



Katarzyna Balasiewicz/photographie.eu

Gut getroffen durch Kompetenzorientierung

Das aktuelle Pflegegeld gibt aufgrund seiner Defizitorientierung starke Signale, die Menschen unselbstständigkeitsfördernd zu pflegen. Zusammen mit der pauschalierten Leistungsverrechnung ergibt sich ein Teufelskreis, der dazu führt, dass der Pflegebedarf und damit die Kosten steigen sowie die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Patienten sinken. Doch es gibt Alternativen.

Teil 2: Grundlagen eines neuen Pflegegeldmodells.

Richard Hennessey, Stefan Knobel

Wie in Teil 1 im vorigen Heft beschrieben, ist das derzeitige Pflegesystem aufgrund des Pflegegeldes und der pauschalierten Leistungsverrechnung defizitorientiert und verstärkt negative Verhaltensmuster wie die gelernte Abhängigkeit. Die Folge: In den Pflegeheimen werden die Menschen in die Betten gepflegt, anstatt zur möglichen Selbstständigkeit angeleitet. Das verursacht eine sinkende Lebensqualität für die Klienten und steigende Kosten für das Sozialsystem. Dieser negativen Entwicklung zugrunde liegt ein defizitäres Menschenbild, welches mit dem Begriff der „Plastizität“ des Gehirns wissenschaftlich hinterfragt wird. Das Altern ist nicht zwingend ein Verfallsprozess, sondern kann positiv entwickelt werden. Das Gehirn lässt sich in seinen Funktionen bis ins hohe Alter hinauf erhalten und es können sogar neue Hirnzellen entstehen. Es ist fähig, sich an Herausforderungen, die im gesunden und im kranken Zustand zu bewältigen sind, anzupassen.¹

Die Genfer SWILSO-O²-Längsschnittstudie weist darauf hin, dass sogar von den 84- bis 89-jährigen Menschen fast vier Fünftel ein selbstständiges Leben führen können und mobil sind. Auch ältere Menschen können Kompetenzen entwickeln und wieder selbstständiger werden, sodass sogar die Gruppe der 80- bis 89-jährigen einen Teil ihrer Selbstständigkeit wieder zurückgewinnen konnte und dadurch mobiler wurde.³ In der „Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie“ wird den Betagten eine hohe Selbstständigkeit attestiert: 91,2 Prozent gaben an, sich selber anziehen zu können, 85,6 Prozent können ohne

Unterstützung eine Stiege mit mindestens zehn Stufen steigen und 76,6 Prozent können selber einkaufen gehen.⁴ Das Potenzial wäre also da und könnte entwickelt werden, wenn man auf die Ressourcen und Kompetenzen der Menschen blicken würde.

Das kompetenzorientierte Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Es ist wie das bekannte Beispiel mit dem halbleeren und dem halbvollen Glas. Betrachtet man das ATL-Modell defizitär, dann sieht man die Unselbstständigkeit, betrachtet man es plastizitätsorientiert, dann fokussiert man auf die Entwicklung von Kompetenzen und eine mögliche Selbstständigkeit. Die plastizitätsorientierte Sicht bedeutet also, Kompetenzen in den ATLs zu aktivieren, damit Selbstständigkeit und Lebensqualität entstehen. Darin bestünde sowohl menschlich als auch ökonomisch ein riesiges Potenzial. Ein solches kompetenzorientiertes Modell der ATLs fragt daher, was der ältere Mensch kann und in welchem Maße er in der Zukunft selbstständig sein könnte. Das ist der entscheidende Perspektivenwechsel. Um diesen Paradigmenwechsel umzusetzen, sind zwei Wege möglich.

Kompetenzorientierte und selbstorganisierte Arbeitsweise

Aus Unzufriedenheit mit der niederländischen Praxis der Leistungsverrechnung gründete der Pflegefachmann Jos de Blok mit drei weiteren Mitarbeitern im Jahre 2007 die ambulante Pflege-

organisation Buurtzorg (Nachbarschaftshilfe). Heute, nicht einmal zehn Jahre später, beträgt die Anzahl der Mitarbeitenden nahezu 10.000 und diese Organisation arbeitet nicht nur qualitativ besser, sondern auch wirtschaftlicher als seine Konkurrenten. Buurtzorg wirkt in Teams von maximal zwölf Personen, die sich selber organisieren und auch über ein eigenes Budget verfügen.⁵ Gelebte Praxis ist es, den Patienten ein selbstständiges Leben zu ermöglichen. Die Pflegeteams entscheiden professionell vor Ort, was die Patienten brauchen. Der administrative Aufwand beläuft sich durch die Selbstorganisation auf lediglich acht Prozent, verglichen mit dem holländischen Durchschnitt von 25 Prozent. Buurtzorg bezahlt höhere Löhne als die Konkurrenzorganisationen und beschäftigt 70 Prozent diplomierte Fachkräfte (holländischer Durchschnitt: 20%). Der Abwesenheit von klassischem Management und einem Verrechnungssystem, welches auf dem individuellen und tatsächlichen Zeitbedarf pro Patient basiert, ist es zu verdanken, dass dort die Pflege nicht durch kontraproduktive monetäre Anreize verdorben wird.

Das kompetenzorientierte Pflegegeld

Am schönsten wäre es, wenn sich, wie in den Niederlanden, spontan eine selbstorganisierte Pflegeinstitution wie Buurtzorg bilden und einen Systemwandel in der Pflege einläuten würde. Ein solches Erfolgsmodell lässt sich aber nicht problemlos von einem nationalen Rahmen in den anderen transferieren.⁶ Eine mögliche Rahmenbedingung wäre die Einführung eines kompetenzorientierten Pflegegeldes, welches einen solchen Systemwandel zum Leben erwecken könnte.

Zuerst müsste aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen der Einrichtung und dem älteren Menschen aber auch zwischen der Einrichtung und dem Staat eine professionelle Instanz, ein

Die letzten Jahrzehnte sind durch eine Ökonomisierung des Gesundheitssektors gekennzeichnet.

Assessment-Center (AC), zwischengeschaltet werden. Dieses würde die aktuell praktizierte ärztliche Begutachtung, welche nur darauf schaut, was der Klient nicht mehr kann, ablösen. Der Hauptfokus des AC würde darin liegen festzustellen, was für Kompetenzen er wieder erlangen könnte und was für ein Pflegebedarf daran geknüpft ist. Wenn alle Beteiligten über die „Plastizitäts-Informationen“ verfügen, werden sie vermutlich auch stärker eine rehabilitative Leistung einfordern. Das AC würde dann der Einrichtung ein Entwicklungsziel vorgeben. Wie die Einrichtung dieses Entwicklungsziel erreicht, bleibt ihr überlassen. Mit der Vorgabe von Entwicklungszielen würde das AC auch den notwendigen Umfang des Pflegegeldes, welches der einzelne Klient benötigt, bestimmen. Studien aus den USA und Australien belegen, dass individuell angepasste Lösungen (Maßnahmen und das zugehörige Budget) kurzfristig teurer sein können, mittelfristig aber nicht nur effektiver, sondern auch kosteneffizienter sind.⁷ Auch eine deutsche Studie zur Wirksamkeit und ökonomischen Effizienz von Kinaesthetics belegt diese Tatsache.⁸ Die

Einrichtungen müssten dann auch ihre Dokumentations- und Abrechnungssysteme auf die Wirkungen (Outcomes/Impacts) umstellen.

Alle profitieren

Die Umstellung auf Wirkungen wie die Selbstständigkeit würde dazu führen, dass die Pflegekräfte autonomer handeln können, weil ihnen der Weg zum erwünschten Ziel nicht mehr vorgeschrieben wird. Dadurch wären sie aber auch gefordert, ihre Kompetenzen besser wahrzunehmen und zu entwickeln. Es käme zu einer Kompetenzentwicklung „on the job“, was wiederum zu einer positiven Wirkung auf das Berufsbild und Image sowie auf die Akquirierung und Bindung von Fachkräften führt. Durch die Professionalisierung des Pflegeberufes würden die älteren Menschen wieder ihre Selbstständigkeit und damit ihre Lebensqualität zurück erhalten. Damit verbunden entstünden beträchtliche Budgeteinsparungen seitens des Staates. Innovative Konzepte wie z. B. Kinaesthetics, welche Patienten und Pflegekräfte kompetenter werden lassen sowie den Einrichtungen bis zu einem Drittel ihrer Kosten sparen helfen⁹, würden einen breiten gesellschaftlichen Durchbruch erfahren. Die Ära der unproduktiven Ökonomisierung des Gesundheitssektors fände ein Ende.

Ökonomie, die dem Menschen dient

Die letzten Jahrzehnte sind durch eine Ökonomisierung des Gesundheitssektors mit hierarchischer Managementorganisation und leistungsorientierten Verrechnungs- und Kontrollsystemen gekennzeichnet. Diese Entwicklung hat einen gravierenden eingebauten Konstruktionsfehler: Man kann Organisations- und Verfahrensprinzipien einer marktlichen und standardisierbaren Güterproduktion aus tayloristischen Zeiten nicht auf den wenig standardisier- und automatisierbaren Gesundheitssektor der Moderne übertragen.¹⁰

Wenn Pflegenden und Gepflegten sich an die Gesetze einer Güterökonomie anpassen müssen und in Standards hineingequetscht werden, dann ist das nicht nur unmenschlich („Pflege am Fließband“), sondern wird auch

sehr teuer. Buurtzorg hat mit seinem kontrastierenden Vorbild eindrucksvoll bewiesen, wie kostentreibend die ökonomisierten Pflegeorganisationen arbeiten. Rufen wir uns in Erinnerung, dass Buurtzorg nur acht Prozent für seine Verwaltung benötigt verglichen mit 25 Prozent der ökonomisierten Einrichtungen, dann spricht das eine deutliche Sprache.

Wenn nun eine kostenproduzierende „Management-Weisungspyramide“¹¹ auf ein kostenförderndes Umfeld wie das jetzige Pflegegeld und die momentan praktizierte pauschalisierte Leistungsverrechnung trifft, dann hat das fatale Folgen auf die Kostenentwicklung. Wir sehen das am Beispiel der USA, wo mittlerweile jeder dritte Dollar im Gesundheitssektor von dessen Management verschlungen wird.¹² Die USA sind aber genau jenes Land, in dem die Ökonomisierung des Gesundheitssektors am weitesten fortgeschritten ist und pseudomarktwirtschaftliche Instrumente wie z.B. die standardisierte Leistungsverrechnung am frühesten eingeführt wurden. Es verwundert daher



nicht, dass die USA mit 16,4 Prozent weltweit den höchsten Anteil der Gesundheitskosten am BIP aufweisen (Schweiz: 11,1 %, Deutschland 11 %, Österreich 10,1 %).¹³

Mit der Einführung eines kompetenzorientierten Pflegegeldes würden starke Anreize entstehen, sodass auch die pseudomarktwirtschaftlichen Instrumente, weil sie kontraproduktiv dazu wirken¹⁴, abgeschafft würden. Die Pflegeeinrichtungen würden dann verstärkt Elemente der Selbstorganisation mit realer und individueller Zeitverrechnung einführen, da dies ein effektiver Weg zur kostensparenden Steigerung der Selbstständigkeit der Patienten ist. Mit anderen Worten: Die Ökonomie würde sich dem Menschen anpassen und gerade dadurch produktiver werden.

Die detaillierte Konzeption eines kompetenzorientierten Pflegegeldes sowie dessen Umsetzung wären mit Sicherheit ein erheblicher politischer Kraftakt, der dazu verleitet, im jetzigen System zu verharren. Auf Dauer ist es jedoch politisch vernünftiger, sich dieser Herausforderung zu stellen, als an der jetzigen Form des Pflegegeldes, die menschlich und ökonomisch in die Sackgasse führt, festzuhalten. ::

Literatur:

- ¹ Olpe HR, Seifritz E (2014): Bis er uns umbringt? Wie Stress die Gesundheit attackiert – und wie wir uns schützen können. Verlag Hans Huber, Bern, S. 30.
- ² Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old
- ³ Höpflinger F (2014): Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen. Zürich, S. 13.
- ⁴ ÖPIA (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. Wien, S. 65.
- ⁵ Lüthi D (2015): Revolution in der ambulanten Pflege. Buurtzorg. Jos de Blok stellt in Olten sein Erfolgsmodell aus Holland vor. Schweizerische Ärztezeitung, No. 96, 1732-1733.
- ⁶ Leichsenring K (2015): Buurtzorg Nederland – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. ProCare, Oktober, S. 20-24.
- ⁷ Wittenberg R (2006): Finanzierungsstrategien und deren Auswirkung auf Gleichberechtigung, Wahlmöglichkeiten, Effektivität und Nachhaltigkeit. Behinderte, Heft 3, S. 47.
- ⁸ Lange-Riechmann L (2015): Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics und die Bedeutung für Diakonie und Gesundheitsökonomie. Steinbeis-Edition. Stuttgart.
- ⁹ Lange-Riechmann L (2015): Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics und die Bedeutung für Diakonie und Gesundheitsökonomie. Steinbeis-Edition. Stuttgart, S. 5
- ¹⁰ Hennessey R, Knobel S (2016): Pflege: Beitrag zur Lebensqualität oder Unkostenfaktor. lebensqualität. Zeitschrift für Kinaesthetics. Stiftung Lebensqualität, Siebnen, Heft 3, S. 11-16.
- ¹¹ Pfläging N (2015): Organisation für Komplexität. Wie Arbeit wieder lebendig wird – und Höchstleistung entsteht. Redline-Verlag, München, S. 66.
- ¹² Binswanger M (2012): Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Herder Verlag. Freiburg im Breisgau, S. 212.
- ¹³ OECD (2015): Focus on Health Spending, OECD Health Statistics 2015, S. 2.
- ¹⁴ Hennessey R, Knobel S (2016): Pflege: Beitrag zur Lebensqualität oder Unkostenfaktor. lebensqualität. Zeitschrift für Kinaesthetics. Stiftung Lebensqualität, Siebnen, Heft 3, S. 11-16.

Dr. Richard Hennessey
 Projektleiter bei Human Impact Wien/
 Langenargen und wissenschaftlicher
 Mitarbeiter bei der stiftung lebensqualität
 in Siebnen, Schweiz
hennessey@humanimpact.at



Stefan Knobel
 Pflegeexperte bei der LaRete GmbH
 und Präsident der stiftung
 lebensqualität in Siebnen, Schweiz
stefan.knobel@stiftung-lq.com



Entgeltliche Einschaltung

Julia Steiner, Buchhändlerin:

„Meine Lisa ist ein echter Wirbelwind. Deshalb waren wir auch schon öfters in verschiedenen Spitälern. Alte Befunde muss ich jetzt nicht mehr zusammensuchen. Dank ELGA haben die Ärzte nämlich ihre Vorbefunde schon parat. So bekommt Lisa genau die Behandlung, die sie benötigt.“

Meine elektronische Gesundheitsakte.
Meine Entscheidung!

Mehr Information: ELGA-Serviceline 050 124 4411 oder elga.gv.at

