publiziert werden. Die IERM-Working-Papers sind Werkstattberichte bzw. Diskussionsanregungen zu gesellschaftlichen, rechtlichen, normativen und ethischen Fragestellungen aus Philosophie und Ethik, Theologie und Medizin sowie aus den Sozial- und Kulturwissenschaften. Ein aktueller Schwerpunkt sind interdisziplinäre Reflexionen bzw. Lösungs- oder Handlungsansätze im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens.

*Die Reihe wird von Mitgliedern des IERM gemeinsam mit Kolleg*innen aus dem Feld der Bioethik in Österreich redaktionell betreut und herausgegeben.*

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien
Spitalgasse 2-4, 1090 Wien

Zitationsvorschlag: Körtner, Ulrich H.J. (2020): Care fair im 21. Jahrhundert. Ethische Aspekte. Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper), Nummer 2, Wien.

Ulrich H.J. Körtner

Care Fair im 21. Jahrhundert

Die Corona-Pandemie hat den Blick auf prekäre Verhältnisse in der 24-Stunden-Betreuung und auf die angespannte Lage im Pflegebereich gelenkt. Das wird zum Anlass genommen, über ethische Maßstäbe für Fair Care im 21. Jahrhundert nachzudenken. Pflege ist ein knappes Gut. Allokationsfragen, also die Frage, wie sich Ressourcen zur Erbringung von Pflegeleistungen bereitstellen lassen, und Fragen der Distribution, also die Frage, wie sich Pflegeleistungen bedarfsorientiert und gerecht an Pflegebedürftige zuteilen lassen, gewinnen an Schärfe – und das im globalen Maßstab. „Fair Care“ oder „Care fair“ steht für Gerechtigkeitsfragen in der Pflege an der Schnittstelle zwischen Pflegewissenschaft, Pflegeökonomie, Pflegeethik und Gesundheitspolitik.

Schlüsselwörter: Care fair/Fair Care – Pflegeökonomie – Care Drain – Pflegeethik

The corona pandemic has drawn attention to the precarious conditions in 24-hour care and the tense situation in the care sector in general. This is taken as an opportunity to reflect on ethical standards for fair care in the 21st century. Care is a scarce good. Allocation issues, i.e. the question of how resources can be made available for the provision of care services, and distribution issues, i.e. the question of how care services can be allocated to those in need of care in a need-based and fair manner, are becoming increasingly pressing - and this on a global scale. "Fair Care" or "Care fair" stands for matters of justice in care at the interface between nursing science, care economics, nursing ethics and health policy.

Keywords: Care fair/Fair care – care economics – care drain – nursing ethics

1. Pflege in Zeiten von Corona

Wir erinnern uns noch gut an die ersten Wochen im Lockdown am Beginn der Corona-Pandemie und an die Bilder der Menschen, die den „Heldinnen und Helden des Alltags“, wie man sie nannte, auf Balkonen und an offenen Fenstern abends um 18 Uhr Beifall spendeten: den Verkäuferinnen und Verkäufern, Polizistinnen und Polizisten, den Ärztinnen und Ärzten, Sanitäterinnen und Sanitätern und ganz besonders

den Pflegekräften, seien sie nun diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Pflegehelferinnen und -helfer oder Personen, die in der 24-Stunden-Betreuung tätig sind. Aus den Lausprechern der Polizeifahrzeuge, die durch die Straßen fahren, tönte unsere heimliche Nationalhymne: Reinhard Fendrichs „I am from Austria“.

Über aller Gefühlsseligkeit im nationalen Schulterschluss, in dem sich auch die Regierung in täglichen Pressekonferenzen ausdrücklich an die Österreicherinnen und Österreicher wandte, ihre Folgsamkeit und Solidarität einforderte und für ihr mehr oder weniger vorbildliches Verhalten dankte, geriet meist ganz aus dem Blick, dass in diesem Lande mitnichten nur gelernte oder – wie ich – angelernte Österreicher und Österreicherinnen leben, sondern auch Menschen mit anderer Staatsbürgerschaft. Dass auch sie ein Teil unserer Gesellschaft und ihres kulturellen wie menschlichen Reichtums sind, dass auch sie in Österreich nicht nur leben und arbeiten, sondern auch Steuern zahlen und somit ihren Teil zum Gemeinwohl leisten, ging und geht in der patriotischen Rhetorik von den „Österreicherinnen und Österreichern“, die bis in die Nachrichtensendungen des ORF reicht, regelmäßig unter. Die politischen und gesellschaftlichen Folgen einer solchen Sprachpolitik, auch für die Integrationspolitik, wären ein Thema für sich. Warum nicht einfach von den Bürgerinnen und Bürgern oder der Bevölkerung dieses Landes sprechen?

„I am from Austria“: Für viele, die im Gesundheitswesen tätig sind, gilt das jedenfalls nicht. Und ein Großteil derer, die in der 24-Stunden-Betreuung arbeiten, hat hierzulande nicht einmal den Hauptwohnsitz, sondern führt ein Pendlerdasein zwischen ihrem Einsatzort und ihrem Heimatort in Rumänien, Polen oder in der Ukraine, wo die Familie, der Mann und die Kinder leben. Ja, ganz richtig: der Ehemann, nicht etwa die Gattin, denn 24-Stunden-Pflege ist weitgehend weiblich.

Ohne die vielen Frauen, „who are not from Austria“, würde das ganze Betreuungssystem in der mobilen Pflege zusammenbrechen. Als die Grenzen geschlossen wurden, um die Corona-Pandemie einzudämmen, wurde das allen bewusst, nicht nur den unmittelbar Betroffenen, den Pflegebedürftigen und ihren Familien, den Verantwortlichen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, sondern auch einer breiteren Öffentlichkeit, die normalerweise gar nicht so genau wissen will, wie eigentlich häusliche Pflege und Betreuung gemanagt und finanziert wird.

Nun aber begann man zu begreifen, was eigentlich in Zeiten der Krise „systemrelevante“ Berufe sind. Die Pflege, da sind sich alle einig, gehört dazu. Sie verdient Anerkennung und Wertschätzung. Und ja:

Es reicht nicht, um 18 Uhr auf dem Balkon zu applaudieren. Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung müssen sich auch in einer angemessenen Bezahlung ausdrücken. Auch darüber herrschte in der Ausnahmesituation allgemeiner Konsens. Faire Löhne und eine Anerkennungsprämie sind das Mindeste. Aber es bräuchte auch attraktivere Dienstpläne, die wiederum nicht ohne Personalaufstockung funktionieren können. In der größten Not haben alle Verantwortlichen und die Bevölkerung zu all dem gern und rasch ja gesagt. Solche Forderungen und ihre Unterstützung sind allerdings wohlfeil, solange die Frage, wer denn am Ende die Rechnung bezahlen soll, auf später verschoben wird. Aus welchen Töpfen, ob ganz aus Steuermitteln oder doch besser über eine Pflegeversicherung, ob aus Mitteln des Bundes oder den Budgets der Länder und Gemeinden, gute Pflege finanziert werden soll – und das nicht etwa nur kurzfristig, sondern langfristig, also „nachhaltig“ wie man heute gern sagt – das ist eine Frage, für welche die Aufmerksamkeitsspanne der Öffentlichkeit zumeist nur kurz ist. Schnell schieben sich wieder andere Themen in den Vordergrund – bis dann irgendwann der nächste sogenannte „Pflegeskandal“ aufpoppt.

Und weil eben die meisten in der 24-Stunden-Betreuung tätigen Frauen nicht mitsingen können: „I am from Austria“, regt es kaum jemanden auf, dass für ihre im europäischen Ausland lebenden Kinder die Familienbeihilfe aliquotiert worden ist und nun auch der neu eingeführte Familienbonus aliquotiert wird. Letzteres mit der systemimmanent bestechenden Logik, dass wer bei einer Ungleichbehandlung A sagt, nun auch B sagen muss.

Sie merken, wir befinden uns bereits mitten ins Thema „Fair Care im 21. Jahrhundert“ geführt, zu dem ich gebeten worden bin, als Ethiker zu sprechen. Allerdings möchte ich sogleich unterstreichen, dass zwischen Betreuung und Fachpflege, also den durch das GuKG gesetzlich geregelten Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, zu unterscheiden ist. Auch die 24-Stunden-Betreuung ist, wie die Fachpflege, eine Form der Care-Arbeit. Aber es gilt nochmals zwischen Caring und Nursing zu unterscheiden. Ein weiterer Unterschied besteht zwischen Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege. Fair Care im 21. Jahrhundert betrifft nicht nur das Problem, wie die Bedarfe in den unterschiedlichen Bereichen von Pflege und Betreuung gedeckt werden können. Es geht auch darum, zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen für Fairness zu sorgen, zum Beispiel bei der Bezahlung, und die Kooperation der Gesundheitsberufe zu verbessern.

Ich spreche nicht als Gesundheitsökonom, nicht als Politikwissenschaftler oder als Soziologe, auch nicht als Jurist – und schon gar nicht als Sozial- oder Gesundheitspolitiker. Die Frage, ob die Aliquotierung

von Sozialleistungen im Bereich der Familienförderung europarechtlich und verfassungsrechtlich zulässig ist, fällt nicht in meinen Kompetenzbereich. Am Ende werden darüber die bereits angerufenen Gerichte zu entscheiden haben. Mich beschäftigen allerdings die grundlegenden Gerechtigkeitsfragen, die sich hier auftun. Im Rahmen meines Themas geht es vor allem darum, was Gerechtigkeit im Bereich der Pflege bedeutet, welche Gerechtigkeitsfragen sich auf diesem Feld des Gesundheitswesens stellen. Mein Fokus liegt also nicht auf der ethisch nicht minder gewichtigen Frage, wie weit die Aliquotierung von Familienleistungen für Kinder, die nicht in Österreich leben, zu einer Benachteiligung der betroffenen Kinder führt, oder ob im Gegenteil die Auszahlung der Familienbeihilfe und des neuen Familienbonus an Kinder, die im Ausland leben, zu Ungerechtigkeiten führt, weil die Lebenshaltungskosten beispielsweise in Rumänien deutlich unter denen in Österreich liegen. So lautet ja das Argument der Aliquotierungsbefürworter.

Medizin- und Pflegeethik sind jedenfalls in folgender Hinsicht herausgefordert: In der Regel ist für Frauen aus Südosteuropa die Tätigkeit als 24-Stunden-Betreuung in Österreich doch nur deshalb attraktiv, weil neben der geringen Entlohnung verhältnismäßig hohe Sozialleistungen gezahlt werden, die man unter dem Strich mit zum Gehalt dazurechnen muss. Anders gesagt: Wir leisten uns ein Betreuungssystem in der ambulanten Pflege, das mit niedrigen Löhnen auskommt, weil ein Teil des Gesamteinkommens der Betreuungskräfte aus anderen Töpfen bezahlt wird. Es stellen sich somit zumindest drei Fragen: a) Kann das ursprüngliche Gesamteinkommen von Tätigen in der 24-Stunden-Betreuung (Lohn plus nicht durch Aliquotierung geminderte Familienbeihilfe) als gerecht gelten? b) Lässt sich das auch noch behaupten, nachdem die Familienbeihilfe gemindert worden ist? c) Wenn nein: Sollten dann die Löhne um jenen Anteil, um den die Familienbeihilfe gekürzt worden ist, erhöht werden? Es stellt sich aber noch eine ganz grundsätzliche vierte Frage: d) Ist es überhaupt gerecht, relativ niedrige Löhne zu zahlen, in der Erwartung, dass diese durch den Staat auf einem Umweg aufgestockt werden? Ist diese Art von Preisfindung auf dem Pflegemarkt, der Pflege unter Wettbewerbsbedingungen anbietet, unter wirtschaftsethischen Gesichtspunkten vertretbar? Und weiter gefragt: Wieviel Markt und Wettbewerb ist im Gesundheitswesen überhaupt wünschenswert und im Sinne des Gemeinwohlgedankens zu vertreten?

2. Pflegeethik und Pflegeökonomie

Mit solchen Fragen begibt sich die Pflegeethik in das Gespräch mit der noch jungen Disziplin der Pflegeökonomie.¹ Genau genommen müsste man von Pflegeökonomik sprechen, wie es im angelsächsischen Bereich üblich ist, wo die Disziplin „Nursing Economics“ heißt.² Während Ökonomie das wirtschaftliche Handeln in seiner Gesamtheit bezeichnet, ist Ökonomik die wissenschaftliche Disziplin, welche die Ökonomie zu ihrem Gegenstand hat. In der Fachliteratur wird aber nicht immer begrifflich unterschieden, weshalb ich im Folgenden bei der weithin üblichen Bezeichnung Pflegeökonomie bleibe.

Hierzulande steckt die Disziplin noch in den Kinderschuhen, während ihre Ursprünge im anglo-amerikanischen Raum 50 Jahre zurückreichen. Es handelt sich um eine neue Teildisziplin der Gesundheitsökonomie, die eine Nahtstelle zwischen Wirtschaftswissenschaft und Pflegewissenschaft bildet. Michael Wessels definiert sie als „volkswirtschaftliche Disziplin, die sich der Analyse wirtschaftlicher Aspekte des Pflegesystems widmet. Sie verwendet dazu Methoden und Theorien aus der Ökonomie und wendet diese unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Pflegewissenschaft an.“³ Da die Gesundheits- und Krankenpflege nicht mehr eine bloße Hilfsdisziplin der Medizin ist und zudem zwischen Akutpflege und Langzeitpflege unterschieden werden muss, ist die Etablierung einer eigenen Disziplin Pflegeökonomie gerechtfertigt. Pflegebedürftigkeit ist für sich genommen keine Krankheit, sondern die mögliche Folge von Krankheit oder von Behinderung, wobei die Beeinträchtigungen körperlicher wie auch kognitiver oder psychischer Natur sein können. Zwar lassen sich Pflegeleistungen in der Akutpflege, wenn sie im Zusammenhang mit medizinischer Diagnostik, Therapie oder Rehabilitationsmaßnahmen stehen, ökonomisch in der Regel nur schwer von der kurativen Versorgung von Patientinnen und Patienten trennen. „Für Pflegeleistungen, die im Kontext der Langzeit-Pflege erbracht werden, ist hingegen eine isolierte Betrachtung nicht nur möglich, sondern auch erforderlich.“⁴ Freilich kann es auch dann noch zu Überschneidungen kommen, wenn etwa ein Bewohner aus einer Pflegeeinrichtung aufgrund einer akuten Erkrankung in ein Spital verlegt werden muss. Neben der nun erforderlichen Akut-Pflege besteht weiterhin der Bedarf an langzeit-pflegerischer Versorgung.

1 Vgl. Michael Wessels, *Pflegeökonomie*, Berlin 2019.

2 Vgl. Günter Thiele, *Ökonomik des Pflegesystems*, Heidelberg 2004.

3 M. Wessels, a.a.O. (Anm. 2), S. 20.

4 Ebd., S. 16.

Gesamtwirtschaftlich betrachtet ist der Pflegebereich ein Markt, der, verglichen mit anderen Branchen, überdurchschnittlich wächst. Hinter dem Spitalsbereich und den niedergelassenen Ärzten ist die Pflege beispielsweise in Deutschland der drittgrößte Ausgabenbereich. Eine im August dieses Jahres veröffentlichte Studie des WIFO prognostiziert, dass die Kosten für Pflege- und Betreuungsleistungen bis 2030 um 77 Prozent steigen werden, wobei allerdings mit regionalen Unterschieden zu rechnen ist.⁵ Zahlenmäßig bilden Pflegende die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Rechnet man noch weitere Berufsgruppen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege hinzu, die in Therapie, Sozialarbeit, Hauswirtschaft oder Verwaltung tätig sind, ist der wirtschaftliche Anteil der Pflege am Gesundheitssystem noch größer.

Während der Pflegebedarf in der Bevölkerung schon allein aufgrund der demographischen Entwicklung steigt, wächst zugleich der Mangel an Pflegekräften. Pflege ist somit ein knappes Gut. Allokationsfragen, also die Frage, wie sich Ressourcen zur Erbringung von Pflegeleistungen bereitstellen lassen, und Fragen der Distribution, also die Frage, wie sich Pflegeleistungen bedarfsorientiert und gerecht an Pflegebedürftige zuteilen lassen, gewinnen somit an Schärfe. Dabei sind auch die Angehörigen pflegebedürftiger Personen mit in den Blick zu nehmen. Sie sind auf mehrfache Weise mit der Pflegebedürftigkeit konfrontiert, sei es als pflegende Angehörige, sei es, dass sie sich um die Organisation professioneller Pflege oder von Betreuung im häuslichen Umfeld oder um die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung zu kümmern haben. Und schließlich können sie auch bei der Finanzierung der Pflege eingebunden sein.

Grundsätzlich ist Pflegeökonomie an der Nahestelle zwischen Wirtschaftswissenschaft und Pflegewissenschaft deshalb vonnöten, weil professionelle Pflege ein knappes Gut ist und weil die Allokation und Distribution von Pflegeleistungen nicht einfach dem freien Spiel der Kräfte am Markt überlassen werden darf. Auch dürfen die Entscheidungsgrundlagen für Gesundheitspolitiker im Bereich der Pflege nicht allein von Gesundheitsökonomern erstellt werden, deren Modelle nicht den spezifischen Anforderungen und Rahmenbedingungen der Pflege gerecht werden. Und schon gar nicht dürfen gesundheits- und pflegepolitische Entscheidungsgrundlagen ohne Mitwirkung der Interessensvertretungen der Pflege erstellt werden. Ich möchte an dieser Stelle den ÖGKV ermutigen, seine gesundheitspolitische Rolle jenseits parteipolitischer Zuordnungen engagiert auszuüben. Er erfüllt damit nicht nur seinen berufspolitischen Zweck als Interessensvertretung, sondern leistet einen höchst notwendigen gesellschaftspolitischen Beitrag.

5 Vgl. <https://steiermark.orf.at/stories/3063127/> (letzter Zugriff: 21.8.2020).

Man sollte auch die junge Disziplin der Pflegeökonomie nicht einfach mit dem negativ besetzten Stichwort der Ökonomisierung belegen. Ökonomisches Denken ist recht verstanden eine ethische Aufgabe, weil es keineswegs nur zur Gewinnmaximierung von Stakeholdern am Gesundheitsmarkt und der Kostensenkung etwa zu Lasten des Pflegepersonals eingesetzt werden kann. Es soll auch dazu dienen, die Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden und Strategien zu entwickeln, um Unterversorgung, aber auch Überversorgung und Fehlversorgung zu verhindern.

Das Schlagwort der Ökonomisierung weist allerdings auf die Gefahr hin, dass Medizin und Pflege unter die Räder einer auf Gewinnmaximierung und Kostendämpfung ausgerichteten ökonomischen Logik geraten. Diese Gefahr besteht, und Beispiele dafür gibt es genug. Hier kommt die Pflegeethik ins Spiel. Wie die Pflegewissenschaft verfolgt auch die Pflegeethik einen systemischen Ansatz. Somit gehört zur Pflegeethik auch die wirtschaftsethische Analyse des Pflegesystems. Ethisch betrachtet hat die Wirtschaft dem Menschen zu dienen und nicht umgekehrt. Für die Pflege bedeutet das: Die Ökonomie soll für die Pflege, die patienten- oder klientenorientiert ausgerichtet ist, eine dienende oder unterstützende Funktion ausüben. Hinzukommt die ökologische Perspektive. Heute ist uns bewusst, dass die Menschheit ihr eigenes Überleben gefährdet, wenn sie die natürliche Umwelt rücksichtslos ausbeutet, statt auf nachhaltige Konzepte des Wirtschaftens zu setzen. Der Schutz der Umwelt, der Biosphäre und der biologischen Vielfalt gehören inzwischen auch in der Medizin- und Bioethik zu den Kernthemen.⁶

Zwischen dem Menschengerechten, dem ökonomisch Sachgemäßen und dem Umweltgerechten besteht allerdings ein Spannungsfeld,⁷ das sich auch im Bereich des Gesundheitswesens und in der Pflege zeigt. Die aufbrechenden Spannungen lassen sich nicht immer harmonisch lösen. Verteilungsfragen sind generell konfliktträchtig. Das Gesundheitssystem und die Pflege bilden keine Ausnahme. Wie jede Art von Ethik sind auch Pflegeethik und Wirtschaftsethik eine Konfliktwissenschaft. Sie bearbeiten ethische Konflikte im beruflichen Alltag, aber auch auf der organisationalen und systemischen Ebene. Zu ihnen

6 Vgl. Bioethik Kern-Curriculum, Abschnitt 1: Lehrplan Ethik-Ausbildungsprogramm, hg. v. der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) und dem UNESCO Lehrstuhl für Bioethik an der Medizinischen Universität Wien (Christiane Druml), Wien 2016, S. 74–76. Siehe auch Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (2005), Artikel 17 (Text online unter https://www.unesco.de/sites/default/files/2018-03/2005_Allgemeine%20Erkl%C3%A4rung%20%C3%BCber%20Bioethik%20und%20Menschenrechte.pdf sowie <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Bioethik-Erklaerung-2006.pdf> [letzter Zugriff am 21.8.2020]).

7 Vgl. Arthur Rich, Wirtschaftsethik, Bd. I, Gütersloh 1984, S. 172–221; Bd. II, Gütersloh 1990, S. 20.

gehören auch die Konflikte zwischen Ökonomie und Pflege, die sich selbst dann, wenn sich alle Beteiligten dem Grundsatz, dass der Ökonomie eine der Pflege dienende Funktion zukommt, nicht immer vermeiden lassen.

Wirtschaftsethik und Pflegeethik, aber auch Pflegewissenschaft und Pflegeökonomie müssen sich unter anderem auch der Frage nach der Finanzierung des Gesundheitswesens und ordnungspolitischen Fragen stellen. Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen können auf unterschiedliche Weise angestrebt werden. Idealtypisch lassen sich marktwirtschaftliche, Sozialversicherungs- und staatliche Gesundheits- und Pflegesysteme unterscheiden. In der realen Welt gibt es aber auch Mischformen, was zum Beispiel in Österreich der Fall ist. Allerdings gibt es hierzulande weiterhin keine Pflegeversicherung, wie sie beispielsweise seit 1995 in Deutschland als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung besteht.

Seit den 1990er-Jahren lässt sich europaweit ein Paradigmenwechsel vom klassischen Wohlfahrtsstaat zum Sozialmarkt beobachten. Staatlich-dirigistische Lenkungsmechanismen wurden zugunsten von marktwirtschaftlichen Mechanismen zurückgedrängt, zumeist mit der Begründung, der Markt könne die Bedarfe von Patienten effizienter und flexibler decken. Er funktioniere kostenbewusster, was wiederum letztlich allen Bürgerinnen und Bürgern zugutekomme, weil auf diese Weise sparsamer mit Steuergeldern und Versicherungsbeiträgen gewirtschaftet würde. Auch die Forschung profitiere von marktwirtschaftlichen Anreizen.

Das Pro und Contra kann hier nicht im Einzelnen diskutiert werden. Aufhorchen lässt allerdings eine Ende Mai 2020 veröffentlichte Stellungnahme der deutschen nationalen Akademie Leopoldina. Sie trägt den Titel „Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem“⁸. Darin heißt es: „Die Konfrontation mit einer neuen Viruserkrankung hat die große Bedeutung eines öffentlich finanzierten Gesundheitswesens und einer vernetzten und forschungsnahen Krankenversorgung gezeigt. Im Umgang mit neuen Erkrankungsbildern sind insbesondere die Erhebung von Forschungsdaten und das unmittelbare Einspeisen von Forschungsergebnissen in die Prävention, Diagnostik und Behandlung essenziell.“ Und weiter: „Um in der jetzigen Situation handeln und zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können, muss das bestehende Gesundheitssystem weiterentwickelt werden: Benötigt wird ein patientenorientiertes, qualitätsgesichertes und nicht primär ge-

⁸ Text unter https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_05_27_Stellungnahme_Corona_Gesundheitssystem.pdf (letzter Zugriff: 21.8.2020).

winnorientiertes System, das alle Mitarbeitenden wertschätzt, Innovationen und digitale Lösungen integriert und insgesamt durch eine enge Vernetzung mit der Grundlagen- und translationalen Forschung über eine hohe Resilienz verfügt.“⁹ Nochmals zum Mitschreiben: Ein patientenorientiertes, qualitätsgesichertes und nicht primär gewinnorientiertes System. Und: Ein System, das *alle* Mitarbeitenden wertschätzt, also auch die Pflege. Die Leopoldina erinnert auch daran, dass „die Krankenversorgung in Krisensituationen und eine qualitätsgesicherte und wissenschaftsorientierte medizinische Versorgung der Bevölkerung“¹⁰ eine staatliche Aufgabe ist, also nicht dem freien Spiel des Marktes und seiner Akteure übertragen oder überlassen werden darf.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass das Schlagwort „Fair Care“ in den USA im Zusammenhang mit der politischen Diskussion um die Finanzierung eines bezahlbaren Gesundheitssystems entstanden ist, zu dem möglichst viele Menschen Zugang haben.¹¹ So entstand bekanntlich das heftig umkämpfte Projekt „Obama Care“. Glücklicherweise sind hierzulande die meisten Menschen in die Sozialversicherungssysteme integriert. Aber auch in Österreich gibt es Menschen ohne Versicherungsschutz, darunter nicht nur Geflüchtete ohne Asylstatus, die wir gerade jetzt in der Corona-Pandemie nicht vergessen sollten.

Die Covid-19-Pandemie hat uns dramatisch vor Augen geführt, dass „in einem Gesundheitssystem, das ein integraler Bestandteil der Daseinsvorsorge ist, grundsätzlich nicht die gleichen wirtschaftlichen Maßstäbe angelegt werden“ können „wie in der freien, wettbewerbsorientierten Wirtschaft“¹². So ist auch die Bedürftigkeit besonders vulnerabler und marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu beachten. Das schließt allerdings Reformbedarf nicht aus, wo Anreize für eine Fehl- oder Überversorgung gesetzt werden.

All das Gesagte gilt in besonderer Weise auch für die Pflege, die sich inzwischen zu einem Wachstumsmarkt entwickelt hat, auf dem eine Vielzahl von Anbietern auftreten und auch wirtschaftlich konkurrieren. Sie konkurrieren nicht nur um Kunden, sondern auch um Personal. Wie die medizinische Versorgung ist auch die pflegerische Versorgung der Bevölkerung grundsätzlich eine staatliche Aufgabe. Nicht nur

9 Leopoldina, a.a.O. (Anm. 9), S. 3.

10 Ebd., S. 2.

11 Vgl. J. Patrick Rooney/Dan Perrin, *America's Health Care Crisis solved. Money-saving Solutions, Coverage for Everyone*, Hoboken, NY 2008, bes. S. 43ff. (Chapter 5).

12 Leopoldina, a.a.O. (Anm. 9), S. 5.

aus ethischer, sondern auch aus pflegeökonomischer Sicht stellt sich die Frage, ob Pflegeleistungen auf Märkten gehandelt werden können wie beliebige andere Güter auch.

Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass Patienten oder sonstige pflegebedürftige Menschen zum Produktionsfaktor mutieren, der möglichst gewinnbringend einzusetzen ist. Auf diese Weise kommt es zu einer Verkehrung der Nutzen-Mittel-Relation, bei der sich eine fremdnützige Instrumentalisierung des Menschen anbahnt. In seinem Buch „Was man für Geld nicht kaufen kann“ regt der amerikanische Philosoph Michael Sandel dazu an, die Rolle von Märkten zu überdenken. Neben der gesellschaftlichen Ungleichheit, die durch Märkte verstärkt werden kann, wenn diese nicht im Sinne der sozialen Marktwirtschaft reguliert werden, besteht das Problem der Korruption. Gemeint ist nicht nur die Zahlung von Schmiergeldern oder das „An-füttern“ von Politikern, sondern viel grundlegender die Korrosion zwischenmenschlicher Beziehungen. Sandel schreibt: „Manche Dinge werden beschädigt oder herabgesetzt, wenn man sie in Waren verwandelt.“¹³ In dem Moment, wo wir nicht länger nur eine Marktgesellschaft haben, sondern durch und durch eine Marktgesellschaft sind, ist die Marktwirtschaft nicht länger ein neutrales Instrument zur Verteilung von Gütern, Waren und Ressourcen, sondern „eine Lebensweise, in der das Wertesystem des Marktes in alle Aspekte menschlicher Bemühung eingesickert ist. Sie ist ein Ort, an dem alle sozialen Beziehungen marktförmig geworden sind.“¹⁴

Eine Gesellschaft, die den Anspruch erhebt, human und solidarisch zu sein, muss sich in allen Lebensbereichen, also auch im Gesundheitswesen, die Frage stellen, was man für Geld nicht kaufen kann bzw. was man für Geld nicht kaufen können soll. Allerdings besteht immer auch die Gefahr, diese Frage ideologisch zu missbrauchen und so beispielsweise die Forderung nach einer angemessenen Entlohnung von professioneller Gesundheits- und Krankenpflege zu diskreditieren. Damit wären wir dann wieder am Anfang meines Vortrags, wenn nämlich gesagt werden sollte, gute Pflege lasse sich ja gar nicht mit Geld aufwiegen und solle als Akt der Nächstenliebe statt als professionell ausgeübte Dienstleistung verstanden werden. Lange genug sind Pflegepersonen in der Geschichte der Pflege unter dem Vorzeichen einer Ethik der Nächstenliebe ausgebeutet worden. Nun kann es gewiss keine gute Pflege ohne Empathie und Fürsorglichkeit geben. Kein Nursing ohne Caring, wie Konzepte der Care-Ethik betonen. Aber doch sind Fürsorglichkeit in persönlichen Beziehungen, zum Beispiel in der Familie, und Nursing als Profession zu unterscheiden.

13 Michael Sandel, Was man für Geld nicht kaufen kann. Die moralischen Grenzen des Marktes, Berlin 2012, S. 17.

14 Ebd., S. 18.

Um noch einmal die Leopoldina zu zitieren: „Das medizinische und pflegerische Fachpersonal ist für eine patientenwohlorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung sowie eine effektive Krankheitsprävention entscheidend. Zur langfristigen Sicherung einer angemessenen personellen Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen, auch angesichts des demografischen Wandels, bedarf es gesellschaftlicher Wertschätzung, einer angemessenen Entlohnung, attraktiver und bedarfsgerechter Ausbildungsstrukturen und guter Arbeitsbedingungen. Dieses gilt in gleicher Weise für alle anderen Mitarbeitenden.“¹⁵

3. Care Drain und Care Fair

Der Mangel an Fachkräften und Strategien zu seiner Beseitigung müssen auch in ihren internationalen Zusammenhängen betrachtet werden. Care Drain, also die Abwanderung von medizinischem und pflegerischem Personal, ist eine besondere Form des Brain Drain. Er wirft Gerechtigkeitsfragen im globalen Maßstab auf.¹⁶ Während der Corona-Pandemie zeigte sich beispielsweise in Serbien, wie der Abfluss von Ärzten in westeuropäische Länder zu Engpässen in der medizinischen Versorgung der heimischen Bevölkerung führt. Das ist kein momentanes, sondern ein strukturelles Problem. Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn wirbt um Pflegekräfte für den deutschen Markt aus dem Kosovo. Ein weiteres Beispiel für Care Drain sind philippinische Pflegekräfte die zu Tausenden in den USA, aber auch in Österreich beschäftigt werden.¹⁷ Im Jahr 2007 waren nach offiziellen Angaben knapp 7 Prozent aller hierzulande beschäftigten Pflegekräfte keine österreichischen Staatsbürger. 8,2 Prozent der Pflegekräfte in Krankenanstalten und 10,5 Prozent der in Alten- und Pflegeheimen tätigen Pflegepersonen waren im Ausland ausgebildet worden.¹⁸ Die Pflegemigration verstärkt im globalen Maßstab das bestehende Ungleichgewicht zwischen Industrieländern und sogenannten Entwicklungsländern. Die Ethnologin Catherine Ceniza Choy hat errechnet, dass den zwei Dritteln der Weltbevölkerung, die in den Ländern des globalen Südens leben, nur 15 Prozent des weltweiten Pflegepersonals zur Verfügung stehen.¹⁹ Weil die

15 Leopoldina, a.a.O. (Anm. 9), S. 6.

16 Vgl. Muge Akpınar-Elci/Omur Cinar Elci/M. Murat Civaner, Care Drain, in: Henk ten Have H. (ed.), *Encyclopedia of Global Bioethics*, Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-09483-0_68, 16.7.2016 (letzter Zugriff: 22.8.2020); Lukas Kaelin, Care drain: The political making of health worker migration. *Journal of Public Health Policy*, 32, 2011, S. 489–498.

17 Vgl. Julia Inthorn/Lukas Kaelin/Michael Ridder, Gesundheit und Gerechtigkeit. Ein interkultureller Vergleich zwischen Österreich und den Philippinen (Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 4), Wien 20, S. 123ff.

18 Zahlen nach J. Inthorn/L. Kaelin/M. Ridder, a.a.O. (Anm. 18), S. 135f. unter Verweis auf Maureen Lenhart/August Österle, Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven, ÖPZ 12, 2007, S. 8–11.

19 Vgl. Catherine Ceniza Choy, *Empire of Care. Nursing and Migration in Filipino American History*, Durham/London 2003. Siehe auch J. Inthorn/L. Kaelin/M. Ridder, a.a.O. (Anm. 18), S.136f.

Migration das Ungleichgewicht weiter erhöht, spricht Choy vom *Empire of Care* und seinen dramatischen Folgen. Wenn medizinische Versorgung und Pflege zu den Grundgütern zählen, ist der Care Drain unter gerechtigkeits-theoretischem Gesichtspunkt hoch problematisch. Wenn wir über Care Fair im 21. Jahrhundert sprechen, geht es eben nicht nur um die Finanzierung und personelle Ausstattung des heimischen Gesundheitssystems oder um angemessene Bezahlung von Pflegefachkräften, sondern auch um die gesundheitspolitischen und ökonomischen Auswirkungen von Pflegemigration auf die Herkunftsländer. Zu den negativen Folgen gehört nicht nur der Verlust an Personal und die Schwächung der Gesundheitsversorgung, weil nun die Herkunftsländer fehlende Fachkräfte durch weniger qualifiziertes Personal ersetzen müssen. Der Care Drain führt außerdem zu einem Verlust an Bildungsinvestitionen und qualifiziertem Lehrpersonal, wodurch auch die Forschung in den Herkunftsländern beeinträchtigt wird.

Care Drain kann freilich auch positive Auswirkungen auf die Herkunftsländer haben, etwa durch Geldüberweisungen an die Herkunftsfamilien. Länder können auch davon profitieren, wenn beispielsweise Pflegekräfte in einem Joint Venture zwischen Herkunfts- und Zielländern ausgebildet werden. So betreibt die in der Nähe von Nürnberg ansässige Diakonie Neuendettelsau eine Altenpflegeausbildung im rumänischen Hermannstadt/Sibiu.²⁰ Und im Gegenzug dafür, dass Pflegekräfte aus dem Kosovo angeworben werden, verpflichtet sich Deutschland in einem 2019 geschlossenen Abkommen, den Kosovo beim Aufbau seines Gesundheitssystems zu unterstützen.²¹ Care Drain und seine negativen wie positiven Folgen sind jedenfalls nicht nur ein pflegeethisches und sozialetisches Thema, sondern auch eine der globalen pflegeökonomischen Fragestellungen im 21. Jahrhundert. Sie sind sicher auch eine der großen Zukunftsfragen für die Arbeit von Berufsverbänden wie den ÖGKV.

Und damit komme ich nochmals auf die 24-Stunden-Betreuung zu sprechen. Transnational tätige Care-Arbeiterinnen sind einerseits öffentlich weithin unsichtbar, sieht man von der Krisenstimmung am Beginn des Lockdown in der Corona-Pandemie ab. Auch institutionell stehen sie zumeist nicht im Fokus. Sie werden geduldet oder bewegen sich in einer Grauzone, werden aber nicht adressiert. Die evangelische Diakonie in Württemberg versucht diesem Zustand mit einem „FairCare“ genannten Projekt entgegenzuwirken, das 2011 gestartet wurde.²² Die Caritas betreibt ein entsprechendes Projekt unter dem Namen

20 Vgl. <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Altenpflegeausbildung-in-Hermannstadt-Diakonie-Neuendettelsau-erweitert-ihr-Angebot-in-Rumaenien> (letzter Zugriff: 22.8.2020).

21 Vgl. <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2019-07/pflegenotstand-jens-spahn-kosovo-pflegekraefte-arbeitsplaetze-zusammenarbeit> (letzter Zugriff: 22.8.2020)

22 Vgl. Christiane Bomert, Transnationale Care-Arbeiterinnen in der 24-Stunden-Betreuung. Zwischen öffentlicher (Un-)Sichtbarkeit und institutioneller (De-)Adressierung, Wiesbaden 2020, S.140.

„CariFair“.²³ FairCare und CariFair vermitteln legale Betreuungskräfte und garantieren die Einhaltung der gesetzlichen Standards des Arbeits- und Sozialschutzes. Erwähnt sei schließlich noch die FairCare-Plattform, die aus einem internationalen Forschungsprojekt hervorgegangen ist, an dem die Universität Innsbruck und neun weitere Partner aus der EU und der Schweiz beteiligt gewesen sind.²⁴ Die Plattform beruht auf einem Social-Franchise-System, was bedeutet, dass die Plattform von Hilfs- und Pflegeeinrichtungen sowie Beratungsstellen als Franchisenehmern betrieben werden soll. Gefördert wird das Projekt durch das AAL Joint Programme, das die Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen auf der Basis von Informations- und Kommunikationstechnologie vorantreiben soll.

Hier zeigt sich nun, wie der Gedanke von Care Fair mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen, also auch in der Pflege, zusammengeht. Wenn wir von zukunftssträchtigen Lösungen für den Pflegebedarf einer alternden Gesellschaft sprechen, wird die Digitalisierung zunehmend eine Rolle spielen, nicht nur bei der Pflegedokumentation, sondern auch bei der Vernetzung von Care-Angeboten im ambulanten Bereich. Digitalisierung ist freilich kein Selbstzweck. Vielmehr kommen auch hier wieder ethische Fragen ins Spiel: Wer sind die Nutznießer digitaler Lösungen? Wer wird inkludiert oder ausgeschlossen? Was ist bezahlbar und wer kommt für die Kosten auf? Wie wird die Patientenzentriertheit sichergestellt? Wie lässt sich erreichen, dass die Digitalisierung der Qualitätssicherung und -verbesserung in der Pflege dient und nicht nur der Kostenreduktion?

In all diesen Diskussionen braucht es die kompetente Stimme der Pflege und ihrer Interessenvertretungen. Fair Care im 21. Jahrhundert braucht Organisationen wie den ÖGKV.

Autoren:

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien (<https://ierm.univie.ac.at/>)

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at

Homepage: <https://etfst.univie.ac.at/ueber-uns/team/ulrich-koertner/>

²³ Vgl. Chr. Bomert, a.a.O. (Anm. 23), S. 233.

²⁴ Informationen unter www.fair-care.eu (letzter Zugriff: 21.8.2020).