

Vertrauen und Verantwortung

Teil 1: Prolog

Gegen die Misstrauenskultur

Aufgrund der demographischen Entwicklung steigt in vielen Ländern der Bedarf an Langzeitpflege. Somit steigen auch die Gesamtkosten. Diese Entwicklung ist seit Langem bekannt.

Effizienzfalle. Anstatt in weiser Voraussicht dem steigenden Bedarf entgegenzutreten, werden allenthalben kostendämpfende Leistungsverrechnungs-Instrumente entwickelt. Diese werden immer mehr perfektioniert. Die Folge: Das System reitet sich selbst in die Effizienzfalle. Es werden im Moment zwar Kosten gespart, längerfristig steigt der Pflegebedarf aber aufgrund der Einsparungen an. Man lässt z.B. die PatientInnen auf Superweichmatratzen schlafen. Man muss sie nicht umlagern und spart Personalkosten. Die Wirkung: Die Menschen werden in ihrer Bewegungskompetenz zusätzlich eingeschränkt. Das führt zu einem sich kontinuierlich erhöhenden Pflegebedarf, die Kosten steigen und die Lebensqualität sinkt.

Lebensqualität: kein Standardprodukt. Ein eindrucksvolles Beispiel für die Effizienzfalle liefern die USA. Hier wurden die „marktorientierten“ Leistungsverrechnungs-Systeme eingeführt. Die Kostenexplosion wurde aber nicht gestoppt: Die USA haben mit 16% den weltweit höchsten Anteil der Gesundheitskosten am BIP (Schweiz: 10,8%, Deutschland: 10,4%). 30% der dortigen Gesundheitskosten werden durch die Bürokratie dieser Leistungsverrechnungs-Systeme verursacht! Diese gehen davon aus, dass es sich bei einer Operation oder einer Pflegeleistung um ein „Produkt“ wie bei dem der Güterproduktion handelt. Allerdings geht es hier um die Lebensqualität und die Selbstständigkeit von Menschen. Und die Realisierung dieser Lebenswerte beruht auf gelungenen zirkulären Interaktionen zwischen Pflegenden und Gepflegten, ÄrztInnen und PatientInnen, und nicht auf im Voraus standardisierten „Leistungen“.

Misstrauen. „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ Wenn man aber das Kontroll-Prozedere in

den Pflegeheimen studiert, dann wird ersichtlich: Das Motiv ist Misstrauen, denn geprüft wird nicht die tatsächlich geleistete pflegerische Arbeit, sondern der Bericht über diese Arbeit. Dieser hätte eigentlich zum Ziel, die Wirkung der Pflege zu beschreiben und den Entwicklungsprozess der KlientIn sicht- und steuerbar zu machen. Durch die latente Angst vor der Kontrolle verkommt er zu einem Rechtfertigungsbericht. Er muss so formuliert sein, dass die Kontrolleure vorausdefinierte, standardisierte Leistungspakete erkennen können. Alles andere interessiert nicht.

Vertrauen ... Die Alternative: Es braucht ein Vertrauenssystem. Ein Beispiel dafür ist der holländische Spitexdienst „Buurtzorg“ (Nachbarschaftshilfe). Innerhalb von nicht einmal zehn Jahren ist dieser Betrieb von vier auf fast 10'000 MitarbeiterInnen angewachsen. Das Erfolgsgeheimnis: Die Pflegeteams arbeiten selbstorganisiert und bestimmen den Pflegebedarf der KlientInnen selbst. Das Resultat: „Buurtzorg“ arbeitet nicht nur qualitativ besser, sondern ist auch (volks-)wirtschaftlicher als Organisationen, die mit Misstrauenssystemen arbeiten müssen.

... und Verantwortung. Der notwendige Gegenpol zu Vertrauen ist nicht Kontrolle, sondern Verantwortung. Menschen sollen Verantwortung übernehmen dürfen (Autonomie), Verantwortung übernehmen können (Kompetenz) und Verantwortung übernehmen wollen (Sinn). Das ist auch das weitaus wirksamere Gegenmittel gegen schwarze Schafe, die Kontrollen professionell umgehen. Ein Leistungsverrechnungs-System, das alles haargenau vorschreibt, ist Ausdruck tiefen Misstrauens und unterminiert die Verantwortung, weil sich der Mensch darin nicht entfalten kann.

Warm, satt, sauber – ein(ziges) Szenario?

Die ganzheitliche und an die Situation angepasste Betreuung von Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege wird immer mehr behindert. Das sagt **Suzanne Kessler** in diesem Artikel. Und sie sieht den Grund darin, dass die Finanzierung in Alters- und Pflegeheimen auf falschen Anreizen aufgebaut ist.

Von der Pflege der Insassen ... Als ich in einer kantonalen psychiatrischen Klinik als Pflegedienstleiterin arbeitete, fragte man mich oft: „Wie viele Insassen habt ihr? – Wie sind die Insassen?“ Unter den „Insassen“ waren auch demenzerkrankte Menschen, Menschen mit einer Behinderung, akut psychisch Kranke und viele mehr. Das Wort „Insassen“ benutzt man normalerweise vorwiegend im Zusammenhang mit StraftäterInnen in Gefängnissen. Diese Tatsache hat mich damals sehr nachdenklich gemacht: Warum werden psychisch kranke Menschen gleich bezeichnet wie StraftäterInnen? Meine Befragung von Menschen im Umfeld der Klinik ergab: Die Befragten sahen große Ähnlichkeiten zwischen Sträflingen und „Insassen“ einer psychiatrischen Klinik: Sie hatten Angst, weil StraftäterInnen als unberechenbar und gefährlich gelten. Die Angst vor psychisch kranken Menschen gründet auf denselben Gefühlen.

... zur Pflege von Menschen mit Demenz. Als Pflegeexpertin und Beraterin bin ich in Alters- und Pflegeheimen zunehmend mit demenzerkrankten Menschen konfrontiert. Dort werden sie untergebracht, wenn sie nicht mehr zu Hause leben können. Viele Befürchtungen machen Schlagzeilen wie „Kostenexplosion durch die Zunahme der Demenzerkrankungen“, „Die Pflege der alten Menschen wird immer teurer“ oder „Die Kosten bei den Ergänzungsleistungen laufen aus dem Ruder“. In diesem Spannungsfeld geht vergessen, was diese Menschen brauchen und mit welcher Haltung wir ihnen begegnen.

Darunter leiden nicht nur die pflegebedürftigen Mitmenschen, diese rein ökonomische Sichtweise beeinflusst auch die Pflegenden massiv. Sie müssen die „Pflege“ getrennt in KVG-pflichtige Pflegeleistungen (KVG = Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994) und Betreuungsleistungen ausweisen und entsprechend dokumentieren.

Die Trennung von Betreuung und Pflege ist ein künstliches Konstrukt. Sie dient insbesondere der Gesundheitsökonomie, die sich davon eine bessere Kostenkontrolle verspricht.

Was macht die „Pflege“? Die Bedürfnisse, die Selbstbestimmung und die Lebensqualität der BewohnerInnen stehen bei der Festlegung der Pflegemaßnahmen durch die Pflegenden im Mittelpunkt. In einzelnen Schritten sammeln sie Informationen, die die Ressourcen und die Probleme der BewohnerInnen sichtbar machen. Die Auswertung der Beobachtung ergibt die Schwerpunkte, nach denen die Pflegeziele bestimmt werden können. Die Reaktionen der BewohnerInnen auf die Pflegemaßnahmen lassen Rückschlüsse auf die Pflegequalität zu.

Dazu drei Beispiele:

1. In einem Pflegeheim lebt eine demenzerkrankte Bewohnerin. Sie kann vieles nicht mehr. Essen gelingt ihr mit Hilfe noch recht gut, doch die Selbstpflege kann sie nicht mehr ausführen. Sie geht die ganze Zeit im Flur hin und her. Das hilft ihr offenbar, die eigene körperliche Orientierung nicht zu verlieren. Das ständige Gehen führt jedoch, wenn sie nicht abgelenkt werden kann, zu Erschöpfungszuständen.

Das Alters- und Pflegeheim verfügt über ein öffentliches Restaurant und Vergnügungsmöglichkeiten wie Kinderspielplatz, Boden-Schach etc. Findet die Bewohnerin den Spielplatz und auch den angrenzenden Platz für Erwachsene, wo Schach gespielt wird, beginnt sie ganz eifrig, die Figuren in die richtige Position zu platzieren. Das heißt für sie in die Anfangsposition: Jede Figur steht am richtigen Ort, so muss es sein, so scheint es ihr zu gefallen. Das stößt bei einigen SchachspielerInnen begreiflicherweise auf Unverständnis.

Wird jedoch das Erkennen der Schachfiguren und deren Ausgangspositionen als Ressource erfasst, ist es wichtig, der Bewohnerin das für sie relevante Tun weiterhin zu gewähren. Wird daraus jedoch geschlossen, sie störe dadurch die BesucherInnen, lautet die Konsequenz, die Frau vom Platz auszuschließen.

2. Eine schwer demenzerkrankte Frau wird am Morgen geduscht. Sie legt großen Wert auf schön-





ne Kleider und Schmuck. Die Pflegende lässt ihr den Raum, durch Anfassen zu zeigen, welche Kleider ihr heute gefallen und welchen Schmuck, insbesondere Ohrringe, sie tragen möchte. Die Frau wählt aus, sie spricht noch einzelne Worte, zu ganzen Sätzen reicht es jedoch nicht mehr. Die Pflegende schminkt ihr die Lippen. Wenn sie aus dem Zimmer kommt und beispielsweise angesprochen wird mit: „Oh, frisch geduscht und so schön angezogen“, strahlt sie und entgegnet: „Selbst, schön, ja!“ Sie dreht sich ganz beschwingt im Kreis, deutet auf ihre Ohrringe und zeigt mit ihrem Gesichtsausdruck, dass sie sich schön findet.

Wenn beim Rapport des Pflegepersonals die Morgentoilette reflektiert wird, dann wird es ein Muss sein, diese Frau immer unter Einbezug ihrer Selbstbestimmung zu pflegen. Wenn sie entscheiden kann, macht es sie glücklich. Heißt es jedoch: „Bewohnerin geduscht; es ging ihr gut“, kann aus diesem Eintrag durch die nächste Pflegerperson keine pflegerische Konsequenz gezogen werden – wie beispielsweise der Zeitbedarf

dafür –, sondern es handelt sich lediglich um eine Leistungsbestätigung.

3. Eine Frau, ebenfalls schwer demenzerkrankt, wird geduscht und kommt aus dem Zimmer. Auf die Frage, ob sie geduscht habe, antwortet sie: „Nein. Heute haben sie mich abgespritzt!“ Bei der Reflexion kann die Pflegende überlegen, ob diese Reaktion etwas damit zu tun hat, wie sie die Handlungen durchgeführt hat, ob die Bewohnerin das Duschen grundsätzlich so erlebt, ob der Duschprozess verändert werden soll und falls ja, wie er verändert werden könnte.

Warm, satt, sauber oder Selbstbestimmung. Die Beispiele zeigen, dass es eine tägliche Gratwanderung für die Pflegenden darstellt, wie sie die BewohnerInnen im Spannungsfeld zwischen warm, satt, sauber und selbstbestimmt ihren Alltag erleben lassen. Wenn einer Berufsgruppe nicht mehr erlaubt wird, in ihrem Beruf ihr Handwerk auszuüben, sondern diese ausschließlich den Auftrag hat, Leistungen zu generieren, die



über das KVG abzurechnen sind, weil ja auch die Stellenpläne durch diese Zahlen errechnet werden, dann ist die Angst, einmal an Demenz zu erkranken und nicht in Würde mit dieser Krankheit zu leben, berechtigt. Pflegende äußern in dieser Drucksituation oft den Satz: Früher hatten wir mehr Zeit.

Früher gab es nicht mehr Zeit. Wir hatten früher für die Pflege nicht mehr Zeit. Im Gegenteil: Wir mussten fünf bis sechs Personen aufnehmen, und dies spätestens bis 08.30 Uhr. Wir waren davon überzeugt, dass alle morgens und abends gewaschen werden mussten, auch wenn dies von den Betroffenen oft abgelehnt wurde. Für das Eingeben des Essens bei vier bis fünf Personen hatten wir im Durchschnitt 15 Minuten Zeit. Dazu kam die ganze Putzarbeit, von den anderen Pflegeleistungen ganz zu schweigen. Die Arbeit war nicht weniger – nur führten wir die Pflege so aus, wie wir sie nach bestem Wissen und Gewissen verstanden haben, und nicht wie sie uns von einer Versicherung aufgezwungen wurde.

Dokumentation für wen? In den 1980er-Jahren ist der Pflegeberuf aufgebrochen, um sich zu professionalisieren. Ein wichtiger Schritt auf diesem Weg waren die dokumentierte Pflege und der Pflegeprozess. Und das zeigte Wirkung. Noch vor 30 Jahren erlebten wir, dass ein Drittel der BewohnerInnen einen Dauerkatheter hatte, ein hoher Prozentsatz von ihnen das Leben im Bett verbrachte und die Ernährung durch eine Magensonde an der Tagesordnung war.

Das hat sich in der Langzeitpflege radikal verändert. Heute werden die Menschen in ihrem Alltagserleben unterstützt. Ihre Ressourcen und Möglichkeiten werden erkannt und das Erhalten der Selbstständigkeit wird aktiv gefördert. Die Professionalisierung der Pflege ist kein Papiertiger geblieben – sie zeigt sich in der Selbstständigkeit und Lebensqualität der Menschen. Die Wirkung ist sichtbar.

Aber es gibt auch die andere Seite der Medaille. In den letzten Jahren hat sich der ökonomische Aspekt im Sozial- und Gesundheitswesen immer mehr in den Vordergrund gedrängt. Das Resultat davon ist, dass der Leistungsnachweis gegenüber den Geldgebern immer wichtiger wurde. Auf gesundheitspolitischer Ebene wurde der Auftrag der Pflege nur ansatzweise diskutiert und als wirksame, professionelle Leistung akzeptiert.

Verschiedene Wertmaßstäbe. Wenn ein Mensch an Krebs erkrankt, wird die durch die Erkrankung benötigte Pflege inhaltlich nicht infrage gestellt. Würde also die Diagnose Demenz gleichgesetzt mit einer besonderen Krebserkrankung, stände nicht die Frage der Finanzierung im Vordergrund, sondern die Diagnostik und die Varianten möglicher Behandlungen. In der Frage der Diagnostik stimmt die Gleichbehandlung noch. Im Umgang mit Demenz steht aber immer mehr die Kostenfrage im Vordergrund. So sind die Pflegenden zum Teil Stunden damit beschäftigt, die Dokumentation für die Controller zu pflegen, um sich all ihren Forderungen, die sich zum Teil fast täglich ändern, anzupassen, anstatt die wertvollen Zeitressourcen für die Pflege und Betreuung Demenzerkrankter einzusetzen. Hätte Henry Duntant in Sarajevo zuerst die Kostenfrage gestellt, dann hätte er einen Bestattungsdienst aufgemacht und nicht das Rote Kreuz gegründet.

Die Schwierigkeit mit dem Krankenkassen-Controlling. „Frau F. wurde geduscht, Herr M. wurde mehrmals auf die Toilette geführt, Frau K. wurde dreimal im Bett positioniert, bei Herrn D. wurden die Einlagen mehrmals gewechselt.“ Die Pflegedokumentation dient sowohl der Sicherstellung einer an den BewohnerInnen orientierten Pflege als auch der Rechtfertigung der zu verrechnenden Leistungen über die Krankenkasse. Diese beiden Ansprüche decken sich nicht immer.

Die heutige Konzentration auf das Controlling und der damit verbundene Druck, täglich aufzulisten, welche Leistungen erbracht wurden, ist eine Fleißarbeit. Es wird von den Pflegenden verlangt, täglich die erbrachten Leistungen im Wirkungsbericht zu bestätigen. Die Kehrseite davon ist, dass die Pflegenden sich oft, ja sogar zu oft gezwungen sehen, Leistungen „abzuhaken“, weil das von der Kontrollinstanz verlangt wird. Doch nicht immer werden diese Leistungen erbracht; sie dienen als „Alibi“, um eine andere, sinnvollere Begleitung und Betreuung der demenzkranken Menschen zu ermöglichen.

Die wichtigen Fragen sind nicht gestellt. Die gesellschaftspolitische Frage, was eine demenzkranke PatientIn kosten darf, welchen Aufwand die Pflege braucht und durch wen dieser zu bezahlen ist, wurde bis heute nur ansatzweise gestellt. Bei allem Verständnis dafür, die Kosten für das Gesundheitswesen nicht explodieren zu





lassen: Die bestehende Leistungsverordnung dient der Finanzierung und ist kein Spiegelbild der täglich angepassten Pflege, die zur würdevollen Alltagsbewältigung der BewohnerInnen erforderlich ist.

So sehen sich engagierte Pflegenden dazu gezwungen, je nach Krankenversicherung der BewohnerInnen das aufzuschreiben, was die Kontrollierenden fordern, auf dass bei einem allfälligen Controlling keine Rückstufung der geforderten Pflorgetaxe erfolgt. Die Dokumentation der Pflege und deren Verlauf ist nicht länger die Grundlage, mit der die Kontinuität und die Qualität der geplanten Pflege gewährleistet wird, sondern sie dient als Basis der Finanzierung oder gar der Streichung von Leistungen aus Kostengründen. Das erzeugt Stress und ein ungutes Gefühl.

Eine sinnvolle Pflegedokumentation vermittelt nicht nur wichtige Informationen über den Pflegeauftrag gegenüber den BewohnerInnen und deren aktuellen Zustand, sondern gibt wertvolle Hinweise

- auf die Rahmenbedingungen: z. B. Größe und Einrichtung der Räumlichkeiten, Flexibilität der Zeitstrukturen, Austauschmöglichkeiten und soziale Kontakte mit der Umwelt,
- auf die zeitlichen Ressourcen, das Fachwissen und die Erfahrung des Pflegepersonals sowie
- auf die Möglichkeiten und die Ergebnisse des Einbezugs der Angehörigen.

Dies führt zu hilfreichen Rückschlüssen für den Umgang mit demenzkranken Menschen in Heimen und durch die Spitex (Hausbesuche durch Pflegepersonal). In Alters- und Pflegeheimen wie auch durch die Spitex findet eine sehr gute begleitende und beratende Tätigkeit statt. Pflegenden haben keine Bindung zu den Gepflegten wie deren Geschwister, PartnerInnen oder Eltern mit den entsprechenden Erwartungen an die Beziehung. Sie nehmen den Menschen wahr, wie er ist. Das heißt, Pflegepersonen treten offen und neugierig in die Beziehung ein.

Diesen Auftrag können die Pflegenden nicht isoliert ausführen. Sie brauchen den Dialog, das Verständnis der Bevölkerung, die Toleranz und die Sensibilisierung im Umgang mit demenzkranken Menschen. Pflege besteht nicht nur aus den aufgeschriebenen Hilfeleistungen, würdevolle Pflege geschieht im Moment, im Zusammenspiel

von BewohnerInnen und Pflegenden und der Wirkung, die sich daraus ergibt. Das ist das Wesentliche, was gute Pflege ausmacht.

Von den „Insassen“ zu den „Dementen“. In der psychiatrischen Klinik galten die PatientInnen mit dem Klinikeintritt als „versorgt“ und waren für die Gesellschaft nicht mehr sichtbar. Mit dem Heimeintritt sind auch die demenzkranken Menschen versorgt und damit unsichtbar. Wie können diese Menschen ein Teil unserer Gesellschaft bleiben? Sind wir bereit, die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu verändern? Es müsste sich um Rahmenbedingungen handeln, die den Leitbildern, die beim Eingang jedes Heimes gut sichtbar aufgehängt und zu lesen sind, auch Lebendigkeit vermitteln.

Die Finanzierungsfragen sind mit den Stellen zu klären, die genau dafür zuständig sind. Geld ist vorhanden. Das Schweizer Volk hat am 14. Juni 2015 einer Gesetzesänderung zugestimmt, damit in der Fortpflanzungsmedizin die Präimplantations-Diagnostik geregelt wird, das heißt, durchgeführt werden kann. In den ganzen Abstimmungstexten habe ich keinen Satz über die dadurch verursachten Kosten gefunden, die Finanzierung war kein Thema. Bei der Pflege von demenzkranken Menschen stehen jedoch die Kosten im Vordergrund. Was verdrängen wir damit? Sind wir bereit, das, wovon wir Angst haben, die Bilder, die wir von Demenzkranken haben, zu hinterfragen?

Demenzkranken Menschen als uns zugehörig zu betrachten, sie nicht auszugrenzen, sondern einzubeziehen, lautet die Aufgabe an uns alle. Lassen wir uns einbeziehen? Wenn wir das nicht tun, dann sind die heutigen Demenzkranken die Insassen von Morgen.

Die bestmögliche Pflege in den Mittelpunkt stellen

Stefan Knobel hat mit Suzanne Kessler über ihre Ansichten zur Finanzierung und Qualität der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz gesprochen.

Stefan Knobel: Frau Kessler, Sie zeichnen in Ihrem Artikel über die Problematik der Demenzerkrankung und deren Finanzierungsanreize ein kritisches Bild.

Suzanne Kessler: Wir müssen uns bewusst sein: Die Philosophie hinter der Pflegefinanzierung ist „Warm, satt und sauber“. Es hat noch nie jemanden interessiert, was die Pflege leistet. Man stellt nur die Frage, was die Pflege kostet. Pflege ist für die Politik und die Gesundheitsökonomie ein Unkostenfaktor. Mehr nicht. Wenn man hingegen in ein Pflegeheim geht, sieht man: Die Langzeitpflege arbeitet höchst professionell. Das Wissen und Können ist da. Und auch die Wirkung auf die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Menschen. Nur interessieren sich die Controlling-Prozesse der Geldgeber nicht für diese Wirkung.

Knobel: Wie zeigt sich das?

Kessler: Wenn die Pflegenden im Wirkungsbericht beschreiben, was im Pflegeprozess wirklich passiert, werden sie abgestraft. Denn es geht gar nicht um den Prozess, sondern um die Frage: Was müssen wir schreiben, damit es von der Krankenkasse akzeptiert wird?

Knobel: Das heißt, es geht gar nicht um den Inhalt und die Qualität?

Kessler: Ich behaupte: Solange die Frage nach der Wirkung und dem Auftrag der Pflege nicht im Mittelpunkt steht, geht es nur um die Kosten. Das ist bei den medizinischen Leistungen ganz anders. Wenn dort eine Diagnose gestellt worden ist, fragt niemand nach den Kosten. Wenn z. B. jemand die Diagnose Lymphdrüsenkrebs hat, dann haben die ÄrztInnen selbstverständlich den Auftrag, dem Menschen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Und diese Behandlung wird selbstverständlich finanziert – das ist auch richtig so.

Wenn jemand aber mit der Diagnose Demenz in eine Pflegeeinrichtung kommt, dann steht nicht die Frage, was die bestmögliche Pflege ist, im Mittelpunkt, sondern die Frage, wie die Kosten

möglichst tief gehalten werden können. Deshalb geht es beim Controlling nicht darum, zu überprüfen, ob es der Pflege gelungen ist, diesen Menschen in seiner individuellen Situation, seiner Wirksamkeit, Selbstständigkeit und Lebensqualität zu unterstützen. Man fragt, wie viele Minuten für das Waschen, wie viele Minuten für die Unterstützung beim Essen eingesetzt worden sind. Und wenn man aus guten Gründen in einer Situation die vorgesehene und von der Kasse zugestandene Zeit für etwas anderes braucht, wird man bestraft. Das ganze Controlling ist ein Misstrauens-Controlling.

Knobel: Was wäre die Alternative?

Kessler: Das Modell der Kosten- und Zeitvolumen-Gutsprache mit dem Fokus der Wirksamkeit. Der Zeitaufwand kann wie bisher mittels Pflegeassessment ermittelt werden. Aber innerhalb dieses Zeitvolumens muss es in der Verantwortung der Pflegenden liegen, Leistungen zu ergänzen, andere wegzulassen, wie es eine bedarfsgerechte Pflege erfordert. Das Resultat sollte im Zentrum stehen. In welchen Kompetenzen konnte die BewohnerIn erfolgreich unterstützt werden? Welche gesundheitlichen Komplikationen konnten erkannt und vermieden werden? Konnte die BewohnerIn lernen, besser mit ihrer Situation umzugehen? Konnten deshalb Medikamente reduziert werden? Wenn die Wirkung der Pflege im Zentrum steht, dann macht das Dokumentieren auch Sinn. Ohne diesen bisherigen unsinnigen, auch unwürdigen Druck werden mit Sicherheit bessere Arbeitsleistungen erbracht.

Was Pflegende in diesem Zeitvolumen tun, sollte von der jeweiligen Situation abhängig sein und nicht von nach Minuten getakteten Arbeitsleistungen, die abgearbeitet werden müssen. Dann kann wirklich individuell gepflegt werden, ohne dass die Pflegenden Angst haben müssen, die Kasse werde die Leistung streichen, wenn sie so im Katalog nicht vorgesehen ist.

Knobel: Können Sie ein Beispiel machen?

Kessler: Vielleicht kommt man im Assessment zum Schluss, dass die KlientIn jeden Tag Unterstützung beim Waschen braucht. Wenn es nun so ist, dass sie sich oft nicht waschen will, sondern das Haus verlässt, dann ist es in dieser

Situation wichtig, sie auf ihren Spaziergängen zu begleiten. Wenn man ehrlich ist, muss man eingestehen: Pflege kann gar nicht im Voraus geplant werden, weil sie eben Menschen betrifft, die sich ständig wandeln. Man weiß nicht einen Tag im Voraus, was genau sie brauchen und was am besten für sie ist. Und die Pflegenden sind sehr wohl in der Lage, im Moment zu beurteilen, was ein Mensch gerade jetzt braucht. Aber die derzeitige Philosophie hinter dem Controlling lässt das nicht zu. Diese zugrunde liegenden Annahmen müssen verändert werden.

Knobel: Sie treten also nicht gegen das Controlling an, sondern gegen dessen „Hintergedanken“?

Kessler: Genau darum geht es. Es nützt doch nichts, wenn wir am Controlling- oder Abrechnungssystem herumwerkeln. Erst wenn wir den Pflegenden ermöglichen, in professioneller Selbstverantwortung ihren Beruf auszuüben, können wir das Wort „Gesundheitswesen“ stehen lassen. Ich bin überzeugt, dass die Pflege nicht teuer wird, wenn man sie als Profession anerkennt. Und die Versicherer müssen ihre eigene Werbung ernst nehmen.

Knobel: Was meinen Sie damit?

Kessler: Auf ihren Webseiten kann man lesen: „CSS Versicherung – Ihre Krankenkasse des Vertrauens“, „Sanitas Krankenversicherung – ein starker Partner“ oder „Helsana – Engagiert für das Leben“. Tatsächlich ist es aber vielmehr so: Die Krankenkasse des Vertrauens misstraut dem Pflegeberuf, der starke Partner ist so stark,

dass er sich weigert, wichtige Leistungen für mehr Lebensqualität zu finanzieren und die andere Kasse engagiert sich für das Leben, bezahlt aber nur die Leistung „Warm, satt und sauber“.

Alle diese Werbesprüche suggerieren, dass die Krankenkassen sich um den Menschen kümmern. Wenn sie das täten, würden sie nicht auf die Kosten, sondern auf die Wirkung der Pflege schauen. Ein solches Controlling-System, das die Wirkung der Pflege und Betreuung überprüft, würde meiner Meinung nach mehr Lebensqualität, weniger Leid und weniger Kosten für die Volkswirtschaft erzeugen.

Knobel: Aber gibt es nicht auch einfach Institutionen, die ihren eigenen Profit maximieren wollen?

Kessler: Nach meiner Erfahrung sind es immer etwa 5 Prozent, die ein System ausnützen wollen. Das habe ich in meiner Führungsarbeit erlebt. Ungefähr 5 Prozent der MitarbeiterInnen arbeiten z. B. nicht so lange, wie sie müssten. Aber 95 Prozent sind ehrlich. Man wollte in meinem Betrieb ein Zeiterfassungssystem einführen, aber ich habe mich dagegen gewehrt. Wenn 95 Prozent der Menschen zuverlässig und ehrlich sind, dann lohnt sich doch ein solches Kontrollsystem nicht, im Gegenteil! 5 Prozent werden wieder einen Weg finden, um zu betrügen – und der überwiegenden Mehrheit der ehrlichen Menschen wird das Leben erschwert. Das ist wohl auch bei den schwarzen Schafen in Sachen Pflegeabrechnung so: Sie finden bei aller Misstrauenskontrolle einen Weg, um das System zu betrügen. Aber die ehrlichen AkteurInnen werden belästigt, behindert, verdächtigt – und müssen für die Rechtfertigung ihres Handelns viel Arbeitszeit aufwenden, die eigentlich den KlientInnen und nicht den Versicherern zugutekommen sollte.

Knobel: Frau Kessler, danke für das Gespräch.

Suzanne Kessler

ist diplomierte Pflegeexpertin mit einem Diplom im Spital- und Klinikmanagement, diplomierte Kamelführerin, freischaffende Beraterin und Dozentin im Gesundheitswesen.



Pflege: Beitrag zur Lebensqualität oder Unkostenfaktor?

Eine einseitige Kostensicht führt in die menschliche und ökonomische Sackgasse. Denn menschliche Prozesse lassen sich nicht rationalisieren. Um die Kosten für die Langzeitpflege in den Griff zu bekommen, braucht es Vertrauen in die Professionalität der Pflege und zeitlichen Gestaltungsraum. Das meinen **Richard Hennessey** und **Stefan Knobel**.

Die ökonomischen Zwänge beleuchten

Die ökonomischen Zwänge werden ausgeblendet. Suzanne Kessler beschreibt in ihrem Artikel dieser Ausgabe der Zeitschrift „Lebensqualität“ folgende Situation: „Eine Frau, ebenfalls schwer demenzerkrankt, wird geduscht und kommt aus dem Zimmer. Auf die Frage, ob sie geduscht habe, antwortet sie: ‚Nein. Heute haben sie mich abgespritzt!‘“ Vermutlich kommen die meisten Menschen zum Schluss: Wenn eine KlientIn sich durch die pflegerische Hilfe bei der Körperpflege als Objekt empfindet, das „abgespritzt“ wird, dann ist das ein moralisch verwerflicher Umgang mit ihr. Die dahinterstehenden ökonomischen Zwänge werden zumeist ausgeblendet, denn die Auswirkungen der momentanen Leistungsverrechnung im Minutentakt auf die Arbeit der Pflege sowie die von einer Misstrauenskultur geprägte Dokumentation der Leistungen erinnern stark an Charlie Chaplins Film „Modern Times“, in dem er eingeklemmt zwischen Zahnrädern zum Spielball eines gnadenlosen Systems degeneriert.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens. Man kann das Duschen auch so gestalten, dass die Menschen wieder selbstständiger werden, was in der Folge auch die Kosten sinken lässt. Das erhöht nicht nur die Lebensqualität der PatientInnen, sondern aufgrund des Kompetenzerlebens auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte. Das Duschen zählt zu den Aktivitäten des täglichen Lebens und in deren qualitativer Verbesserung bestünde ein ungeheures menschliches und ökonomisches Potenzial, das durch die gegenwärtige standardisierte Leistungsverrechnung mit der finanziellen Minderbewertung der Grundpflege nicht entfaltet werden kann.

Eine falsche Fragestellung. Die aktuelle ökonomische Sichtweise ist von der Frage geprägt, wie man unter den engen betriebswirtschaftlichen Bedingungen gute Pflege gewährleisten kann. Die Fragestellung müsste aber anders lauten: Wie müssen die ökonomischen Rahmenbedingungen gestaltet sein, damit die Pflege über den nötigen Freiraum verfügt, um über eine kompe-

tenzorientierte Interaktion mit den PatientInnen den Pflegebedarf zu senken und die Lebensqualität zu erhöhen? Im Folgenden wird gezeigt, wie die heutige betriebswirtschaftliche Sichtweise von falschen Voraussetzungen ausgeht und deshalb sowohl pflegerisch als auch ökonomisch in eine Sackgasse führt, und dass eine Ausrichtung am Menschen nicht nur humaner, sondern auch wirtschaftlicher ist.

Diagnose „Kostenkrankheit“. In allen Industriestaaten lässt sich feststellen, dass die Kosten des Gesundheitssektors stärker steigen als das Bruttoinlandsprodukt (BIP: jährlicher Wert aller erzeugten Güter und Dienstleistungen einer Nation). Daraus wird voreilig geschlossen, dass der Gesundheitsbereich an einer Kostenkrankheit leide, die man mit einer Reorganisation der Finanzierung und der Leistungsabgeltung kurieren könne. Als Kostentreiber werden vor allem die Überalterung der Bevölkerung, der wachsende Wohlstand und der technische Fortschritt angesehen. Die unterschiedlichen Möglichkeiten von Industrie- und Dienstleistungssektor, die Produktivität (= Verhältnis von Output zu Input) zu verbessern, scheinen meist in der Diskussion nicht auf. Dabei ist es gerade dieser Aspekt, der am meisten Licht in die Diskussion um die vermeintlichen Unkosten der Pflege bringen könnte (Madörin 2015, S. 15).

Das Gesetz von Baumol. Der amerikanische Ökonom William Baumol geht von der Tatsache aus, dass sich gewisse Dienstleistungen im Gegensatz zur industriellen Güterproduktion schlecht rationalisieren lassen. Während die Produktivität in der industriellen Produktion steigt, stagniert sie im Dienstleistungssektor und dort vor allem in jenen Branchen, die sich aufgrund des persönlichen menschlichen Kontaktes einer Automatisierung verweigern. Man kann also immer schneller bessere Computer produzieren, aber nicht immer schneller in der gleichen Qualität Menschen pflegen, Kinder erziehen oder Musikstücke aufführen. Um aber zu genügend Arbeits-



„Wer versucht, die Arbeit von Chirurgen, Lehrern oder Musikern zu beschleunigen, hat gute Chancen, eine verpfuschte Operation, schlecht ausgebildete Schüler oder ein merkwürdiges Konzert zu bekommen.“



kräften zu kommen und die Qualität der Dienstleistungen aufrechtzuerhalten, muss die Lohnentwicklung im Dienstleistungsbereich der allgemeinen Lohnerhöhung angepasst werden. Dadurch verteuern sich persönliche Dienstleistungen wie die Pflege im Verhältnis zu industriellen Produkten.

Die Kostenkrankheit, die keine ist. Gestiegene Kosten im Dienstleistungssektor dokumentieren daher keine Ineffizienz, sondern reflektieren lediglich die Erfolgsstory der gestiegenen Produktivität im industriellen Bereich. Baumol hat vor wenigen Jahren auch den Gesundheitsbereich einer Analyse unterzogen und die Ergebnisse in seinem Buch „The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't“ (Baumol 2012) der Öffentlichkeit vorgestellt. Dabei wurden mehrere Länder, auch weniger reiche und mit verschiedener demografischer Zusammensetzung, einer statistischen Analyse unterzogen. Die Ergebnisse sind eindeutig: Die Gesundheitskosten steigen stärker als das BIP und ihr Anteil wird umso höher, je höher das BIP pro Kopf wird. Das Erstaunliche an der Untersuchung ist, dass nicht einmal die demografische Zusammensetzung, also die Altersstruktur, die Wachstumstendenzen der Gesundheitskosten erklären konnte, auch nicht andere Faktoren wie mangelnde Wirtschaftlichkeit, Profitinteressen von Krankenhäusern, unnötige Untersuchungen, überteuerte Medikamente oder besonders geldgierige Ärzte. Einzig und allein die unterschiedlichen Produktivitätsentwicklungen in der Industrie und im Gesundheitsbereich können das überproportionale Wachstum der Gesundheitskosten erklären. Das kann auch argumentativ plausibilisiert werden: In der Industrie können die Arbeitskosten durch den Einsatz von Maschinen drastisch gesenkt werden, auch wenn höhere Löhne bezahlt werden. Die industrielle Rationalisierung erlaubt auch eine Senkung der Preise bei gleichzeitig verbesserter Qualität ihrer Produkte, wie wir es z. B. bei den Computern kennen. Das funktioniert im Gesundheitsbereich nicht. Schafft bspw. ein Spital ein MRI-Gerät an, dann werden zwar die Diagnosen besser, aber der Aufwand für die Be-

handlung der Kranken nicht verringert. Im Gegenteil: Zur Bedienung des MRI-Geräts braucht es zusätzliches Personal (Madörin 2015, S. 16).

Qualitätsverlust durch Ökonomisierung. Die gegenwärtige Praxis, im Gesundheitswesen Kosten einzudämmen, bedeutet vor allem, bei den Arbeitskosten einzusparen, denn sie machen den größten Teil der Kosten aus. Dazu Baumol: „Irgendwann wird es schwierig, die Zeit zu reduzieren, die notwendig ist, um bestimmte Aufgaben auszuführen, ohne dabei gleichzeitig die Qualität zu reduzieren. Wer versucht, die Arbeit von Chirurgen, Lehrern oder Musikern zu beschleunigen, hat gute Chancen, eine verpfuschte Operation, schlecht ausgebildete Schüler oder ein merkwürdiges Konzert zu bekommen.“ (Wikipedia, Artikel 'Kostenkrankheit')

Unökonomische Ökonomisierung. Gleiches gilt natürlich auch für die Pflege. Wer hier versucht, Zeit und Fachkräfte einzusparen, der muss mit einer geringeren Pflegequalität rechnen. Aber der Teufelskreis hört hier noch nicht auf. Eine geringere Pflegequalität hat nicht nur eine niedrigere Lebensqualität der PatientInnen zur Folge, sondern zieht oft einen höheren Bedarf und damit höhere Kosten nach sich. Man könnte z. B. im Pflegeheim für alle BewohnerInnen Superweichmatratzen einsetzen. Dadurch könnte in der Nacht Pflegepersonal eingespart werden, weil die Menschen nicht mehr im Positionswechsel unterstützt werden müssen. Die Folge dieser Maßnahme würde aber längerfristig zu mehr Pflegebedarf und zu höheren Kosten führen. Denn die Superweichlagerung führt dazu, dass die Menschen in der Entwicklung ihrer Bewegungskompetenz eingeschränkt werden. Wenn hier gespart wird, dann zieht das Folgekosten nach sich, welche die anfänglichen Ersparnisse weit übertreffen.

Den Teufel mit dem Beelzebub austreiben. Die Frage, ob die Änderung des Finanzierungsregimes, das von der Finanzierung der Betriebskosten zur Finanzierung der Leistungen wechselte, einen Beitrag zur Kostendämmung leistete, muss aufgrund der Erkenntnisse von Baumol mit einem klaren Nein beantwortet werden. Wie sich in den folgenden Ausführungen zeigt, symbolisiert es lediglich den vergeblichen Versuch, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben. Das soll



William Baumol: „Die Kostenkrankheit. Warum Computer immer billiger werden, aber das Gesundheitswesen nicht“

(The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. Yale University Press, New Haven 2012)

Die Kostenkrankheit ist ein Thema, das den Nobelpreisanwärter William Baumol schon seit den 1960er-Jahren beschäftigt. Er begann mit einer Analyse der darstellenden Künste und stellte fest, dass deren Kosten im Laufe der Zeit verglichen mit denjenigen von industriellen Produkten relativ stark gestiegen sind. Da die Kernarbeit der KünstlerIn oft schon der Output ist – die SängerIn singt, die TänzerIn tanzt, die PianistIn spielt – gibt es hier keine Möglichkeit, den Output pro Stunde zu erhöhen. Es braucht auch heute noch vier Musiker und die gleiche Spielzeit wie im 18. Jahrhundert, um ein Streichquartett von Beethoven zu spielen. Nun müssen aber die Löhne der KünstlerInnen etwa im gleichen Maß steigen wie jene in den anderen Wirtschaftsbereichen, da sich sonst keine KünstlerInnen mehr in der Kunstbranche engagieren würden. Das führt zu einer relativen Verteuerung von Kunst.

Im Jahr 2012 wandte sich Baumol dem Gesundheitssektor zu und entdeckte genau das gleiche Muster wie in der Kunstbranche. Nur mit dem Unterschied, dass er im Gesundheitssektor die menschliche Interaktion als jenen Faktor identifizierte, der sich nicht standardisieren und automatisieren lässt. Das hat zur Folge, dass die Gesundheitskosten ziemlich stark ansteigen. Die Zahlen, die Baumol für die USA zutage förderte und prognostizierte, haben es in sich: Im Jahre 1960 betrug der Anteil der Gesundheitskosten am BIP noch 5 %, im Jahre 2011 waren es schon fast 18 % und für das Jahr 2105 könnte sich der Anteil auf fast 60 % belaufen. Baumol meint, die Kostenkrankheit sei zwar unheilbar, aber man könne sie überleben, wenn man sie korrekt behandle.

Das wirkliche Problem sei nicht die Kostenkrankheit, sondern die reflexartigen Reaktionen wie Privatisierungen und Kürzungen. Der kritische Punkt liege darin, dass die PolitikerInnen die Natur und Mechanismen der Kostenkrank-

heit nicht verstehen würden und dem Druck einer ähnlich uninformierten Wählerschaft ausgesetzt seien. Diese würden die steigende Produktivität der restlichen Wirtschaft nicht berücksichtigen, die den Kuchen insgesamt größer werden lässt. So musste z. B. im Jahre 1908 die DurchschnittsamerikanerIn für den Kauf des Modells T von Ford 4'700 Stunden arbeiten. Heute arbeitet sie für den Kauf eines Autos im Durchschnitt 1'365 Stunden. Das verschafft ziemlich viel Freiraum für das, was teuer ist, aber auch Lebensqualität bedeutet – Gesundheit, ein schönes Konzert von Mozart oder aber ein Wohlfahrtsprogramm für die Armen.





am Beispiel der Diagnosis Related Groups (DRG) bzw. Fallpauschalen skizziert werden.

Standardisierung durch DRG. In den USA der 1960er-Jahre wurde zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen eine Kosten- und Leistungsrechnung für dieses entwickelt. Zwei Wirtschaftsingenieure von der Yale School of Organisation and Management übertrugen die Methoden der Analyse von Arbeitsprozessen der industriellen Güterproduktion auf die Krankenhäuser (Madörin 2015, S.46 f.). Das Leistungsbündel, das der Diagnose zugeordnet wird, ist sozusagen das Produkt, dem auch Kosten zugeordnet werden können. Damit können – sofern diese Theorie stimmt – auch Wettbewerbe inszeniert und die Kosten gedämpft werden.

Der standardisierte Mensch. Das komplexe lebende System Mensch bzw. seine Erkrankung wird in ein starres Korsett von Diagnosen hineingequetscht. Begründete Unterschiede werden durch einen statistischen Trick als „Ausreißer“ eingeebnet (Madörin 2015, S.78). Zudem ist das Produkt das medizinische Leistungsbündel und nicht die Gesundheit der PatientIn. Damit wird aber das gesetzliche Erfordernis der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Behandlung systematisch unterlaufen.

Der Kampf mit den Windmühlen. Die Standardisierung bringt vor allem dort ökonomische Vorteile in Form von Produktivitätsgewinnen, wo es sich um gleichlaufende und wiederkehrende Arbeitsprozesse handelt. Solche finden wir vor allem in der Industrie, z. B. in der Fertigung von Autos oder Computern. Dort lassen sich Arbeiten mithilfe von Robotern wesentlich schneller, fehlerfreier und kostengünstiger ausführen. In der Pflege können nicht in nennenswertem Umfang Menschen durch Maschinen ersetzt werden. Aber genau von einem solch wirklichkeitsfremden Wunschdenken ist die DRG-Philosophie geprägt. Man will eine Form von Kostenersparnis, die laut den Forschungen von Baumol aufgrund der unterschiedlichen Produktivitätsmöglichkeiten im Industrie- und Gesundheitssektor einfach nicht möglich ist. Das erinnert an Don Quijotes Kampf mit den Windmühlen.

Statt der Kosten sank die Qualität. So verwundert auch nicht das ernüchternde Ergebnis aus den USA, dass mit DRG-Pauschalen nur ein Promille der Kosten eingespart werden konnte. Ein

Promille ist aus der Sicht der Statistik nicht aussagekräftig, und dieses Ergebnis könnte leicht in ein Minus abdriften, wenn man die volkswirtschaftliche Sicht einbringt, dass hier nicht Kosten gespart, sondern nur ausgelagert wurden. So führte das System der Fallpauschalen zu deutlich kürzeren Verweildauern in den Spitälern, aber die außerhalb des Spitals entstehenden Behandlungskosten stiegen an, und es kam zu höheren Wiedereintrittsraten von bereits entlassenen PatientInnen. Statt der Kosten sank die Qualität (Binswanger 2012, S. 188).

Markt ist nicht möglich. Die Philosophie der Abrechnungssysteme in der Langzeitpflege gründet auf ähnlichen Prämissen wie jene der DRG. Durch Pauschalen erhofft man sich die Schaffung eines Marktes, eine Stimulierung des Wettbewerbs und damit einen kostendämpfenden Effekt. Allerdings liegt in mehrerer Hinsicht kein Markt vor:

1. Es wird vorgegaukelt, dass die PatientIn eine KundIn sei. Dem ist aber nicht so: „Niemand konsumiert Pflege, weil er das will und wählt. Kein Mensch fragt Pflege in einem Spital oder zu Hause nach, sondern braucht Pflege, weil er pflegebedürftig ist, weil er Fachkenntnisse der Pflegefachkräfte braucht, um seine Einschränkung oder Krankheit zu bewältigen, und zudem Unterstützung, weil er nicht in der Lage ist, sich selbst zu pflegen und seinen Alltag zu organisieren.“ (Madörin 2015, S.67)
2. Die PatientIn müsste (als KundIn in einem Markt) souverän zwischen mehreren Produkten wählen können. Es gibt aber kein Behandlungsprodukt, über dessen Eigenschaften die PatientIn Bescheid wissen kann, bevor sie es kaufen kann. Niemand weiß vorher, wie sich eine Behandlung auf die Gesundheit auswirken wird.
3. Es existiert kein Preis: Ein wichtiges Kennzeichen von Märkten sind Preise. Bei den festgelegten Pauschalen für eine bestimmte Pflegehandlung handelt es sich nicht um Preise, bei denen der Nutzen für die KundInnen miteinfließt, sondern um planwirtschaftlich-technokratisch festgelegte Beträge.

Damit sind wesentliche Bedingungen für einen funktionierenden Markt verletzt. Es erstaunt da-

her nicht, dass die USA als jenes Land, das die sogenannten „marktwirtschaftlichen“ Abrechnungssysteme schon seit längster Zeit anwendet, mit 16% den weltweit höchsten Anteil der Gesundheitskosten am BIP hat (Schweiz: 10,8%, Deutschland 10,4%) (Binswanger 2012, S. 190).

Die kastrierte Kompetenz. Gute Pflege ist keine einseitige, linear auf die PatientIn ausgerichtete Tätigkeit, sondern zeichnet sich durch eine gelungene zirkuläre Interaktion zwischen Pflegekraft und PatientIn aus. Dabei ist die PatientIn die „ProduzentIn“ ihrer Gesundheit, denn rund 85% der Hinweise für die medizinische Diagnose stammen von dem, was die PatientInnen sagen (Madörin 2015, S. 81). Die Pflegekraft ist „KoproduzentIn“ in der Hinsicht, dass sie die Erhaltung resp. Wiedererlangung der Autonomie, Kompetenz und Gesundheit fördert. Das ist eine ganz andere „Produktionsvoraussetzung“ wie jene in der Industrie, in der ArbeiterInnen und Roboter ein standardisiertes Produkt wie z. B. ein Auto herstellen.

Führt man nun standardisierte Leistungsverrechnungssysteme ein, dann wird diese zirkuläre Interaktionsbeziehung unterbrochen und gewaltsam linearisiert. Dabei bleibt der Mensch nicht mehr Mensch, sondern wird zum Objekt: Zuerst die Pflegekraft, die durch strikte lineare Zeitvorgaben und Zeirhythmen nicht mehr über die Autonomie verfügt, um Kompetenzen zu entwickeln. Das bekommen die PatientInnen zu spüren, die dann nur noch „abgespritzt“ oder wie ein Gegenstand von A nach B gehievt werden, anstatt dass sie in ihrer Gesundheits- und Kompetenzentwicklung unterstützt werden. Sowohl die Pflegekräfte als auch die PatientInnen erleiden durch die standardisierte Leistungsverrechnung massive Autonomie- und Kompetenzverluste. PatientInnen werden in den Betten gelassen, weil die verrechenbare Zeit eine notwendige Mobilisation und somit die Investition in die Kompetenzentwicklung nicht zulässt, was auf die Dauer den Pflegebedarf erhöht. Die Pflegekräfte erhalten andererseits durch das Leistungsverrechnungs-Korsett starken Druck hin zu einem abfertigen Verhalten. Das führt zu gewichtigen Motivationseinbrüchen und einer hohen MitarbeiterInnen-Fluktuation, die mit erheblichen Mehrkosten verbunden sind.

Misstrauen als Prinzip. Die heutigen Leistungsverrechnungssysteme sind von einem zutiefst negativen Menschenbild durchzogen. Douglas

McGregor hat in seinem Buch „The Human Side of the Enterprise“ den Theorie-X-Typ mit dem Theorie-Y-Typ kontrastiert. Beim Theorie-X-Typ geht man davon aus, dass Menschen die Arbeit nicht mögen; sie müssen angeleitet und angereizt werden, damit sie sich einsetzen, und vermeiden die Übernahme von Verantwortung; sie sind hauptsächlich durch Geld und die Angst vor dem Jobverlust motiviert. Sie sind nur dann kreativ, wenn es darum geht, die Regeln des Managements zu umgehen. Es gilt daher das Prinzip des Misstrauens. Das Besondere am Theorie-X-Typ ist, dass er weithin verbreitet, aber durch keine wissenschaftlich-empirische Evidenz nachweisbar ist (Pfläging 2015, S. 24 f.).

Kontrolle ist out, Vertrauen ist besser. Die niederländische Pflegeorganisation Buurtzorg (Nachbarschaftshilfe) ist der lebendige Beweis, dass der Theorie-X-Typ kein ehernes Naturgesetz ist. Buurtzorg wurde aus Unzufriedenheit mit der niederländischen Verrechnungspraxis, die ähnlich wie die in der Schweiz funktioniert, im Jahr 2007 gegründet. Abgerechnet wird mit der Krankenversicherung nicht nach einzelnen Pflegeleistungen, sondern nach Zeit. Bei der Gründung betrug die Zahl der Mitglieder vier, und heute, nicht einmal zehn Jahre später, sind es fast 10'000. Buurtzorg arbeitet in Teams von maximal zwölf Personen, die sich selber organisieren und auch über ein eigenes Budget verfügen (Lüthi 2015, S. 1732 f.). Durch die Selbstorganisation beträgt der administrative Aufwand lediglich 8% verglichen mit 25% der anderen Pflegeorganisationen. Dadurch können den Pflegefachkräften höhere Löhne bezahlt werden. Unter den Beschäftigten finden sich zu 70% diplomierte Pflegefachkräfte im Vergleich zu den 20% in anderen niederländischen Pflegeorganisationen.

Buurtzorg wurde bereits zum fünften Mal zum besten Arbeitgeber der Niederlande gewählt. Dadurch melden sich gute Arbeitskräfte von selber, und es entstehen nur niedrige Akquirierungs- und Fluktuationskosten. Auch die Pflegebedarfserhebung erfolgt in den Teams selbst, wodurch die Arbeit der externen Assessmentcenter überflüssig wurde. In den Teams wird ad hoc entschieden, was die PatientIn braucht. Den PatientInnen ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu ermöglichen, ist gelebte Praxis, was wahrscheinlich am meisten Kosten einspart. Alle diese genannten Faktoren machen die Arbeit





Die Autoren:



Dr. Richard Hennessey ist Volkswirt und beschäftigt sich als freier Mitarbeiter bei Human Impact mit der praktischen Anwendung von Erkenntnissen aus der Lebensqualitätsforschung. Er wohnt mit seiner Frau und seinen drei Töchtern in Schwarzenberg in Vorarlberg (AT).



Stefan Knobel ist von Beruf Pflegeexperte und Kinasthetics-Ausbilder. Er ist Präsident der stiftung lebensqualität und leitet verschiedene Entwicklungsprojekte.

von Buurtzorg weit wirtschaftlicher bei gleichzeitig höherer Pflegequalität als jene von anderen, vergleichbaren Organisationen. Dieses Beispiel belegt, dass die Theorie Y hier zutrifft: Gilt das Prinzip Vertrauen, dann macht Menschen die Arbeit Freude; sie sind in der Lage, sich selbst auf ein Ziel hinzuführen, das sie akzeptieren; sie suchen und übernehmen Verantwortung; sie sind motiviert, ihre Kompetenzen zu entwickeln, und sind kreative ProblemlöserInnen (Pfläging 2015, S. 24 f.).

Menschlicher und ökonomischer. Wie der Fall Buurtzorg zeigt, sind Kosteneinsparungen in der Pflege auf eine humane Art und Weise möglich, wenn die Leistungsabgeltung die zyklische Zeitökonomie der Pflege berücksichtigt und wenn von der energiefressenden und kostentreibenden Pyramidenorganisation auf Selbstorganisation umgestellt wird. Dasselbe zeigen Untersuchungen über Kinaesthetics-Implementierungen, die Kosteneinsparungs-Potenziale von bis zu 30% bei gleichzeitiger Erhöhung der Qualität ergeben haben (Lange-Riechmann 2015, S. 5).

Fazit – Vertrauen und Zeit. Will man Kosten sparen, dann sollte die Abrechnung auf kompetenzorientierte Interaktionen zwischen Pflegenden und PatientInnen abstellen. Diese sind von ihrem Wesen her nicht standardisierbar, und deshalb ist die gegenwärtige Leistungsverrechnung für diesen Zweck ungeeignet. Eine Abrechnung auf Basis der tatsächlich benötigten Zeit wäre nicht nur menschlicher, sondern auch ökonomischer. Und im Zentrum muss ein Menschenbild stehen, das nicht auf Misstrauen, sondern auf Vertrauen beruht.

Literatur:

- › **Baumol, W.; De Farranti, D.; Malach, M. (2012):** The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. Yale University Press, New Haven, CT. ISBN 978-0-300-17928-7
- › **Binswanger, M. (2012):** Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Verlag Herder, Freiburg. ISBN 978-3-451-30348-7
- › **Lange-Riechmann, L. (2015):** Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics und die Bedeutung für Diakonie und Gesundheitsökonomie. Steinbeis-Edition, Stuttgart. ISBN 978-3-95663-031-6
- › **Madörin, M. (2015):** Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus Sicht der Pflege. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur. ISBN 978-3-9524121-2-1
- › **Pfläging, N. (2015):** Organisation für Komplexität. Wie Arbeit wieder lebendig wird – und Höchstleistung entsteht. Redline Verlag, München. ISBN 978-3-86881-570-2
- › **Lüthi, D. (2015):** Revolution in der ambulanten Pflege. Buurtzorg: Jos de Blok stellt in Olten sein Erfolgsmodell aus Holland vor, in: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 96, S. 1732 – 1733.

Die Finanzierung der Langzeitpflege in Deutschland – Erfahrungen und Neuerungen

Die Finanzierung der häuslichen Pflege in Deutschland ist geregelt durch das Sozialgesetzbuch SGB XI. Bislang wird der Bedarf über Pflegestufen geregelt. Diese richten sich nach dem jeweiligen Pflegeaufwand. Dies wurde dem realen Bedarf oftmals nicht gerecht. Anpassungen sollen durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I–III geschehen. Seit dem Jahr 2015 ist das PSG I in Kraft. Mit dem PSG II wird sich ab 2017 auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff ändern. Mit der Überarbeitung dieses Begriffs werden die Pflegestufen in Pflegegrade überführt, die sich über den Grad der Selbstständigkeit definieren. Dies bietet Chancen sowohl für die betroffenen Menschen als auch für die versorgenden Einrichtungen. **Maren Asmussen** hat **Dirk Tietz**, Leiter einer ambulanten Pflegeeinrichtung und Kinaesthetics-Trainer, dazu interviewt.

Maren Asmussen: Was war der Anlass für die Anpassungen durch die weiteren Pflegestärkungsgesetze?

Dirk Tietz: Für Menschen mit einer demenziellen Veränderung gab es wenig Möglichkeiten, in die bisherigen Pflegestufen aufgenommen zu werden. Das war der Anlass, weshalb man diese PSG auf den Weg gebracht hat, sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Die finanziellen Verbesserungen des PSG I werden weiter ausgebaut. Die Verbesserungen finden nicht nur für die privat Pflegenden statt, sondern auch die Einrichtungen können mehr Leistungen anbieten, weil höhere Geldsätze zur Verfügung stehen.

Maren: Wie hast du bisher die Situation wahrgenommen? Was ist die Problematik?

Dirk: Wir hatten bislang den Pflegebedürftigkeitsbegriff, der die Voraussetzung bildete, dass jemand Anspruch auf eine Pflegestufe hatte. Es heißt dort, dass jemand, der aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei immer wiederkehrenden Verrichtungen im Leben eingeschränkt ist, einen Anspruch auf eine Pflegestufe hat, wenn diese Einschränkungen länger als sechs Monate bestehen. Das wurde bislang am Zeitbedarf, den ein Mensch für eine Verrichtung braucht, gemessen. Häufig entsprach dies jedoch nicht dem Zeitbedarf, der real benötigt wurde. Es wurde das Zeitfenster des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung genommen, in das einzelne Leistungen einsortiert werden können. Wenn ich als Pfleger z. B. morgens bei einer Person mit dem Waschen am Waschbecken beschäftigt bin und dafür 25 Minuten brauche, dann kann es trotzdem sein, dass bei der Begutachtung nur 12–15 Minuten als Zeitfenster dafür angegeben sind. Dies kann dazu führen, dass es aufgrund

dieser unterschiedlichen Zeiten bei einer Person letztlich zu gar keiner Pflegestufe reicht oder eben die Pflegestufe nicht dem eigentlichen Unterstützungsbedarf gerecht wird.

Bei den neuen Pflegegraden haben wir einen Paradigmenwechsel. Es geht nicht mehr darum, auf die Krankheit und auf das Nichtvorhandensein von Fähigkeiten zu schauen, sondern es geht mehr um Selbstständigkeit und die Fähigkeiten, die ein Mensch noch hat. Es wird nicht mehr auf die Zeiten, sondern auf die Kompetenzen geschaut. Und man findet Instrumente, mit denen man die Pflegegrade einschätzen kann.

Maren: Es wird also der Grad der Selbstständigkeit erfasst. Und daraufhin wird eine Einschätzung gegeben, wie viele Gelder zur Verfügung stehen?

Dirk: Es geht zukünftig in diesem Begutachtungsassessment um den Grad der Selbstständigkeit mit den Kriterien „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“. Diese Kriterien sind festgelegt und finden Anwendung in neu definierten Modulen. Man hat sechs definiert, die ausschlaggebend für die Begutachtung sind. Es geht 1. um die Mobilität, 2. die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, 3. die Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. die Selbstversorgung, 5. die Bewältigung von respektive den selbstständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie 6. die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Das sind die sechs Bereiche oder Themenfelder, die zukünftig begutachtet werden. Darüber hinaus werden noch außerhäusliche Aktivitäten und die Haushaltsführung miteinbezogen.





Der Interviewpartner:

Dirk Tietz ist Leiter des Caritas-Pflegedienstes in Melle (D) und Kinaesthetics-Trainer.

Maren: Welche Herausforderungen ergeben sich daraus?

Dirk: Menschen mit einer Pflegestufe kommen automatisch in einen höheren Pflegegrad. Zukünftig müssen wir schauen, dass es nicht mehr um die zeitlichen Defizite geht, wenn wir Personen hinsichtlich der Einstufung beraten, sondern dass wir unter Zuhilfenahme dieser Themenfelder schauen, was jemand tatsächlich noch kann und wobei er Unterstützung braucht. Diese Einschätzungen sind von einem Zeitfenster unabhängig, es geht nur noch um die Selbstversorgungskompetenz. Darauf umzustellen, wird die größte Herausforderung sein.

Maren: Muss eine ambulante Einrichtung ihr Angebot nun erweitern?

Dirk: Theoretisch ist es vom Gesetzgeber so vorgesehen, aber wie sich das in Zukunft konkret ausprägen wird, steht noch nicht fest. Es wird in den verschiedenen Bundesländern in den sogenannten Leistungskomplexen festgelegt werden. In Niedersachsen haben wir das System der Leistungskomplexe, in denen einzelne pflegerische Handlungen hinterlegt sind. Das kann aber in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich ausfallen.

Maren: Kannst du mir das konkret erläutern?

Dirk: Zum Beispiel gibt es in Niedersachsen u. a. den Leistungskomplex „Große Pflege 1“. Das bedeutet eine Ganzkörperwäsche, Hilfe beim An- und Ausziehen sowie beim Toilettengang. Das sind die abrechenbaren Leistungen, für die wir eine feste Geldsumme bekommen. Zukünftig kann ich das als Pflegeperson differenzierter betrachten. Ich beschreibe dann in meiner Planung, worauf ich bei der Körperwäsche achte. Das geht auch einher mit der neuen Pflegeplanung und der Entbürokratisierung der Pflege, weil Pflegedienste weg von standardisierten Beschreibungen hin zu individuellen Situationsdarstellungen gehen können.

Maren: Kann Kinaesthetics-Kompetenz hier eine Unterstützung bieten?

Dirk: Ich denke schon. Wir schauen ja mit Kinaesthetics als erstes darauf, welche Kompetenzen der Betroffene hat und wie man ihn in ihrer Entwicklung unterstützen könnte, und nicht darauf, was er nicht kann. Für Kinaesthetics-AnwenderInnen ist es grundsätzlich einfacher, das neue System anzuwenden oder auch in

diesem System beratend zur Seite zu stehen. Es versucht das umzusetzen, womit wir uns in Kinaesthetics sowieso beschäftigen. Auch viele Begrifflichkeiten und Inhalte wie z. B. der Expertenstandard „Mobilität“ sind uns geläufig. Gerade der präventive Gedanke soll auch durch das PSG gefördert werden, und hier haben wir darüber hinaus auch mehr Möglichkeiten, KlientInnen gezielt und bewusst anzuleiten.

Maren: Wird zukünftig vermehrt die Kompetenz der qualitativen Beschreibung gebraucht?

Dirk: Ja, insbesondere durch die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation kommt der Pflegefachlichkeit die Bedeutung zu, Kompetenzen von KlientInnen zu beschreiben. Die Kinaesthetics-Perspektive hilft, vom defizitorientierten zum kompetenzorientierten Beschreiben zu gelangen.

Maren: Welche Veränderungen ergeben sich für die pflegenden Angehörigen durch die neue Begutachtung?

Dirk: Die pflegenden Angehörigen haben zukünftig mehr Anspruch auf Beratung. Das heißt, insgesamt erfährt man in diesem Bereich einen Ausbau der Leistung. Die neue Begutachtungsrichtlinie zielt auch darauf ab, präventiv wirken zu können. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu schauen, ob es mehr Möglichkeiten für häusliche Schulungen gibt.

Maren: Was wünschst du dir bezüglich Beratung und Schulung?

Dirk: Was ich mir wünsche, ist, dass die Betroffenen gut aufgeklärt werden. Das ist ein komplexes Thema, das ich bei meinen Beratungsterminen immer wieder mitbekomme. Ich finde es auch wichtig, dass wir lernen, über den Tellerrand zu schauen. Dass wir nicht nur das behandeln, wenn wir fachlich kompetent beraten wollen, was wir gut können, sondern auch andere Stellen miteinbeziehen und Querverweise zu diesen herstellen. Die Betroffenen und Angehörigen sollen wissen, dass sie gut und umfassend informiert und beraten werden.

Maren: Wofür engagierst du dich persönlich am liebsten?

Dirk: Beratungssequenzen bei pflegenden Angehörigen machen mir unwahrscheinlich Spaß. Dort kann ich mein Kinaesthetics-Know-how immer gut einbringen.

Links zum PSG II:

www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/gesetz/index_14053.htm

www.pflegestaerkungsgesetz.de