

# Ökonomisierung oder am Menschen orientierte Pflege?

## Warum wir einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik brauchen

Von Dr. rer. cur. Markus Mai und Torsten Wegmann, M.Sc.

Das Thema Pflege ist derzeit in aller Munde. Nicht nur die regelmäßig durch die großen Medien dringenden repräsentativen Umfragen, welchen Themen die Deutschen derzeit eine hohe Bedeutung beimessen, führen der Politik vor Augen, dass eine Vernachlässigung des Pflegesektors die Wählergunst erheblich beeinflussen kann. Mittlerweile ist offenkundig geworden, dass sich das Pflegesystem am Rand eines Kollapses befindet. Jeder Mensch kommt früher oder später mit Pflege in Berührung. Ob nun die Großeltern pflegerische Unterstützung benötigen, ein Krankenhausaufenthalt das Gefühl des ‚Ausgeliefert sein‘ vermittelt und die Bedeutung einer empathischen Pflege offenbart oder womöglich das eigene Kind auf dauerhafte oder temporäre Pflege angewiesen ist. Wenn gesellschaftliche und systembedingte Rahmenbedingungen dazu führen, dass die berufliche Pflege an die Grenzen der Aufrechterhaltung des Wesens einer guten und professionellen pflegerischen Versorgung gelangt, müssen die Folgen also von allen und jedem einzeln getragen werden. Dies ist in das gesellschaftliche und damit auch politische Bewusstsein gerückt. Beispielsweise fiel kürzlich der Startschuss für die „Konzertierte Aktion Pflege“ der Bundesregierung, mit der Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU), Familienministerin Franziska Giffey (SPD) und Arbeitsminister Hubertus Heil (SPD) innerhalb eines Jahres Pläne für attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege vorlegen wollen. Ziel ist, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar zu verbessern, die Pflegefachpersonen zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken. In fünf Arbeitsgruppen sollen hierzu, zusammen mit Akteuren des Sozialsystems und der Pflege, konkrete Maßnahmen erarbeitet werden.

Wir erleben also derzeit, dass die Politik sich das Thema Pflege auf die politische Agenda geschrieben hat. In erster Linie haben die diskutierten und zum Teil schon verabschiedeten Maßnahmen und Gesetze ein Ziel: Den Fachkräftemangel beseitigen. Die Ansätze reichen dabei von der Absenkung von Ein-

stiegshürden (Absenkung der Mindestqualifikation) bis hin zu ersten Ansätzen einer systemischen Veränderung. Freilich jedoch sind die Interessensdivergenzen sehr groß und zum Teil scheinen sie ohne einen umfangreichen und derzeit nicht überall erkennbaren politischen Willen nicht überwindbar.

Die Problemlagen sind vielschichtig. Ebenso vielschichtig und mutig müssen auch die Lösungsansätze sein.

Die Pflege sieht sich einer Veränderung der Patientenstruktur und der Komplexität der Fälle gegenüber. Dies liegt an einer Kombination aus medizinischem Fortschritt und demographischen Wandel. Eine immer älter werdende Gesellschaft, die selbstverständlich auch in den älteren Kohorten eine maximale medizinische und pflegerische Betreuung bekommt, führt zu einer steigenden Anzahl an multimorbiden und dementiell erkrankten Patienten. Kurz gesagt, die professionelle Pflege wird immer komplexer. Die moderne Pflege muss dieser Entwicklung Rechnung tragen. Gleichzeitig sehen wir uns dem generellen Trend der Ökonomisierung im Gesundheitswesen gegenüber.

### Generelle Strukturprobleme im Gesundheitswesen

Seit den frühen 1990er Jahren, insbesondere dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), später auch dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), haben wir in der Gesundheitspolitik einen Paradigmenwechsel hin zu einer Reihe von gesetzlichen Regelungen zu einer stärkeren Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen erlebt. Ein Kernproblem, dem wir uns gegenübersehen und aus dem sich eine Vielzahl von problematischen Entwicklungen ergeben ist, dass der Markt als Steuerungsinstrument nicht mit Zielen unseres Gesundheitswesens, nämlich der Sicherstellung einer guten Versorgung für alle Menschen, vereinbar ist. Denn wesentliche Voraussetzung für eine größtmögliche Nutzenmaximierung des

Individuums (dies ist die Grundannahme für einen funktionierenden Markt) und damit auch der Gesellschaft ist es,

- dass die Konsumenten informiert sind, d.h. Informationen verfügbar und verständlich sind,
- dass die Konsumenten die Folgen Ihrer Entscheidung abschätzen können sowie
- dass die Konsumenten rational entscheiden.

In der pflegerischen Versorgung ist die Rationalität der Wahlentscheidung jedoch eingeschränkt. Pflegebedürftigkeit tritt häufig kurzfristig auf, Entscheidungen werden somit kurzfristig getroffen und die Entscheidungsfähigkeit damit eingeschränkt. Rational wäre es, die Entscheidung beispielsweise zwischen Pflegesachleistung und Pflegegeld oder einen bestimmten Anbieter in der ambulanten oder auch der stationären Versorgung langfristig vorzubereiten. Erschwerend kommt hinzu, dass der Zugang zu pflegerischen Leistungen in hohem Ausmaß von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängt (Subsidiäres Teilkaskoprinzip der Pflegeversicherung).

Weiterhin ist auch die Konsumentensouveränität bei Pflegebedürftigkeit eingeschränkt. Beispielsweise sind die Präferenzen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nicht zwingend deckungsgleich und die Interessen von Sozialhilfeträgern und Pflegebedürftigen gegensätzlich. Auch die Tendenz zum Preiswettbewerb anstelle eines Qualitätswettbewerbs schränkt die Konsumentensouveränität ein. Dies rührt daher, dass die Verfügbarkeit von Informationen für den Konsumenten massiv eingeschränkt ist. Qualitätsinformationen, die veröffentlicht werden, bilden die Unterschiede in der Qualität bislang nicht hinreichend ab, es gibt keine bundesweite Standardisierung bei den Prüfungen der Heimaufsicht und detaillierte Qualitätsberichte werden oft nicht veröffentlicht. Qualitätsunterschiede werden somit verschleiert. Damit bleibt dem Konsumenten nur der Preis als einzig aussagefähigen Vergleichsparameter.

Ein erster Ansatz, hier für eine Verbesserung zu sorgen, könnten die Qualitätsindikatoren sein, die die MDK Prüfnote ablösen sollen. Ab Januar 2019, so das SGB XI, gelten neue Verantwortlichkeiten und Prüfmodi. Der MDK hat bereits angekündigt, dass es zukünftig verpflichtend sein wird, dass in allen Pfl-

geheimen für alle Bewohner Ergebnisindikatoren erhoben werden, um hierdurch einen Überblick über den Stand in den einzelnen, relevanten Qualitätsindikatoren zu erarbeiten. Auch sollen Dokumentationsdefizite in der Zukunft keine Rolle mehr bei den Qualitätsbewertungen spielen. Sie sind nur noch ergänzende Informationen. Genaue Ergebnisse stehen jedoch noch aus.

Die Öffentlichkeit nimmt das Problem nun stärker wahr. Hierdurch wird der Druck auf die politischen Entscheidungsträger erhöht. Das ist ein wichtiger Aspekt, denn wir wissen, dass eine gute Versorgung für alle Menschen nicht alleine durch den freien Markt sichergestellt werden kann. Wir brauchen gesetzliche Regelungen und sowohl staatliche Mittel, als auch Mittel aus den Sozialversicherungen, wenn wir gute Pflege und damit eine gute Versorgung für unsere Eltern, Großeltern, Kinder und natürlich auch uns selbst wollen.

Auch das genuine Wesen der Pflegenden ist oftmals weit entfernt von marktwirtschaftlichem Denken. Die professionelle Pflege verfolgt ein ganzheitliches Menschenbild. Deshalb sind wirtschaftliche Interessen und wirtschaftlicher Druck, wie er in jedem Krankenhaus, in jedem Altenwohnheim und in jedem ambulanten Pflegedienst bis zu den Pflegekräften durchgereicht wird, nicht mit dem Selbstbild der Pflegenden vereinbar. Dies erhöht oftmals die Frustration darüber, dass die Rahmenbedingungen stetig auf dem Rücken der Pflegenden und ihrer professionellen pflegerischen Arbeit rationalisiert und eingeschränkt werden. Besonders deutlich wird dies vor allem bei so manchem privaten Träger. Hier werden Teils hohe zweistellige Prozentzahlen an Dividenden an Investoren ausgeschüttet, anstatt in die Versorgungsqualität zu investieren.

### **Private Krankenversicherung**

Das duale System von GKV und GPV sowie privater Kranken- und Pflegeversicherung stellt gegebenenfalls eine weitere große Last für die Nachhaltigkeit eines am Gemeinwohl orientierten Gesundheitswesens dar. Die Risikoselektion der privaten Anbieter führt nicht nur zu einer nicht begründbaren Ungleichbehandlung zwischen verschiedenen Versicherten Gruppen, sondern aus gesundheitsökonomischer Sicht auch zu allokativen Fehlanreizen. Das derzei-

tige Niedrigzinsumfeld macht es für die privaten Vollversicherer außerdem zunehmend schwer bei explodierenden Kosten noch Gewinne zu erwirtschaften. Aufrechterhalten wird dieses System oftmals von den ebenfalls nicht begründbaren Regelungen für die Beihilfe bei Beamten. Diesen steht es nur mit finanziellen Einbußen offen, sich gesetzlich zu versichern. Um einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander zu schaffen und damit die Ungleichbehandlung verschiedener Versichertengruppen, die allokativen Fehlanreize und die Risikoselektion zu beheben, stellt sich die Frage, ob die Integration der beiden Versicherungssysteme sowie eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu besseren Lösungen führen würde.

### **Finanzierung**

Die Mehreinnahmen im Solidarsystem GKV-GPV durch die Ausweitung der Beitragszahler wären nicht nur eine große finanzielle Entlastung, sondern könnten den Ausbau der bisherigen Leistungen ermöglichen. Selbstverständlich denken wir hier an eine Ausweitung der Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Dies ist ein Pfeiler einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der pflegerischen Versorgung. Traditionell ist in Deutschland die Familie für die pflegerische Versorgung zuständig. Dies hat in Zeiten, in denen traditionell noch mehrere Generationen unter einem Dach gewohnt haben und ein Ehepartner im Haushalt verblieb funktioniert. In Zeiten der Individualisierung und der Gleichberechtigung entspricht dieses Paradigma oft nicht mehr der Lebensrealität der Menschen. Die subsidiäre Pflegeversicherung kann der Lebenswirklichkeit der Menschen bei der Finanzierung der pflegerischen Leistungen nicht gerecht werden. Wir brauchen also mittelfristig eine umfängliche, gesetzliche „Vollkasko“-Pflegeversicherung. So kann sich jeder im Bedarfsfall darauf verlassen, eine gute, professionelle und hohen Ansprüchen genügende pflegerische Versorgung zu erhalten. Ohne dabei ein über ein Leben lang erarbeitetes Vermögen zu verzehren oder gar im Alter auf Sozialhilfe angewiesen zu sein.

### **Pflege und DRGs**

Wir erleben momentan bereits erste zarte Ansätze, die die Finanzierung der Pflege reformieren. Sicher-

lich ist ein wesentlicher Punkt das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das am 1. August 2018 das Bundeskabinett passiert hat und – nachdem der Bundestag und der Bundesrat zugestimmt haben – am 1. Januar 2019 in Kraft treten soll. Neben einer vollständigen Refinanzierung jeder zusätzlichen Pflegegestelle im Krankenhaus durch die Kostenträger (GKV und PKV) sollen unter anderem 13.000 neue Stellen in der stationären Altenpflege geschaffen werden und diese von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Darüber hinaus ist ein umfangreiches Maßnahmenpaket geplant, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Dies reicht von einer Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung bis hin zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Ab 2020 soll die Finanzierung der Pflege, zumindest in Krankenhäusern, anschließend grundsätzlich neu geregelt werden. Bisher waren die pflegerischen Leistungen in den Diagnosis Related Groups (DRGs), also den Fallpauschalen für bestimmte Diagnosen im Krankenhaus, unabhängig vom eigentlichen Pflegebedarf des Patienten, enthalten. Krankenhäuser hatten damit einen Anreiz, am Pflegepersonal zu sparen, um ihre Gewinne zu maximieren. Das soll sich jetzt ändern, indem die Pflege künftig unabhängig von den Fallpauschalen vergütet wird. Jedes Krankenhaus bekäme dann ein eigenes Budget für Pflege, das seine realen Kosten deckt.

### **Personalbedarfsbemessung – Personaluntergrenzen**

Weiterhin sieht das PpSG vor, Personaluntergrenzen in Krankenhäusern einzuführen und streng kontrollieren zu lassen. Im vergangenen Jahr waren die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband vom Gesetzgeber bereits damit beauftragt worden, bis zum 30. Juni 2018 Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Abteilungen zu bestimmen. Nach langen und kontroversen Diskussionen lag am Ende der Vorschlag auf dem Tisch, dass die Grenze zwischen einem ausreichenden und einem nicht mehr ausreichenden Pflegepersonalbestand bei den unteren 25 Prozent der deutschen Krankenhäuser gezogen werden sollte (Perzentilenansatz). Demnach hätten die 25 Prozent der Krankenhäuser, die am wenigsten Pflegepersonal be-

schäftigen, unterhalb der Untergrenzen gelegen. Diesem Vorschlag wollte der DKG-Vorstand nicht zustimmen.

Der Vorstoß von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Personaluntergrenzen von Seiten des Ministeriums zukünftig per Rechtsverordnung festzulegen ist sehr begrüßenswert. Besonders erfreulich ist, dass das Gesundheitsministerium zudem beabsichtigt, die Personaluntergrenzen in allen Pflegebereichen einzuführen und nicht nur in den sogenannten ‚pflegesensitiven‘ Abteilungen.

Die Personaluntergrenzen müssen sich dabei allerdings unbedingt an pflegewissenschaftlichen und fachlichen Standards orientieren. Hierbei spielt vor allem die Versorgungsqualität eine Schlüsselrolle. Der Perzentilenansatz hingegen ist äußerst kritisch zu bewerten. Wenn die Grenze zwischen ausreichender und nicht mehr ausreichender Pflegepersonal-ausstattung willkürlich anhand eines gewissen Prozentsatzes von Krankenhäusern gezogen würde, führten die damit verbundenen Sanktionen zwangsläufig zu einer Ausdünnung der Krankenhausedichte. Damit erhöht sich gerade im ländlichen Raum die Gefahr von Versorgungslücken für die Bevölkerung. Daneben ist die Berechnungsgrundlage bzw. die herangezogenen pflegebezogenen Ergebnisindikatoren aus pflegewissenschaftlicher Perspektive für das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem nicht anwendbar. Messinstrumente müssen grundsätzlich zur Messung geeignet sein. Es würde ja auch niemand auf die Idee kommen, die Körpertemperatur mit einem Maßband zu messen.

Die Personalausstattung ist ein wichtiger Faktor für die Pflegequalität. Sowohl der GKV-Spitzenverband, als auch die DKG verfolgen jedoch, systembedingt, spezifische wirtschaftliche Interessen. Gesundheitsminister Spahn und das Ministerium sind in deutlich höherem Maße von der politischen Agenda abhängig und verfolgen entsprechende Ziele. Deshalb ist der wachsende gesellschaftliche Druck zum Thema Pflege ein guter Hebel, einen Paradigmenwechsel in der Gesundheits- und Pflegepolitik voranzutreiben. Dies stimmt uns auch hoffnungsvoll, dass wir am Ende eine gute ERSTE Lösung zur flächendeckenden Einführung von Personaluntergrenzen finden. Selbstverständlich muss die berufsständische Selbstverwaltung der Pflegenden bei diesem Prozess umfassend beteiligt werden.

Der Gesetzesentwurf ist für das Pflegepersonal im Krankenhaus ein gutes Signal. Im Bereich der Altenpflege ist das PpSG jedoch in seinen Regelungen deutlich unzureichend. Die 13.000 geplanten zusätzlichen Pflegestellen in der stationären Altenpflege sind immer noch deutlich zu wenig. Darüber hinaus sind in diesem Entwurf einige Passagen klar zum Nachteil des Personals enthalten. Es ist offensichtlich, dass starke Lobbyvertretungen auf Öffnungsklauseln hingewirkt haben, die so nicht zu akzeptieren sind. So sollen Einrichtungen, die sich nachweislich bemüht haben Fachpersonal zu finden auch Pflegehilfskräfte einsetzen können. Der Gesetzesentwurf sieht bei dieser Regelung weder eine zeitliche, noch eine mengenmäßige Komponente vor, so dass diese Ausnahme mit wenig Aufwand zur Regel gemacht werden könnte. Die zusätzlich geschaffenen Stellen werden zur Unterstützung der Behandlungspflege gebraucht, hier Pflegehilfskräften einzusetzen geht klar am Ziel vorbei, gefährdet die Versorgung und ist daher strikt abzulehnen.

### **Nachholbedarf bei der ambulanten Pflege**

Den größten Nachbesserungsbedarf des Gesetzesentwurfs hat jedoch die ambulante Pflege. Eine bessere Honorierung der Wegzeiten im ländlichen Raum ist gut und schön, entlastet die Kollegen aber nur minimal. Dieser Bereich der Versorgung müsste ebenfalls mit mehr Personal ausgestattet werden, ansonsten drohen gravierende Versorgungsengpässe. Wenn hier keine rasche Änderung eintritt, werden die Kollegen – verständlicherweise – in Bereiche der Pflege abwandern, die durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz profitieren. Die ambulante Versorgung wird so strukturell benachteiligt.

### **Ökonomisierungstrend im Gesundheitswesen**

Der gesellschaftliche Wille, sich auf ein Gesundheitssystem verlassen zu können, das eine am Menschen orientierte Versorgung aktiv fördert, ist überall zu vernehmen.

Ökonomisierung ist ein genereller Trend, der in vielen Bereichen zu Wohlstand, internationalen Partnerschaften und Sicherheit beitragen kann. In unserem Gesundheitswesen jedoch ist sie nicht nur deplatziert, sondern auch schädlich.

Wir bewegen uns nun mal nicht als rational handelnder Homo Oeconomicus durch unser Leben. Pflege



bedeutet immer auch Schicksalsschlag. Pflege ist hochemotional und benötigt Menschlichkeit und Empathie. Der Umgang einer Gesellschaft mit der professionellen Pflege ist gleichsam ein Spiegel des Umgangs einer Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern, mit Alten und Kranken.

Die Politik reagiert auf den wachsenden Unmut und die Versorgungsproblematiken, die der Ökonomisierungstrend im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten ausgelöst hat. Dies wird durch die generelle öffentliche, politische Debatte deutlich, durch ihre Umsetzung in die Gesetzgebung und schlussendlich auch durch die wachsende Bedeutung der berufsständischen Selbstverwaltung.

Wir erleben den Aufbau weiterer Pflegekammern in Deutschland mit einer Dynamik, die deutlich macht, dass das Thema Pflege in den gesellschaftlichen Fokus gerückt ist. Die Pflegenden in Baden-Württemberg haben sich jüngst für die Errichtung einer Pflegekammer entschieden. In Hessen läuft derzeit die Abstimmung und in Nordrhein-Westfalen werden die beruflich Pflegenden noch in diesem Jahr über eine

Pflegekammer entscheiden. Zusammen mit den bereits etablierten und in Gründung befindlichen Pflegekammern formiert sich hier ein starker Berufsstand. Dieser wird den politischen und fachlichen Druck auf Landes- und auf Bundesebene in die Entscheidungsprozesse tragen. Wir werden der neue starke Player im Gesundheitswesen. An diesem wird zukünftig keiner mehr vorbeikommen. Schlussendlich muss sich jedoch jeder die Frage beantworten: Was ist uns gute Pflege wert?



Fotos: Landespflegekammer RLP  
Markus Mai



Torsten Wegmann