



Gesundheit
Institut für Pflege
Zur Sache

Ökonomisierung
des Gesundheitswesens –
Erkundungen aus
der Sicht der Pflege

Die Pflege im Schatten von
Standardisierung und Effizienz kalkül



Das Institut für Pflege am Departement Gesundheit veröffentlicht in regelmässiger Folge Berichte aus der Hochschulperspektive zu aktuellen und zukunftsgerichteten Themen rund um die professionelle Pflege im schweizerischen Gesundheitswesen.

Impressum

Herausgeber/Verlag

ZHAW Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
8401 Winterthur

ipf.gesundheit@zhaw.ch
www.gesundheit.zhaw.ch/pflege

Autorin

Mascha Madörin, Ökonomin, lic. rer. pol.

Titel

Ökonomisierung des Gesundheitswesens –
Erkundungen aus der Sicht der Pflege
Teil 3: Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienz kalkül

Redaktionelle Mitarbeit/Korrektorat/Lektorat

Ingrid Essig, Winterthur, vinegar@hispeed.ch

Gestaltung/Titelgrafik

Driven GmbH, Zürich, www.driven.ch

Druck

Ziegler Druck- und Verlags-AG, Winterthur,
www.zieglerdruck.ch

Auflage

1. Auflage, Januar 2015



Die Pflege ist seit jeher bestrebt, jeder Patientin, jedem Patienten eine nach individuellen Bedürfnissen abgestimmte Pflege zukommen zu lassen, denn jeder Mensch ist einzigartig in seiner individuellen sozialen, physischen und psychischen Lebenssituation als auch in seiner Werthaltung. Für die Pflege stellt sich hier eine grundlegende Frage: Was für Rahmenbedingungen und Spielräume brauchen die Pflegefachkräfte, damit sie ihre Arbeit zweckmässig, effizient und zum Wohle des Patienten ausüben können?

In Notsituationen, wenn es um Leben und Tod geht, sind standardisierte und rationalisierte Prozesse sinnvoll. Anders sieht die Lage bei mittel- und längerfristigen körperlichen Leiden aus, insbesondere bei chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen, die heute einen immer grösser werdenden Anteil der Pflegebedürftigkeit darstellen. Hier braucht es eine auf den Patienten abgestimmte Pflege, die sich einer sich möglicherweise ständig ändernden Situation anpassen kann; es braucht eine individuelle Planung der Pflegemassnahmen und spezifisches Training für den Patienten und seine Angehörigen, sodass der betroffene Mensch und seine Umgebung sich den Alltag möglichst selbstständig gestalten können, mit einer für sie als gut definierten Lebensqualität. Dies wiederum setzt voraus, dass die zuständigen Pflegefachpersonen über die notwendigen vielfältigen Kompetenzen und über ein umfangreiches Fachwissen verfügen – und über genügend Zeit für die Erfassung und Ausführung aller notwendigen Tätigkeiten. Nur so können sie den Patienten auf professionelle Art und Weise pflegen.

In Realität sehen sich die Pflegenden heute in der Schweiz immer detaillierteren Regulierungen und Standardisierungen ausgesetzt, die nicht dem Bedarf und der Logik der Pflegeprozesse folgen, sondern vor allem darauf abzielen, dass die öffentliche Hand und die privaten Versicherer Kosten überprüfen und einsparen können. Nebst weiteren Faktoren verursachen die Zerstückelung der Arbeitsprozesse in der Pflege, die unterschiedlich hoch angesetzten Tarife für Grund- und medizinische Pflege sowie ärztliche Behandlungen, die knapp bemessenen Zeiteinheiten, die grundsätzlich ungenügend hohe Entlohnung der Pflegefachpersonen sowie der ständig wachsende administrative Aufwand oft dysfunktionale Arbeitsabläufe, die sowohl für den Patienten als auch für die Pflegefachpersonen zu belastenden Situationen führen.

Dieser dritte und letzte Teil der dreiteiligen Studie widmet sich den Auswirkungen des seit vielen Jahren andauernden Rufs nach Sparmassnahmen im Gesundheitswesen auf die konkrete Arbeit der Pflegefachpersonen. Die Autorin Mascha Madörin liefert spannende und überraschende Anhaltspunkte, die zur weiteren Diskussion anregen sollen.

Ich wünsche Ihnen eine motivierende Lektüre.

Heidi Longrich
Leiterin Institut für Pflege

5 Vorwort

6 1 Überlegungen zur Logik der Pflegearbeit

- 6 1.1 Pflege als personenbezogene Dienstleistung
- 7 1.1.1 Unterschied zwischen Intervention und Interaktion
- 7 1.1.2 Die Vielschichtigkeit der Pflegearbeit
- 9 1.1.3 Tendenzen der Entindividualisierung

11 2 Komplexität, Ganzheitlichkeit und Ungewissheit der Behandlungsprozesse

- 11 2.1 Komplexe Flugzeuge – komplexe Krankheiten
- 13 2.2 Patientinnen und Patienten als Experten

15 3 Pflegeleistung und Geld

- 15 3.1 Verschiedene Abrechnungssysteme
- 15 3.2 Lücken in den Definitionen pflegerischer Leistungen
- 16 3.3 Traditionell tiefe Einkommen für pflegerische Leistungen
- 16 3.3.1 Eine Frauengeschichte
- 16 3.3.2 Eine moralisch-ethische Geschichte
- 18 3.3.3 Diskriminierung im Vergleich zu anderen Berufen

19 4 Zeitmessung von Pflegeleistungen

- 19 4.1 Sichtbar machen und bewerten
- 20 4.2 Unterschiedliche Massstäbe für Pflegeleistungen und ärztliche Behandlungen
- 21 4.3 Problematische Zeiterfassung

24 Zusammenfassung

26 Referenzen

Vorwort

Wie in Teil 2 dargestellt (Kapitel 3), hat mit der Entwicklung der DRG-Kostenanalysen (DRG = Diagnosis Related Groups; s. Glossar Teil 1 dieser Studie) in den USA von Anfang an eine grundlegende Kontroverse über die Standardisierung medizinischer Behandlungen begonnen. Ohne Standardisierung der Behandlungen keine Kontrolle der Leistungen und keine Garantie eines Qualitätsstandards – das war das von Ärztinnen und Ärzten als fragwürdig erachtete Credo der Wirtschaftsingenieure. Im Zusammenhang mit der Erarbeitung der DRG-Pauschalen wurden auch Kriterien geschaffen, um zu beurteilen, ob ein Spital bezüglich einer Diagnose «zu viele», «falsche» oder «schlechte» Leistungen erbringt – als Basis für einen Vergleich zwischen den Behandlungskosten für gleiche Krankheiten in verschiedenen Spitälern.

Historisch gesehen sind die Standardisierungen der industriellen Arbeit und deren Aufteilung in viele kleine Arbeitsschritte Teil der Erfolgsstory der Industrialisierung. Der Fokus liegt dabei darauf, wie Arbeitsprozesse so vereinfacht, also standardisiert, werden können, dass sie von A bis Z überwacht, effizienter organisiert und Schritt für Schritt durch Maschinen ersetzt werden können. Die Arbeit der Wirtschaftsingenieure hat immer darin bestanden, die Frage der Produktionskosten bestimmter Güter mit der Frage der Organisation des Arbeitsprozesses zu kombinieren. Standardisierung heisst immer auch, dass Arbeitsleistungen kontrolliert und auf verschiedene Personen aufgeteilt werden: auf Personen mit gewissen Qualifikationen und Spezialisierungen und auf unqualifizierte, kostengünstige Arbeitskräfte. Für die Spitäler bedeutet das: Jeder Kostenteil (also Teile von Arbeitskosten sowie Inputs wie Verbandstoff, Hüftgelenke, Tests, Pflagezeuge usw.) wird im Detail analysiert und überwacht. Damit können in der Tat Behandlungskosten erfasst und allenfalls die Kosten bestimmter Komponenten gesenkt werden (z.B. Lohnsummen für die Pflege, günstigere Hüftgelenke), nur weiss man damit nicht, inwiefern diese Kostensenkungen die Behandlungsergebnisse beeinflussen.

Die wichtigste These von Teil 3* der Abhandlung lautet, dass die Standardisierungen der Arbeitsprozesse, wie sie bei den heutigen Tarifordnungen voraus- und durchgesetzt werden, wirksame Behandlungs- und Pflegeprozesse nur schlecht abbilden und in der Praxis diese mindestens teilweise einzuschränken drohen. Die neuen Regulierungen übergehen in vielen Fällen die Logik der Pflegearbeit, was sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Pflegefachleute entscheidende Konsequenzen mit sich bringt.

* Diese Ausgabe von «Zur Sache» umfasst eine gekürzte und leicht veränderte Version von Teil 3 der ganzen Studie. Teil 1 («Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege») ist leicht gekürzt in «Zur Sache» 3.1. vom März 2014 erschienen, Teil 2 («Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsetts für die Pflege») wurde – ebenfalls leicht abgeändert – im September 2014 in «Zur Sache» 3.2 publiziert. Vollständige Version der Studie mit den Teilen 1 bis 3: Mascha Madörin (2014). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. ISBN 978-3-9524121-2-1, www.gesundheit.zhaw.ch/zursache

1 Überlegungen zur Logik der Pflegearbeit

Aufgrund der Überlegungen, die in Teil 1 und 2 dargestellt wurden, liegt die Befürchtung nahe, dass die neuen Regelungen für die Pflege sowohl in Spitälern, in Pflegeheimen als auch bei der Spitex systemimmanent zu kleineren, weil ökonomisch engeren Spielräumen führen werden. Die Frage lautet: Welches sind die der Pflege und Pflegearbeit innewohnenden Logiken von Arbeits- und Pflegeprozessen? Wie beeinflussen Tarife die betriebliche Organisation der Pflege und damit die Art und Weise, wie gepflegt wird? Eine klare Vorstellung darüber ist Voraussetzung für eine adäquate Standardisierung respektive Nichtstandardisierung der betroffenen Arbeitsprozesse und der damit verbundenen Kostenkontrollsysteme.

Während Teil 2 von der Eigenlogik von Tarifsystemen handelt, befasst sich Teil 3 mit den Charakteristiken von Pflegearbeit und der ihrerseits innewohnenden Logik. Klare arbeitsprozessbezogene und betriebswirtschaftliche Vorstellungen über die Eigenheiten von Pflege- respektive Care-Arbeit sind jedoch noch kaum ausgearbeitet. Als Einleitung zu einer Artikelsammlung mit dem Titel «Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms» schreiben die Herausgeberinnen Mol, Moser und Pols (2010):

«[...] All in all, care is central to daily life. However, the importance of care has not been reflected in the scholarly attention it receives. The Enlightenment tradition celebrated the mind and its alleged rationality, not the body and its pains and pleasures. To the sciences bodies were interesting in as far as they could be objectified and explained in the laboratory, but not as they shuffled about, gasped for breath, gobbled up or lingered over food, talked, screamed or needed to be soothed. Thus, for a long time care figured in academia as a more or less tedious practical necessity, rather than as an intellectually interesting topic. Or worse: care hardly figured at all. It was relegated to the private realm: there was no need to study it, or talk about it in public settings. Someone or other just needed to get on with it.

Recently this has begun to change. First nursing theory started to talk about care. And then sociology, anthropology, geography, philosophy and ethics followed suit. [...] For this is our concern: if care practices are not carefully attended to, there is a risk that they will be eroded. If they are only talked about in terms that are not appropriate to their specificities, they will be submitted to rules and regulations that are alien to them. This threatens to take the heart out of care – and along with this not just its kindness but also its

effectiveness, its tenacity and its strength. This is our concern. There is not only a domain to salvage but also, and more importantly, a mode, a style, a way of working. And thus, by describing practices to do with care, all the while wondering what care is, we here seek to contribute to the vitality of the logic of care.» (S. 7, Hervorhebung im Original)

Was inzwischen als Fragestellung und neue Überlegungen zu Care-Arbeit nach und nach in verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen (begrenzt) Eingang gefunden hat, ist heute – mit wenigen Ausnahmen – nicht einmal in Ansätzen in betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Theorien zu finden. Es ist schwierig, Einsichten aus pflegewissenschaftlichen oder ethnografischen Studien der Pflegepraxis in adäquate ökonomische und betriebswirtschaftliche Konzepte zu übersetzen.

Die im Folgenden formulierten Fragestellungen und Argumente haben deshalb den Charakter von Erkundungen aus der Sicht einer Ökonomin. Eine meiner Ansicht nach weitgehend ungeklärte Frage ist, in welcher Art und Weise die Qualität von Care- oder Pflegepraktiken von ökonomischen Verhältnissen abhängt. Oder anders gefragt: Welche Eigenschaften der Pflegearbeit sind zu berücksichtigen bei der Schaffung von wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, damit diese die nötigen Spielräume für eine gute Pflege gewährleisten – für eine Pflege, bei der die Personenbezogenheit, die Lebendigkeit und Verletzlichkeit der Menschen und ihren Körpern im Zentrum stehen? Meistens wird die Frage umgekehrt gestellt: Wie kann trotz der heutigen engen betriebswirtschaftlichen Bedingungen gute Pflege gewährleistet werden?

1.1 Pflege als personenbezogene Dienstleistung

«Der englische Begriff Care umfasst mehr als Betreuung oder Pflege. Care bedeutet, sich – unbezahlt oder bezahlt – um die körperlichen, psychischen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse eines oder mehrerer Menschen zu kümmern», so definiert es das Eidgenössische Büro für Gleichstellung (EBG, 2010, S. 34). Diese Definition zeigt eine wichtige Dimension der Care-Arbeit: Es geht um menschliche Grundbedürfnisse und damit um eine moralische Dimension des Sich-Kümmerns um das Wohlergehen anderer Menschen. Das Problem dieser Definition ist jedoch, dass ein wichtiger Aspekt von Care nicht klar genug zum Ausdruck kommt, nämlich dass das sich Kümmern

um Menschen Arbeit mit sich bringt. Care-Arbeit ist eine personenbezogene Dienstleistung, die ohne die Anwesenheit der Menschen, welche die Leistung beziehen, nicht möglich ist. Bezogen auf die Pflege heisst das: Die Qualität jeder Pflegeintervention hängt von der Qualität der Interaktion zwischen Pflegendem und Gepflegtem mit seinem kranken oder gebrechlichen Körper ab. Care-Arbeit ist eine Tätigkeit, bei der das Eingehen einer möglichst positiven Beziehung unvermeidlich ist, soll sie gut sein. Natürlich kann man auch «pflegen», ohne sich um das Wohlergehen der Gepflegten oder des Gepflegten zu kümmern, sondern einfach, weil dieser Job nun mal getan werden muss. Aber auch in diesem Fall ist die Care-Arbeit nicht möglich ohne direkten persönlichen Kontakt.

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK schreibt zur Caring-Arbeit: «Caring bedeutet, sich um andere zu sorgen, sich mit Wertschätzung auf jemanden einzulassen. Es geht um Engagement, Mitgefühl und Vertrauen, um den menschlichen Beistand in der Pflege» (SBK-ASI 2011). In der feministischen Ökonomie wird der Begriff Care-Arbeit weiter und anders gefasst: als bezahlte und unbezahlte Sorge- und Versorgungsarbeit, die direkt dem Wohlergehen anderer Menschen dient, auch arbeitsfähigen und gesunden Erwachsenen. Pflegearbeit und ärztliche Behandlung sind nur ein kleiner Teil der so verstandenen Care-Arbeit. Es gibt Fachtheoretikerinnen und -theoretiker, die den Aspekt der Caring-Arbeit, wie sie der SBK versteht, betonen und als Ausgangspunkt ihrer Überlegungen wählen, andere wiederum gehen vor allem von den Besonder-

heiten des Arbeitsprozesses aus – von der Logik von Care. Die Neue Frauenbewegung verwendete in den 1970er Jahren den Begriff Beziehungsarbeit (Madörin, 2010a), die französische Philosophin Geneviève Fraisse nennt es «services à la personne»; ins Deutsche wurde dieser von Fraisse verwendete Begriff mit «Dienstleistungen am Menschen» übersetzt (Fraisse, 2011 a französisch und 2011 deutsch). Inzwischen wird in der englischsprachigen Literatur der Oberbegriff «Interactive Services» verwendet, zu dem auch Care-Arbeit im Allgemeinen und die Pflege im Speziellen gehören (s. z. B. McDowell, 2009). Im Deutschen werden als Oberbegriffe gegenwärtig personenbezogene oder personen-nahe Dienstleistung bzw. interaktive Dienstleistung verwendet. Bei Letzterem ist die Intersubjektivität, das heisst, dass zwei Personen miteinander interagieren, betont.

1.1.1 Unterschied zwischen Intervention und Interaktion

Ähnlich dem Klassifikationssystem in der Medizin gibt es heute in den Pflegewissenschaften ein Klassifikationssystem für Pflegeinterventionen, Pflegediagnosen und Pflege-Outcomes. Dieses System ist eine wesentliche Grundlage für die Pflegewissenschaften und die Ausbildung von Pflegenden. Zu den entsprechenden Katalogen gibt es pflegewissenschaftliche Kontroversen, die hier nicht thematisiert werden können. Hier soll aus der Sicht einer Ökonomin auf verschiedene Aspekte, die für das Verständnis der

Eigenheiten von Pflegearbeit relevant sind, eingegangen werden:

Eine Pflegeintervention kann kontraproduktiv sein, weil die Interaktion zum Beispiel den betreffenden Patienten erschreckt oder ihm Angst macht. Der Patient fühlt sich abgefertigt, entmutigt, der Körper reagiert mit Abwehr. Der Zusammenhang zwischen Pflegeintervention und Pflege-resultate hängt, wie bereits gesagt, wesentlich von der Qualität und der Professionalität der Interaktion zwischen der pflegenden Person und dem konkreten Patienten ab. Diese Herausforderung lässt sich nicht mit noch so detaillierten Klassifikationen von Pflegeinterventionen und -diagnosen mindern. Es wird immer eine nicht standardisierbare Grauzone geben: die Interaktion auf geistig-seelischer und körperlicher Ebene mit dem Patienten.

Als ich meine gebrechliche Mutter im Pflegeheim besuchte, sagte sie: «Gestern haben sie mich abgespritzt.» «Meinst du geduscht?» fragte ich sie. «Ja klar, geduscht» sagte sie, «aber es war ein regelrechtes Abspritzen.» Im Pflegeinterventionskatalog kommt die Kategorie «Abspritzen» nicht vor. Der Unterschied zwischen Duschen und Abspritzen wird nicht als Problem unterschiedlicher Leistungen angesehen, sondern als eine Frage der Moral im Umgang mit Patienten. Aber es gibt dabei verschiedene ökonomische Aspekte: Wie viel Zeit braucht es, dass anstatt Abspritzen

Duschen möglich ist? Wie müssen die Arbeitsbedingungen gestaltet sein, dass Pflegenden bei ihren Interaktionen mit Patienten diese nicht abfertigend behandeln? Um diese Frage zu beantworten, müsste zwischen der Zeitökonomie der Intervention und der Interaktion selbst unterschieden werden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Ausbildung und Qualifikation eine Pflegekraft haben muss, um gebrechliche Menschen gut duschen zu können. Es geht also um (un)bezahlte Arbeitszeit und Lohnniveau, kurzum um die Kostenfrage.

Ob eine Person schlecht gelaunt eine Maschine bedient oder Statistiken am Computer berechnet, spielt für die Qualität der Arbeit meistens eine unbedeutende Rolle, jedenfalls wenn es sich nicht um einen Dauerzustand handelt. In der Pflege hingegen sind das Arbeitsumfeld und die Befindlichkeit der betroffenen Personen immer sehr wichtig für das Resultat. Wie müssen also die ökonomischen Bedingungen und Arbeitsverhältnisse gestaltet sein, dass sie nicht zu Lustlosigkeit und schlechter Laune führen und im genannten konkreten Fall nicht zu Abspritzen anstatt Duschen?

1.1.2 Die Vielschichtigkeit der Pflegearbeit

Die Artikelsammlung mit dem Titel «The Complexities of Care. Nursing Reconsidered» (Nelson/Gordon [Hrsg.], 2006) enthält mehrere Artikel zu den Veränderungen im

Selbstverständnis der Pflege und der Pflegewissenschaften in angelsächsischen Ländern (s. dazu insbesondere Gordon, S. 104–121; Keighley, S. 88–103; Aranda und Brown, S. 122–142). Die Artikel behandeln unter anderem, wie sich das Verständnis von der Pflege von Patientinnen und Patienten zur Förderung von Gesundheit verschoben hat, wie das Konzept der körperlichen Pflege zunehmend als Beziehungsarbeit verstanden wird. Weiter wird eine Verschiebung vom Konzept körperorientierter «cure» zu «care» (s. Zitat von SBK in Textbox Kapitel 1.1) beschrieben und problematisiert, dass psychische und psychologische Dimensionen persönlicher Beziehungen zunehmend getrennt werden von der physisch auszuführenden Pflegearbeit. Aranda et al. (2006) stellen eine Verschiebung der Pflegekonzepte von «bodily care» zu «interpersonal care» fest. Sie erklären dies damit, dass die zunehmende akademische Anerkennung der Psychologie und deren Kenntnisse es den Pflegenden ermöglicht hat, sich von der Medizin abzugrenzen und sich als eigenständiges Fachgebiet zu etablieren:

«The splitting of nursing into a specialist consulting or case management role (talking and psychosocial care) and a role in providing assistance with physical care (doing care) fragments the care the nurse delivers and deprives the patient of much-needed assistance and understanding. [...] Much of what nurses learn about patients occurs because they are in an immediate and intimate relationship with the patient. This relationship exists because nurses provide intimate, bodily care. [...] Basic physical care allows issues to emerge that might not surface if nursing is limited to a formal set of questions delivered during a nursing assessment interview. The very intimacy of providing physical care to sick human beings allows the nurse to elicit details and engage in conversations that would otherwise be awkward to initiate.» (S. 131–132)

Suzanne Gordon (2006) beschreibt in ihrem Artikel «The New Cartesianism. Dividing Mind and Body and Thus Disembodying Care» ebenfalls den oben formulierten Unterschied zwischen Arbeit am Körper und Beziehungsarbeit auf psychologischer Ebene:

«As I explained in my book 'Nursing against the Odds', in the nineteenth century the medical profession determined to reduce nursing work to the performance of a series of mindless activities. The minds behind both medical and nursing care belonged to physicians, not nurses, and in the early twentieth century this led sociologists to assign nursing to the

social purgatory of being a 'semi-profession'. This definition has haunted nurses to this day, and many believe that the tasks have turned would-be professionals into 'just nurses'. In order to escape this categorization, many nurses routinely insist that nursing is not a collection of 'tasks' but rather the application of 'critical thinking skills' and 'judgement' to patient problems. [...] Although this response is understandable, it is a professional-legitimizing strategy of limited utility. Rather than illuminating the education and skill that is required to do tasks that have been deemed to be mindless, many nurses avoid talking about the concrete, routine daily activities involved in their work.» (S. 116/7)

Wie auch Suzanne Gordon (2006) spricht die Historikerin Barbara Duden (2012) von einer «Entkörperung» der Patienten und Patientinnen in der modernen Medizin und in der Pflege. Aber sie meinen nicht genau dasselbe. Barbara Duden thematisiert vor allem die Entindividualisierung der Behandlung und Pflege von Patienten aufgrund der Durchschnittsstatistiken und Wahrscheinlichkeits- respektive Häufigkeitsberechnungen der EBM (EBM = Evidence-based Medicine; s. Kapitel 1.1.3). Sie spricht von einer Entkörperlichung medizinischer Behandlungsentscheide. Gordon hingegen versteht unter Entkörperlichung vor allem die Verdrängung von Körperpflege als wesentlicher Informationsquelle für eine qualifizierte Pflege. Wissen über den lebendigen Körper (body knowledge) ist laut Adams und Nelson (2009, S. 16) heute einer der am drastischsten unterschätzten Aspekte nicht nur in der Pflege, sondern bei jeglicher Care-Arbeit.

Um die Besonderheiten der Pflegeprozesse genauer zu verstehen, müsste wohl präziser formuliert werden, wie das Wissen über den lebendigen Körper und seine ihm eigene Dynamik und seine Reaktionen auf Interventionen die Pflegearbeit beeinflusst beziehungsweise inwiefern dieses Wissen vernachlässigt wird. Die Abspaltung der psychischen und sozialpsychologischen Interaktion mit einer pflegebedürftigen Person von der körperlichen Interaktion verführt dazu, dass die Körperpflege nur als handwerkliche Routinetätigkeit verstanden wird, als Anwendung ärztlicher Anordnungen, bei denen es darum geht, medizintechnische Entscheide in Sachen Körperbehandlung zu fällen (Gordon, 2006).

Die hier zitierten Texte zeigen – unabhängig von den darin problematisierten Tendenzen im Selbstverständnis der Pflege – die Schwierigkeit, Tätigkeiten der Pflege genau zu

beschreiben. Sie veranschaulichen auch, wie wenig die Besonderheiten der Pflegearbeit (und der Care-Arbeit generell) in den Arbeitswissenschaften und der Arbeitssoziologie Eingang gefunden haben, und schon gar nicht in den Wirtschafts- und Betriebswirtschaftstheorien.

1.1.3 Tendenzen der Entindividualisierung

Die Medizin als Wissenschaft liefert unter anderem einen Standard für die wissenschaftliche Erfassung von Behandlungserfahrungen (in der EBM-Forschung) und hat inzwischen ein riesiges kollektives medizinisches Allgemeinwissen geschaffen. Eine kompetente Ärztin in einem Spital muss heute in der Lage sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten bestimmten Diagnosekategorien zuzuordnen und zwar, wegen der geltenden Fallpauschalen, möglichst schnell. Das medizinische Allgemeinwissen und standardisierte Tests spielen bei dieser Klassifikation eine zentrale Rolle. Für Allgemeinpraktiker in einer ambulanten Praxis liefert das medizinische Wissen die Anhaltspunkte dafür, welche Überlegungen sie bei einer Diagnose in einem konkreten Fall anstellen sollten.

Es stellt sich letztlich die Frage, wie Besonderheiten des konkreten Falls beurteilt werden können: Dazu gibt es zwei Möglichkeiten: einerseits durch weitere Tests und Messungen, andererseits durch direkte Interaktionen mit Patienten. Letztere können auf sprachlicher Ebene (Gespräche, Krankheitsgeschichte usw.) und auf körperlicher Ebene (Palpieren, Berühren, Bewegen) stattfinden. Tests und Messungen körperlicher Reaktionen werden als Diagnosemethoden für Ärzte immer wichtiger, hingegen verliert die Beurteilung der Situation eines Patienten aufgrund von direkten Interaktionen an Bedeutung. Diese Tendenz ist in den Spitälern durch die Einführung der Fallpauschalen enorm verstärkt worden.

Die Pflegewissenschaften lehnen sich mit dem Evidenzbasierten Nursing zwar an den wissenschaftlichen Methoden der EBM an (Bartholomeyczik, 2010, S. 135). Auch Evidence-based Nursing geht vom Dreieck systematischer Klassifikation und Erfassung von Diagnosen, pflegerischen Interventionen und Outcome aus und versucht, diese durch Feldforschung statistisch miteinander zu verknüpfen. Aber die Pflegediagnose hängt sehr viel stärker von den Interaktionen mit den einzelnen Patienten ab als im Fall von ärztlichen Diagnosen, jedenfalls wie diese heutzutage vorwiegend praktiziert werden. Die Frage stellt sich dabei, wie Pflegenden zu einer guten Diagnose kommen: Welche Interaktionen braucht es dazu, wie oft und wie lange?

Einmal mehr ist der Faktor Zeit entscheidend und damit auch die Frage nach der Arbeitsteilung respektive der Betriebsorganisation.

Bei mehreren Gesprächen mit Pflegefachpersonen habe ich immer wieder den Satz gehört: «Wir wissen nicht mehr, wie es unseren Patienten geht.» Auf meine Nachfrage hin beklagten sie, dass sie zu wenig Zeit hätten für die einzelnen Patientinnen. Bei genaueren Nachfragen stellte sich heraus, dass es nicht nur um die Frage der Zeit, sondern auch um die Frage der Wahrnehmungsräume geht. Eine Pflegefachperson sagte, dass sie früher beim Putzen der Lavabos, beim Einstellen der Blumen oder beim Essenbringen «nebenbei», sozusagen aus den Augenwinkeln heraus, genauer gesehen hätte, wie es den Patienten ginge.

Oft habe sie sich noch bei Patientinnen oder Patienten, die traurig oder speziell krank aussahen, genauer erkundigt. Heute seien zwar Gespräche vorgesehen, diese hätten aber einen offiziellen Charakter. Eine wichtige Quelle von Information ist für das Fachpflegepersonal also durch die starke Arbeitsteilung verloren gegangen (Madörin, 2013). Heute verrichten diese Putz- und Versorgungsarbeiten oft niedrig qualifiziert und schlecht bezahlte Hilfspflegerkräfte. Die heutzutage geltende Arbeitsteilung wird der Vielschichtigkeit der Pflege und ihrer Personenbezogenheit nicht gerecht (s. dazu auch Adam und Nelson, 2009).

Pflege (wie auch ärztliche Behandlung) muss nicht deshalb personenbezogen sein, weil es besonders wichtig ist für deren Qualität: Pflegearbeit ist immer personenbezogen und die Qualität der Pflegediagnose und der Pflege hängt unter anderem von der Art und Qualität der Interaktionen zwischen Pflegendem und Gepflegtem ab. Mit Interaktion sind immer sowohl der Dialog mit dem Körper als auch die Kommunikation auf sprachlicher und emotionaler Ebene gemeint. Aus ökonomischer Sicht ist dies ein wichtiger Punkt, weil damit ein Leistungskatalog nicht nur die Anzahl und Art der Interventionen, sondern auch die Art und Qualität der Interaktionen enthalten müsste. Interaktion als wesentlicher und unvermeidlicher Aspekt ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit kann in einem Leistungs- respektive Interventionskatalog jedoch nur schwer erfasst werden. So wichtig Klassifizierungskataloge für die wissenschaftliche und hermeneutische Kompetenz (Bartholomeyczik, 2010) sowohl der Pflegenden als auch der Ärzte sind, so problematisch werden sie, wenn sie als Grundlage für standardisierte Kostenanalysen und Bezahlungspauschalen verwendet werden, wenn sie sozusagen als Rezepte für die Interventionen dienen (Abholz, 2012). Vor allem bezüglich des Zeitbedarfs besteht die Tendenz, dass dieser im Leistungskalkül zu wenig berücksichtigt wird (s. dazu auch Teil 1, Kapitel 4.3).

Im industriellen Prozess werden, wie schon im Vorwort beschrieben, die Arbeitsschritte akribisch aufgeteilt, um

sie zum Teil maschinell oder mindestens spezialisiert und arbeitsteilig zu organisieren. Diese technischen und strukturellen Vorkehrungen erlauben eine hohe Arbeitsproduktivität und Effizienz.

Das Verfahren ist aber in Bezug auf die Pflege, mindestens zum Teil, dysfunktional. Die Frage, was eine effiziente Organisation von Pflege in einem Spital oder bei der Spitex charakterisiert beziehungsweise wie Arbeitsteilung sinnvollerweise organisiert werden kann, muss aus Pflegesicht genauer geklärt werden. Dabei ist die Zeitökonomie, nämlich der Zeitaufwand und die Häufigkeit beziehungsweise Frequenz der Interaktion der Pflegefachkräfte, eine kritische Grösse sowohl für die Relevanz einer Diagnose als auch für das Resultat von Pflegeinterventionen respektive für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten. Nicht nur die Behandlungsbündel im Fall der DRG-Pauschalen in Spitälern gehen von standardisierten Patienten aus, sondern auch die Zeitvorgaben, wie sie für die Pflegefachkräfte bei ihrer Arbeit in der Spitex und den Pflegeheimen gelten.

2 Komplexität, Ganzheitlichkeit und Ungewissheit der Behandlungsprozesse

2.1 Komplexe Flugzeuge – komplexe Krankheiten

Heute besteht ein Auto aus rund 15 000 bis 20 000 Einzelteilen, ein Verkehrsflugzeug ist aus mehr als 2 000 000 Teilen zusammengesetzt. Die Produktion eines Flugzeuges, das am Schluss so gebaut sein muss, dass die Absturzgefahr minimiert ist, verlangt eine sehr ausgetüftelte Organisation nicht nur des Konstruktionsdesigns, sondern auch der Produktion der Einzelteile und ihrer Zusammensetzung. Es ist kein Zufall, dass es Wirtschaftsingenieure der Raumfahrtindustrie waren, die das DRG-Kostenerfassungssystem für Spitäler erfunden haben. Spitäler sind enorm komplexe Organisationen, ebenso das Gesundheitswesen als Ganzes.

Die Flüge des 787 Dreamliner von Boeing wurden Mitte Januar 2013 aus Sicherheitsgründen vorläufig verboten. Dieser neue Flugzeugtyp stellt mehr als eine Weiterentwicklung bisheriger Boeing-Flugzeuge dar. Es wurden neue Technologien angewandt, sowohl was das Material als auch pneumatische, hydraulische und elektrische Systeme angeht. Der Dreamliner 787 wurde denn auch als «Flugzeug der Zukunft» angepriesen (D. Rushe in «The Guardian» online, 18. 1. 2013). Das Flugzeug ist bedeutend leichter und leiser als alle anderen Modelle vergleichbarer Grösse und braucht viel weniger Kerosin. Die Verwendung der neuartigen Systeme war nur möglich, weil leistungsfähigere und leichtere Batterien als bisher verwendet wurden. Wie sich nun zeigte, sind diese neuen Batterien aber brandgefährdet. Möglicherweise gibt es die Batterietechnologie noch gar nicht, die zum Design dieses Flugzeuges passt. Das ist alles noch nicht klar (Stand Mitte Januar 2014).

Die Entwicklung des Dreamliner hat bis zur Auslieferung der ersten Flugzeuge mehr als zehn Jahre gedauert, die Entwicklung dieses Flugzeuges mit der allseits bewunderten neuen Technologie soll laut Zeitungsberichten geschätzte 32 Milliarden Dollar gekostet haben, viel mehr als ursprünglich geplant. Fachleute und Gewerkschaften monieren, dass das Problem der weit über der Planung stehenden Entwicklungskosten, der länger als geplanten Entwicklungsphase und möglicherweise auch der sich nun zeigenden «Fehler» damit zusammenhängt, dass zu viel der Produktion ausgelagert war: Die Flügelspitzen wurden in Südkorea produziert, die Kabinenbeleuchtung in Deutschland, die Ladetüren in Schweden, die Rettungsrutschen in New Jersey, die Landungsbremsen in Frankreich und die Batterien in Japan. Die Teile, die irgendwo auf der Welt in hoch spezialisierten

Hightechfirmen produziert wurden, passten bei der Montage manchmal nicht genau genug zu anderen Teilen des Flugzeugs, was die Produktion des Prototyps stark verzögerte. Es gab Verständigungsprobleme wegen unterschiedlicher Produktionskulturen, Sprachen usw. Managementfachleute sind der Ansicht, das Ganze sei nicht genügend koordiniert und das dazu technische Wissen zu wenig zentralisiert gewesen. Es hätte permanent arbeitende Wissensfabriken zur Entwicklung des laufend nötigen neuen Wissensstandes gebraucht («24-hours knowledge factories»), um alle technischen Probleme, welche die Produktion und die Anpassung von Einzelteilen im Verlauf der Zeit mit sich brachten, angehen zu können («The Guardian» online, 18. 1. 2013).

Der illustrierte Fall zeigt, dass die Konstruktion eines neuen Flugzeuges mit über zwei Millionen Einzelteilen riesige Anstrengungen in Sachen Koordination, Kommunikation und Wissensproduktion bzw. -management verlangt. Es gibt dabei ein komplexes Ganzheitlichkeitsproblem: Alles muss zusammenstimmen, das Ganze kann an technischen Problemen weniger Teile scheitern. Die Debatte zum Grounding des Dreamliner beschäftigt sich unter anderem damit, ob es sich bei den diversen Problemen, die beim Fliegen aufgetaucht sind, um «normale Kinderkrankheiten» handelt oder um Systemfehler, denen ohne grosse Veränderungen an der Konstruktion des Flugzeuges nicht beizukommen ist.

Die Erfinder und Konstrukteurinnen der DRG-Pauschalen waren, wie schon in Teil 2 dargestellt, der Ansicht, dass aufgrund des Behandlungsmix verschiedener Spitäler ein Standarddesign festgelegt werden kann, das unabhängig vom Arzt und vom Patienten gültig sein soll (Samuel et al., 2005, S. 257; s. dazu Teil 2, Kapitel 3.1). Die Wirtschaftsingenieure waren überzeugt, dass 80 bis 90 Prozent der Kostenunterschiede ärztlicher Behandlungen auf die persönliche Eigenart von Ärztinnen und Ärzten und ihren Diagnosen und Behandlungen zurückzuführen seien (Samuel et al., 2005, S. 258). In dieser Sicht kommt nur die Subjektivität (bzw. mangelnde Objektivität) der Ärzte vor, nicht aber die Subjektivität der kranken Menschen, deren Körper variantenreiche Eigenarten haben können. Von den Pflegenden ist schon gar nicht die Rede. Die Patienten werden mit ihrer Individualität als nach Gruppen geordnete repräsentative Kranke etikettiert, seltene Eigenarten gelten als statistische Ausreisser. Die Eigenarten der Ärztinnen und Ärzte wiederum werden durch die Bezahlungsmodi ihrer Leistungen (Fallpauschalen) sozusagen auf einen Behandlungsstandard festgelegt. Ihnen bleibt jedoch noch die Kompetenz, Dia-

gnosen zu stellen: Im Denkmodell der DRG-Kostenanalyse wird den Ärzten die Rolle der Behandlungsdesigner zugeordnet (zweite Produktionsfunktion, s. Teil 2, Kapitel 3.1). Sie sind so gesehen die Physikerinnen und Ingenieure, die beim Behandlungsdesign das wissenschaftlich gesicherte medizinische Wissen auf die Diagnose anwenden und die Behandlung koordinieren. Ein Arzt ist aus der Sicht der DRG-Ingenieurinnen und -Ingenieure «no more than an expert technician, similar to a product designer in a manufacturing firm» (Samuel et al., 2005, S. 259). Er ist darauf angewiesen, dass das medizinische Allgemeinwissen in «knowledge factories» produziert wird. Dieses Wissen muss er sich aneignen, um es für die Behandlung einer diagnostizierten Krankheit anzuwenden. Er verschreibt dem Patienten die aus wissenschaftlichem Wissen konstruierte Behandlungsmethode und passt das Behandlungsbündel mit Modifikationen dem Patienten an. In diesem Konzept liegt die Komplexität der Behandlung in der technisch-medizinischen Komplexität und Schwere einer Krankheit und nicht darin, dass menschliche Körper an sich komplex sind und eine autonome Eigendynamik entwickeln können.

Bei der von der Raumfahrt inspirierten Ganzheitlichkeit einer medizinischen Behandlung geht es um die Berücksichtigung aller Aspekte eines differenzierten und kompetenten, auf EBM beruhenden standardisierten Wissens. Es setzen sich sozusagen verschiedene Spezialistinnen und Spezialisten zusammen, um den Fall zu beraten. Die andere Ganzheitlichkeit, die heute vorwiegend zum Selbstverständnis der Pflegewissenschaften gehört, besteht darin, dass ein erkrankter Mensch eine Einheit ist, die in sich komplex und in ihrer Dynamik nur sehr begrenzt erkennbar ist. Durch pflegerische Interaktionen (auch durch medizinische, manuelle und psychologische Therapien) werden Wirklichkeiten dieser Ganzheit sichtbar.

Die Komplexität der Behandlung und Pflege von kranken oder gebrechlichen Menschen besteht deshalb nicht nur in der Vielfalt und Komplexität von Krankheiten, deren Mechanismen genauer verstanden werden müssen, sondern vor allem auch in der nicht überschaubaren Vielfalt und Komplexität von Menschen und ihren Erkrankungen beziehungsweise Gebrechlichkeiten. Abholz (2012) spricht von einer Vielfalt der Biologie, Vielfalt der Seele, Vielfalt in der sozialen Situation und Vielfältigkeit des Austausches zwischen Individuen (z.B. Ärztin–Patient). In einem Referat zur Anwendung der Erkenntnisse der EBM in der medizinischen Praxis äussert sich der Allgemeinmediziner folgendermassen:

«[...] EBM-Befunde – verstanden als Studienbefunde mit hoher methodischer Qualität – werden so zu den Wahrheiten, den ›Standards‹ erklärt: Man macht das ›Richtige‹, wenn man diese befolgt. Der sehr entscheidende Unterschied zwischen dem Einzelnen und der Gruppe – Letzteres die Basis einer Studienaussage – wird heute in der Regel nicht mehr wahrgenommen.»

Dennoch erscheint EBM als Fortschritt in der Verwissenschaftlichung der Medizin: Anstelle des Handelns nach Überliefertem oder nach qua Amt vertretenem Wissen, ist die Notwendigkeit des Studienbelegs gekommen.

Nur ist verwissenschaftlichte Medizin noch nicht taugliche Medizin für den Einzelnen vor mir als Patienten. Denn die unmittelbare und nicht durch das Individuum geformte Anwendung von Studienergebnissen – heute festgehalten in Leitlinien und in Qualitätsindikatoren – ist konzeptionell falsch: Denn, wenn Studienergebnisse einen Nutzen oder auch keinen Nutzen einer Massnahme belegen, dann bezieht sich ›Nutzen‹ immer auf die Gesamtgruppe der Untersuchten, bestenfalls auf ein oder zwei analysierte Untergruppen.» (Abholz 2012)

Während im heutigen Selbstverständnis der medizinischen Wissenschaften die Ärztinnen und Ärzte ihre Entscheidungskompetenz sozusagen mit der industriellen Designerkompetenz von Raumfahrtsingenieuren dank EBM legitimieren können, haben es die Pflegefachpersonen wesentlich schwerer mit ihrer wissenschaftlichen Legitimation. Das pflegerische Wissen, das wesentlich durch Interaktion mit kranken Personen entsteht, wird im Mainstream als rein handwerkliches Können angesehen. Die Möglichkeiten der Pflege, für die medizinischen Wissenschaften relevante Kenntnisse zu generieren, werden ignoriert. Es wird nicht als wissenschaftliches Problem erkannt, dass mit der Nichtbeachtung dieses Wissens medizinisch relevantes Know-how verloren geht.

Hier sei noch angemerkt, dass in den heutigen Vorstellungen über Kosten ärztlicher Behandlungen wesentlich von einer Diagnose am Anfang einer Behandlung ausgegangen wird. Die komplexen Eigenarten kranker Körper verlangen jedoch ein System, das immer wieder ein neues diagnostisches Abwägen im Verlauf der Behandlung erlaubt (Mol, 2002/2008). Aufgrund der unbekanntenen Komplexität jeder kranken Person stellen die Risiko- und Wahrscheinlichkeitsanalysen der EBM für die ärztliche Praxis zwar ein nutzvolles Instrument dar, das aber nur als «über den Daumen gepeilte»

Leitlinie verstanden werden sollte. Man muss beispielsweise bezüglich der Risiken von Medikamenten zwischen den Aussagen über die Häufigkeit von bestimmten Behandlungseffekten bei einer grossen Gruppe von Patienten und der Ungewissheit bei der Behandlung eines jeden Patienten unterscheiden. Die Standardisierung der Behandlungsbündel bei den Fallpauschalen und auch die Zeitvorgaben bei der Pflege abstrahieren von solchen Ungewissheiten.

Die Risikoberechnungen der EBM haben sehr viele Ähnlichkeiten mit denjenigen der Finanzindustrie respektive der neoklassischen Wirtschaftstheorie. Ginge man von der Eigendynamik und den Ungewissheiten bei den Reaktionen von kranken Menschen auf Medikamente, Behandlung und Pflege aus, dann hätte das auch Konsequenzen bezüglich der Organisation und der Tarifstruktur des Gesundheitswesens (zur Ungewissheit der Behandlung siehe Hart, 2006, S. 138). In der neoklassischen Wirtschaftstheorie ging man, bis zur Finanzkrise jedenfalls, vom rationalen Handeln bezüglich zukünftiger Finanzinvestitionen aus, wobei die Rationalität von der richtigen Risikoberechnung abhängt (sog. rationale Erwartungen).

Das Grundproblem besteht darin, dass Risiken nur unter Casino-Bedingungen berechnet werden können, nicht aber bezüglich einer zukünftigen Entwicklung, die Resultat eines unüberschaubaren komplexen Prozesses ist. Investitionsverhalten ausschliesslich aufgrund von Risikoberechnungen zu entwickeln, ist schlicht irrational. Andere Wirtschaftstheorien wie beispielsweise die keynesianische Wirtschaftstheorie lehnen den Risikobegriff ab und sprechen vom Verhalten von Unternehmern, Konsumenten und Banken bei ungewissen Zukunftsperspektiven. Diese Sichtweise führt zu anderen wirtschaftspolitischen Fragestellungen und Schlussfolgerungen als die neoklassische.

2.2 Patientinnen und Patienten als Experten

Die Klassifikations- und Standardisierungssysteme, die jeglicher Wissenschaft zugrunde liegen, gehen im Fall der Medizin von der Komplexität eines Körpers aus, die derjenigen eines Flugzeuges in nichts nachsteht. Nur sind die Flugzeuge des gleichen Typs immer gleich und haben die gleichen potenziellen Probleme, während menschliche Körper und Menschen sich unterscheiden, auch wenn sie noch so differenziert in den Studien der EBM in unterschiedliche Gruppen unterteilt werden. Auch das tausendste Flugzeug des gleichen Typus, zusammengesetzt aus zwei Millionen standardisierten Teilen, funktioniert immer etwa gleich. Der Anteil des gesicherten Wissens über das Flugzeug – ist es mal konstruiert, gebaut und verbessert – ist sehr gross, wenn auch nicht absolut lückenlos.

Bei kranken (und gesunden) Menschen ist das anders: Das gesicherte Wissen über einen Menschen, über seinen Körper und dessen komplexe Dynamik ist vergleichsweise

gering, auch wenn diesbezüglich sehr viel wissenschaftlich gesichertes Allgemeinwissen existiert. Der menschliche Körper entwickelt letztlich immer unverständliche Eigendynamiken und reagiert auf pflegerische und ärztliche Interaktionen mit ganz eigenen Mustern. Das gilt im hohen Masse für alle lebenden Systeme. Die standardisierten Behandlungen, die einer Diagnosekategorie zugeordnet werden müssen, gehen von einem standardisierten, sehr komplexen Körper aus, der nur als Denkmodell der medizinischen Wissenschaften existiert. Insofern kann in der Tat von einer «Entkörperlichung» der Medizin gesprochen werden, wie dies Duden (2012) und Gordon (2006) tun. Gordon kritisiert an der Pflege, dass sie keinen Anspruch erhebt auf ihre medizinisch-wissenschaftliche Kompetenz, über die sie dank Körperpflege verfügt. Dieses qualifizierte Wissen der Pflege, so ist zu befürchten, droht zudem verloren zu gehen, wenn Interaktionen in zu hohem Masse arbeitsteilig organisiert sind oder von Personen ausgeführt werden, die nicht in der Lage sind, ihre Wahrnehmungen, die aus der Interaktion mit Patientinnen und Patienten entstehen, in relevante Informationen für pflegerische Diagnosen und professionelles Handeln zu übersetzen.

Die heutigen organisatorischen Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens gehen von Arbeits- und Erkenntnisprozessen aus, die sich markant unterscheiden von denjenigen, die einer Diagnose und wirksamen Behandlung und Pflege von Kranken faktisch zugrunde liegen: Sie ignorieren weitgehend die Besonderheiten der Interaktion zwischen Behandelndem und Patienten und übergehen die nicht hintergehbare Intersubjektivität der Behandlungs- und Arbeitsprozesse. Wie sich diese gestalten, ist aber einer der zentralen Punkte der Effizienzfrage. Julian T. Hart (2006), ein früherer Allgemeinpraktiker, bekannter Publizist und Forscher zur Allgemeinmedizin, schreibt dazu:

«About 85% of the evidence used to reach any final medical diagnosis comes entirely from what patients say – from their own stories. Physical examination adds about 7% to this and investigations like X-rays, blood tests and so on add another 7%. Accurate diagnosis therefore depends overwhelmingly on careful, thoughtful, unhurried talking by patients and listening by professionals to patients' stories. Diagnostic weapons cannot be aimed accurately and economically without a diagnostic hypotheses, which only talking and listening (and sometimes some waiting and seeing) can establish.

[...] These problems [von EBM, die Hart im Text davor beschreibt, hier nicht wiedergegeben] will be much easier to solve when we all accept that EBM as generally understood still lacks a necessary dimension, namely evidence from patients. Substantial progress is probably impossible without it.» (S. 117 und 124)

In einem Forschungsprojekt im Rahmen eines «Expert Patients Programme» (Untersuchungen von 1999 und 2003) zeigte sich, dass die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegenden und auch die Apotheker gegenüber einem Programm, das Patientinnen und Patienten mit Informationen und Schulung hilft, bessere Experten zu werden, sehr skeptisch reagierten. Eine Mehrheit der Befragten befürchtete, dass damit ihre Arbeitsbelastung und die Kosten des Gesundheitswesens zunehmen, dass die Behandlungen anspruchsvoller, schwieriger und zeitintensiver werden würden. Studien haben jedoch das Gegenteil gezeigt: Aufgeklärte Patienten beanspruchten weniger Konsultationen (Hart, 2006, S. 25). Hart schreibt zu den Debatten, die im Zusammenhang mit diesen Studienresultaten diskutiert wurden:

«Typically, the response has been not more vigorous promotion of policies based on evidence, but retreat in the face of stubborn intuitive fears. A BMJ [British Medical Journal] editorial on the subject welcomed suggestions that Expert Patients should be renamed as Involved Patients, Autonomous Patients, or Resourceful Patients; anything, so long as health professionals did not in practice have to accept that patients have intelligence, information and expertise, which could assist care rather than obstruct it if they were encouraged to have a more active role.» (S. 124–125)

Hart (2006, S. 93 ff.) unterscheidet das Gesundheitswesen als kreatives System von der Industrie und ihrer auf den Markt ausgerichteten standardisierten Produktion von Gütern. Die Kreativität des Systems liegt aus seiner Sicht vor allem in der Interaktion zwischen Patientinnen/Patienten (dem «intelligenten Patienten») und den Ärzten sowie Pflegenden. Gleichzeitig betont er die Wichtigkeit von Gemeinwesen für die Gesundheitsversorgung. Wie soll ein solches kreatives System organisiert sein, wie entstehen Spielräume für die Interaktionen zwischen Patienten und Ärzten/Pflegenden und wie können die Bedingungen geschaffen werden, in denen eine Wissenschaft entstehen kann, die der Kreativität eines Gesundheitswesens entspricht und ihr dienlich ist?

3 Pflegeleistung und Geld

Kapitel 1 und 2 befassen sich mit den Besonderheiten von Behandlungs- und Pflegeprozessen. Dieses Kapitel und das nächste handeln von verschiedenen Tarif- und Leistungserfassungssystemen vor allem im Hinblick auf die Pflegearbeit.

Wenn wir von der Bezahlung von Leistungen reden, so sind damit immer zwei Seiten gemeint: Leistungserbringerinnen und -erbringer werden für ihre Leistung und damit für ihre Leistungsfähigkeit (in unterschiedlichster Weise) bezahlt; Leistungsbezüger bezahlen irgendwie für bezogene Leistungen. Zentral für jede Regelung ist die Frage, wie diese zwei Seiten zusammenspielen sollen, um eine gute Pflege und medizinische Behandlung generell zu ermöglichen und nicht tendenziell zu verhindern. In der Praxis gibt es sehr verschiedene Varianten von Abgeltungssystemen, wie der folgende Abschnitt zeigt. Das Zahlungssystem im Bereich der Pflege hat seine besonderen Charakteristika, die in den Abschnitten 3.3 und 3.4 kurz beschrieben werden.

3.1 Verschiedene Abrechnungssysteme

Dem starren Standard der Fallpauschalen fundamental entgegengesetzt ist der Abrechnungsmodus, der in der folgenden Geschichte beschrieben wird:

Ein Inder, neben dem ich zufällig in einem Zug nach Wien sass, erzählte mir, dass er Atomphysik studiert habe und als Risikomanager von Atomkraftwerken tätig sei. Aber er arbeite seit vielen Jahren jeweils am Freitag und übers Wochenende als homöopathischer Arzt. Er sei dazugekommen, weil seine Mutter über Jahre sehr krank gewesen war und ihr selbst eine aufwendige Behandlung in den USA nichts gebracht habe. Nur die Homöopathie habe ihr letztendlich geholfen. Diese Erfahrung hat ihn dazu gebracht, sich mit Homöopathie zu befassen und sich darin auszubilden. Seine praktischen

Erfahrungen überzeugten ihn immer noch, sagte er. Ich fragte ihn, wie denn das so sei, wenn er die Leute behandle: Ist es üblich, einen fixen Betrag für die Behandlung zu bezahlen? Wie viel? Er reagierte auf diese Fragen einer Ökonomin ein wenig empört: Die Leute bezahlen, je nachdem ob die Behandlung geholfen hat oder nicht, und sie bezahlen je nachdem, was sie denken, wie viel Mühe er sich mit der Behandlung gegeben hat. Man könne doch nicht Geld verlangen für medizinische Behandlungen, die nichts nützen oder alles noch schlimmer machen.

Patienten bezahlen in diesem Bezahlungsmodus ex post aufgrund der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung und aufgrund ihrer persönlichen Zahlungsfähigkeit. Es geht um die Anerkennung der Anstrengungen eines kompetenten Arztes und der Erfolge der Behandlung. Diese Bezahlungsvariante geht radikal von der Vorstellung aus, dass die Qualität und das Resultat der Behandlung für deren

Bezahlung entscheidend sein müssen, und weist somit in eine gegenteilige Richtung als die heutigen Fallpauschalen und Tarifregelungen.

Die OKP-pflichtigen Leistungen (OKP=obligatorische Krankenpflegeversicherung) werden heute auf die eine oder andere Art aufgrund von Leistungen respektive Leistungskategorien bezahlt und nicht aufgrund von Performance, weil diese nicht gemessen werden kann (s. Kapitel 3.2 und 3.3 in Teil 2 dieser Studie, s. «Zur Sache» 3.2). Aus der Sicht der Pflege stellt sich die Frage, wie und welche Pflegeleistungen bezahlt werden und vor allem, was unter einer Pflegeleistung verstanden wird.

3.2 Lücken in den Definitionen pflegerischer Leistungen

Der Pflege ist sowohl in den Regelungen der Fallpauschalen als auch im Gesetz zur Pflegefinanzierung (s. Teil 2) die «Definitionsverantwortung» (Bartholomeyczik, 2010: 143) weitgehend verweigert worden, obwohl es sich bei diesen Regelwerken um sehr aktuelle Gesetzgebungen handelt und nicht um solche aus den 1950er oder 1960er Jahren. In den Gesetzen und der bisherigen Praxis werden unter professioneller Pflege implizit fast exklusiv die Umsetzung ärztlicher Behandlungsentscheide und die (Teil-)Unterstützung von Patientinnen und Patienten im Umgang mit ärztlichen Behandlungen verstanden. Seit es Ansätze zu pflegewissenschaftlichen Überlegungen gibt, geht das Selbstverständnis der Pflege jedoch sehr viel weiter, nämlich insofern, als es nicht zuletzt auch um das Kranksein und dessen Folgen geht, um eine «Beeinträchtigung [bezüglich der Fähigkeit], selbstständig mit dem Leben zurechtzukommen», um die «Aktivitäten des Alltags, die für ein selbstständiges Leben erforderlich sind» (Bartholomeyczik, 2010, 136 ff.).

Zwischen Pflege- und Care-Arbeit besteht ein enger Bezug. Pflege übernimmt das, was wir, ob es uns passt oder nicht, alle zeitweise brauchen: Care in Situationen von Kranksein, insbesondere Pflege und Sorge um uns selbst, um unsere kranken und gebrechlichen Körper, was ein Können und Wissen voraussetzt, das wir nicht haben. Pflege kann als «informiertes Caring» (SBK-ASI 2011, S. 38) bezeichnet werden (s. Textbox auf S. 16).

Dieser Aspekt der Sorge- und Versorgungsarbeit (Care-Arbeit) bei der Pfl egetätigkeit, wie Bartholomeyczik in ihrem Artikel zur aktuellen professionellen Pflege in Deutschland

Als Mitglied des ICN (International Council of Nurses) übernimmt und unterstützt der Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK dessen breites Verständnis von professioneller Pflege: «Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der

Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.» (Offizielle Übersetzung von den Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, s. Website SBK)

darstellt (Bartholomeyczik 2010, S. 136 ff.), wurde von den Pflegewissenschaften und von internationalen Organisationen und Verbänden im Laufe der Zeit unterschiedlich umschrieben, mehr oder weniger betont, aber immer genannt. Er läuft aber, so die hier vertretene These, immer wieder Gefahr, zu verschwinden: aus der öffentlichen Debatte und im Fall der Schweiz vor allem aus den Bestimmungen über die OKP-pflichtigen Leistungen. Er passt nicht in die industriellen Traditionen des Denkens bezüglich Leistung und Fortschritt in der Produktion. Dies zeigt sich beispielsweise an den massiven Unterschieden zwischen den Tarifen für medizinische Pflege einerseits und für Grundpflege andererseits (s. Kapitel 4.2 in diesem Teil) und auch daran, dass bei den OKP-pflichtigen Leistungen viele dieser informierten Caring-Tätigkeiten wie Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten nicht enthalten sind. Damit werden Grenzen zwischen qualifizierter professioneller Pflege, nicht so ganz qualifizierter professioneller Grundpflege und als «Nicht-Pflege» definierter Pflege Tätigkeit gezogen, die zu dysfunktionalen Arbeitsteilungen zwingen. Mit diesen Unterscheidungen ist die Arbeitsteilung bei der Pflege der Spitex und in den Pflegeheimen stark vorgespurt. Gegenwärtig wird in politischen Debatten heftig um diese Pflegedefinitionsgrenzen mit wechselhaften Verordnungen und politischen Debatten gekämpft. Wie aus der Sicht der Pflege diese Grenzen, sprich Grenzen bei der Arbeitsteilung, sinnvollerweise gezogen werden sollten, wird ignoriert.

3.3 Traditionell tiefe Einkommen für pflegerische Leistungen

3.3.1 Eine Frauengeschichte

Pflege ist seit mehr als hundert Jahren ein Frauenberuf: Berufe und ihre Entlohnung haben eine lange Geschichte, so auch die Pflege. Es brauchte eine lange Zeit, bis die Pflege als Berufstätigkeit mit entsprechender Ausbildung anerkannt, und noch länger, bis das Lohnniveau auf dasjenige vergleichbarer Berufsgruppen angepasst wurde (Bischoff, 1986; Mühlherr, 2007; Wiederkehr, 2009).

Es gibt zwei kultur- und geschlechtergeschichtliche Faktoren, die bis heute einen Einfluss auf das Einkommensniveau und den Berufsstatus von Pflegenden haben:

- Haushaltsnähe (Bischoff, 1986, S. 23)
- Körpernähe ist Teil einer Lohnformel, die wie folgt lautet: «high-touch, low-status job» (McDowell, 2009, S. 162)

Das «Geschlecht der Pflege» (Appelt, Heidegger, Preglau und Wolf [Hrsg.], 2010: Einleitung S. 12, s. auch Artikel Teil 1) ist überall vorwiegend weiblich. Nur sind je nach Land die Übergänge zwischen unbezahlter, schlecht bezahlter und halbwegs anständig bezahlter Pflege sehr unterschiedlich organisiert. Die Schweiz zeichnet sich dadurch aus, dass im Unterschied zu anderen westeuropäischen Ländern wie den Niederlanden und den skandinavischen Ländern der unbezahlte Teil der Pflege und Betreuung einen sehr hohen Anteil ausmacht. Ähnliches gilt auch für die Betreuung von Kindern (Madörin 2010b). In der Schweiz ist der Anteil der Frauen bezüglich Volumen sowohl der unbezahlten als auch der professionellen Arbeit bei der Langzeitpflege und bei der Pflege, Betreuung und Unterstützung gebrechlicher und pflegebedürftiger alter Menschen hoch, höher als bei anderen bezahlten und unbezahlten Care Arbeiten.

3.3.2 Eine moralisch-ethische Geschichte

In Europa gibt es eine lange Geschichte der Moraldebatte darüber, was bezahlt werden darf und was nicht. Die Arbeiten des Mediävisten (Wissenschaftler auf dem Gebiet der Geschichte, Kunst, Literatur usw. des europäischen Mittelalters) Jacques le Goff zum Ökonomieverständnis (Le Goff, 2008) und zu den Intellektuellen (Le Goff, 1985) im Mittelalter zeigen beispielsweise, wie anders als heute im 12. und 13. Jahrhundert die Wertvorstellungen darüber waren, was bezahlt werden sollte und was nicht. Zinsen für Darlehen wurden im Mittelalter nicht nur als Diebstahl an Eigentum, sondern auch als Diebstahl an Zeit angesehen. Da die Zeit

keinem anderen gehört als Gott, ist der Wucherer ein Dieb des Eigentums Gottes. Diese Sünde ist in ihrer Schwere nur vergleichbar mit derjenigen von Prostituierten und Gauklern (Le Goff, 2008, 52/53). Als ähnlich schlimm wurde lange Zeit von der Kirche die Bezahlung der Intellektuellen gesehen: Auch sie wurden für etwas bezahlt, was ein Geschenk Gottes war: das Wissen und die Wissenschaften, die göttliche Wahrheit sozusagen. Mit der Bildung von Städten im 13. Jahrhundert entstanden zunehmend Zentren des Unterrichts und der Wissenschaft ausserhalb der Klöster und Kirchen. Die Frage stellte sich, wovon die säkularen Professoren und Studenten auf den Universitäten leben konnten, ob und wie Professoren bezahlt werden sollten: mit Lohn, Honoraren oder Renten. Die Kirche propagierte, dass Unterricht gratis sein muss und die Unterrichtenden im Rahmen der Kirche ihren Lebensunterhalt garantiert haben sollten. Es entstand ein langer Streit zwischen den abhängigen, das heisst in die Kirche eingebetteten, und den säkularen, unabhängigen Intellektuellen (Le Goff, 1985, Einl. S. II und S. 104 ff.). Das Argument «Gottes Geschenk» hat sich bis heute erhalten: Heutige Zeitzeugen berichten, dass man Heilerinnen und Heilern im Jura, die sehr oft bei starken Schmerzen konsultiert wurden, unter keinen Umständen mit Geld bezahlen durfte. Erlaubt war, Honig, Wein oder sonst ein kleines Geschenk zu bringen. Auch hier galt das Argument, dass die Fähigkeit des Heilens ein Geschenk Gottes ist.

Eine andere Argumentation dreht sich um das Ideal der Würde des Menschen und die Gefahr der Korruption durch Geld. Der Philosoph Immanuel Kant (1724–1804) formulierte es so: «Würde ist, was keinen Preis hat.» (zit. in Neckel, 1995, S. 10). Noch im 16. Jahrhundert konnte im deutschen Sprachraum «jeder bezahlte Dienst einer Person mit dem Ausdruck «Hurerei» bezeichnet werden, weil hier etwas bezahlt wurde, was nur in Gegenseitigkeit getauscht werden sollte und viel mit Menschenwürde zu tun hat, die nicht käuflich sein kann» (Neckel, 1995, S. 10).

Auch die neoklassische Ökonomie knüpft an diese alten Vorstellungen über die Besonderheiten von Care-Arbeit und den Dienst an und für Menschen an: Es wird zwischen zwei verschiedenen Anreizen unterschieden, die Menschen dazu veranlassen, zu arbeiten und Leistungen zu erbringen: zwischen intrinsischen («von innen heraus») Anreizen, die nicht durch Geldanreize «verdorben» werden sollen, und extrinsischen, äusseren Belohnungssystemen vor allem in Form von Geld, aber auch Ruhm und sozialem Status. In diesem

Denkmuster gibt es zwei Argumente, die tiefere Löhne in der Pflege und anderen Care-Berufen rechtfertigen:

1. Noch 2005 hat das «Journal of Health Economics» einen Artikel des britischen Ökonomen Anthony Heyes veröffentlicht, der argumentierte, dass die Motivation für «gute Pflege» nicht Bezahlung, sondern «Berufung» sein muss. Die Erhöhung der Löhne würde mehr Leute der «falschen Sorte», nämlich nicht altruistisch motivierte, animieren, in den Beruf einzusteigen. Eine Kritik dieses Artikels, den zwei bekannte US-Ökonominen, Nancy Folbre und Julie A. Nelson, daraufhin verfassten, wurde von der Zeitschrift nicht veröffentlicht (Adams et al., 2009, S. 9). Die Frage der adäquaten Bezahlung der Pflegearbeit wird sozusagen abgewälzt auf eine ethische Frage der richtigen Motivation in der Pflege. Gesundheitsökonominnen gehen offenbar für die Pflegenden von einem anderen, nämlich moralischen statt monetären Anreizsystem aus, nicht jedoch für die Ärztinnen und Ärzte, denen von den Markttheoretikern finanzielle Eigeninteressen, die ihre Behandlungsentscheidungen dominieren, unterschoben werden. Diejenigen, die entscheiden, das heisst in der Regel die Ärzte, verfolgen nach dieser Sicht Eigeninteressen. Diejenigen, welche die Entscheidungen der Ärzte ausführen, die Pflegefachkräfte, brauchen eine hohe Dosis an Selbstlosigkeit respektive altruistischer Motivation, um gute Pflege zu gewährleisten. Dies soll nicht mit besseren Löhnen «verdorben» werden.
2. Ähnlich lautet das zweite Argument: Die Pflegearbeit – sich um andere kümmern zu können – bringt eine grosse berufliche Befriedigung (der Frauen) mit sich (Folbre, 2006, S. 22). Der schlechte Lohn wird sozusagen mit dem Sinn der Arbeit aufgebessert.

Bezahlung und gesellschaftliche Anerkennung sind nicht dasselbe – jedenfalls nicht im Fall des Pflegeberufs, das zeigen auch die immer noch gängige Unterscheidung zwischen intrinsischen und extrinsischen Motivationen und die Vorstellung darüber, was bezahlt werden soll. Pflege genießt hierzulande als Gesundheitsberuf ein hohes Ansehen, dennoch vertritt die Öffentlichkeit nicht vorherrschend die Meinung, Pflege erfordere eine gute Bezahlung und eine gute Ausbildung.

Die Pflegefachfrau und Ökonomin Valerie Adams und die Ökonomin Julie A. Nelson sind der Frage von Anerkennung und Bewertung genauer nachgegangen. Sie stellen in einer Tabelle die verschiedenen Tätigkeiten der Pflege und die damit verbundene Anerkennung (Recognition) beziehungs-

weise Bezahlung (ökonomische Belohnung; Reward) für die gegenwärtige Situation (in den USA und in Australien) dar:

Tabelle 1

Current status of recognition and economic reward

Knowledge (medical, assisting)

Mind	Body
Recognition: mixed	Reconition: no
Reward: yes	Reward: no

Virtue (help, assisting)

Mind	Body
Recognition: yes	Reconition: mixed
Reward: no	Reward: minimal

Quelle: Adams und Nelson, 2009, S. 18, Tab.3. Mit den Kategorien Mind/Body beziehen sich Adams und Nelson auf die kartesianische Dichotomie von Geist/Seele und Körper.

genannten Gesundheitsberufe um zwei Lohnklassen hinaufgestuft werden müssen. Der Kanton musste rückwirkend rund 280 Millionen Franken an Lohnsumme nachzahlen. Nach dieser Gerichtsentscheid wurden Lohnklagen auch in anderen Kantonen eingereicht (Wiederkehr, 2009: 96–99), die aber nicht überall erfolgreich waren. Bei den Lohnklagen wurde nicht mit den Pflegeleistungen an und für sich (wie bei Adams und Nelson) argumentiert, sondern mit einem vergleichbaren Beruf (Polizistinnen und Polizisten) bezüglich Ausbildung, Stress und Komplexität. Wie der Artikel von Wiederkehr zeigt, scheint es innerhalb der Gesundheitsverwaltungen eine schier unaufhaltsame Regulierungsmanie zu geben, die trotz Gerichtsurteilen erneut darauf abzielt, irgendwie Lohnkosten im Pflegebereich zu senken, sei es durch die Erfindung neuer Berufsausbildungen, durch neue Lohnskalenregelungen im öffentlichen Bereich oder sei es durch Einführung der DRG-Pauschalen.

Adams und Nelson stellen die Frage, wann es den Pflegenden wohl gelingen werde, beides, sowohl Anerkennung als auch Belohnung, für alle Aspekte der Pflege zu erhalten (S. 19). Sie schildern in ihrem Artikel vertrackte Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten, in denen sich Pflegenden befinden, wenn es um Anerkennung und Bezahlung von Pflegetätigkeiten geht: Bestimmte Pflegetätigkeiten, vor allem Körperpflege, finden keine oder wenig Anerkennung, werden zwar bezahlt, allerdings nur schlecht, und haben einen niedrigen Status in der Hierarchie der Pflegetätigkeiten. Sie sind aber, wie jede Pflegende weiss, wichtiger Teil der Pflege. Andere Tätigkeiten (z.B. medizinische Pflege) werden regulär bezahlt, aber die damit verbundene professionelle Kompetenz findet nur eine beschränkte Anerkennung.

3.3.3 Diskriminierung im Vergleich zu anderen Berufen

1996 reichten 47 Klägerinnen aus dem Gesundheitsbereich im Kanton Zürich eine Lohnklage ein, die sich auf das Lohndiskriminierungsverbot im eidgenössischen Gleichstellungsgesetz berief. Verglichen wurden dabei die Löhne der klagenden Pflegefachfrauen, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeutinnen und Berufsschullehrerinnen für Pflege mit denjenigen von Polizeisoldaten. Das Verwaltungsgericht entschied im Jahr 2001, dass die Lohnklassen für die

4 Zeitmessung von Pflegeleistungen

Eines ist klar: Wie auch immer die Abrechnungssysteme für die Pflege ausgestaltet sind, stellt sich primär die Frage, welche Pflegetätigkeiten als OKP-pflichtig gelten und wie viel Zeit dafür einberechnet wird. Eine Stunde professionelle Pflege zu einem regulären Lohn zu bezahlen, das können sich auf die Dauer auch Leute mit einem Mittelklasseeinkommen nicht leisten, wenn nicht ein grosser Teil durch Transfers (via Staat, Krankenkassen) finanziert wird. Zentral ist deshalb, wie die Regelungen für die OKP-pflichtige Pflege ausgestaltet sind. In der Schweiz sind in der Pflege zudem nur sehr enge ökonomische Spielräume vorgesehen, vor allem in der ambulanten Pflege und in Pflegeheimen (s. dazu Teil 1: 3.3; Teil 2: 6.2). Es geht um verschiedene Aspekte: Ist eine Behandlung OKP-pflichtig, welche Leistungen der Behandlung werden als OKP-pflichtig angesehen, wie viel Zeit wird für sie eingeräumt und wie ist die Zeit in Tarifen bewertet?

4.1 Sichtbar machen und bewerten

Um sich als Profession von den Ärztinnen und Ärzten abzugrenzen, aber auch um die grossen Leistungen sichtbar zu machen, die mit Pflege einhergehen, haben Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler begonnen, Listen von Pflegeinterventionen zusammenzustellen. Ihre Erarbeitung ist, zusammen mit Diagnose- und Outcomeklassifikationen, grundlegend für die wissenschaftliche Arbeit und Systematisierung der Erfahrungen in der Pflege (Bowker und Star, 2000, S. 229–254).

Bisher unsichtbare Tätigkeiten können auf verschiedene Art und Weise sichtbar gemacht werden,

- indem sie bezeichnet und klassifiziert werden. Die wissenschaftliche Klassifikation gibt den definierten und mit einem Begriff bezeichneten Tätigkeiten der Pflege ein besonderes Gewicht. Bowker et al. (2000) haben im Kapitel zur Entstehung der Nursing Intervention Classification (NIC) in den USA den treffenden Titel gewählt: «What a Difference a Name Makes – The Classification of Nursing Work» (S. 229 ff.).
- indem ihr zeitlicher Aufwand erhoben wird. An der UNO-Frauenkonferenz von 1985 stand erstmals die Forderung zur Debatte, dass unbezahlte Arbeit statistisch erfasst werden soll. Dazu gibt es denn jetzt auch internationale Datensammlungen, allerdings nicht für alle Länder. In der Schweiz existieren solche Datensätze seit 1997; sie werden alle drei bis vier Jahre erhoben. In der Pflege wird, um die Dimensionen der Pflegearbeit darzustellen,

den einzelnen Pflegeleistungen ein zeitlicher Aufwand zugeordnet (LEP).

- indem ihr Wert in monetären Grössen berechnet wird. In einem Artikel über die monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit in der Schweiz und über die Berechnung eines «erweiterten Bruttoinlandsprodukts» titelte die NZZ am 28. September 2012: «Unbezahlt heisst unsichtbar.»

Der Fall von gut bezahlten Managern zeigt, dass die (öffentliche) Bewertung respektive Anerkennung nicht unbedingt davon abhängt, dass in einer langen Liste aufgezählt wird, was die Manager alles tun, wenn sie am Morgen ins Büro eintreten, und wie viel die von ihnen geleisteten Arbeitsminuten wert sind. Weder ist klar, was sie arbeiten, noch wie viele Stunden und Minuten sie es tun. Niemand verlangt von ihnen Auskunft darüber, wie viele Sekunden Zeit sie im Durchschnitt dafür brauchen, wenn sie am Morgen im Büro das Fenster öffnen, sich hinsetzen, die Agenda durchsehen und den Generalsekretär anrufen und ihn fragen, wie es ihm geht und was dringend zu besprechen sei. Manager und Managerinnen machen auch sehr viel Beziehungsarbeit in Sitzungen, in Gesprächen mit Angestellten, Fachleuten usw. Doch der Aufwand dafür wird nicht erfasst, ebenso wenig gibt es eine Tarifregelung für diese Arbeit. Das Pflichtenheft des Managers besteht nicht darin, was er tun muss, sondern wofür er zuständig ist. Diese Auffassung gilt für viele qualifizierte und verantwortungsvolle Berufe. Sie ist auch noch als Grundidee in den Formulierungen des KVG bezüglich der Kriterien von OKP-pflichtigen Leistungen enthalten (s. Teil 1, Kapitel 1 und 2).

Heute ist das jedoch für Ärztinnen und Ärzte anders (auf die Pflege wird im nächsten Kapitel eingegangen), jedenfalls wenn es sich um OKP-pflichtige Leistungen handelt. Via Tarmed legen heute die Ärztinnen und Ärzte Rechenschaft für jede OKP-pflichtige Leistung ab. Ihre Entschädigungen werden aufgrund von komplizierten Taxpunktordnungen festgelegt. Nebst den Kriterien zeitlicher Aufwand, Schwierigkeit und Infrastrukturkosten gibt es für die Berechnung von Tarmed ein weiteres Kriterium: die «Dignität». Auf der Website der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) ist dazu zu lesen:

«Ärztinnen und Ärzte, die ihre Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen abrechnen, benötigen dafür eine bestimmte qualitative Dignität. Damit ist die fachliche Qualifikation gemeint – d. h. die in der Weiterbildungsordnung geregelten Facharzttitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise.

Diese qualitative Dignität ist bei jeder einzelnen Leistung des Tarifwerks TARMED vermerkt. Die vertragliche Grundlage dazu bildet das Dignitätskonzept.» (www.fmh.ch)

Das Wort Dignität kann als Referenz zum früheren hohen Status von Ärzten gelesen werden. Synonyme für Dignität sind nebst Bildungsgrad auch Ansehen, Vornehmheit, hohes Amt, hohe Würde, eine mit Amt und Ehrenstellung verbundene Würde. Heute bedeutet der Begriff Dignität im genannten Zusammenhang nur noch Aus- und Weiterbildung als Fachärztinnen und Spezialisten. So kann eine Ärztin mit einer Spezialistenausbildung höhere Taxpunkte geltend machen als ein Arzt ohne Facharztstitel. Gewisse Leistungen dürfen zudem ohne Facharztausbildung und Spezialisierung nicht erbracht werden.

4.2 Unterschiedliche Massstäbe für Pflegeleistungen und ärztliche Behandlungen

Die Pflgetarife sind zwar auf den ersten Blick gesehen nach ähnlichem Prinzip wie Tarmed gestaltet. Genauer besehen, gibt es jedoch wesentliche Unterschiede:

Jeder Leistungstarif enthält implizit eine Vorstellung darüber, wie viel Zeit eine Leistung braucht und wie hoch diese Zeit in Geld bewertet wird. Dies gilt auch für Tarmed. Was aber die (ambulante) Ärztin konkret tut, ist nicht vorgeschrieben. Der OKP-pflichtige Zeitaufwand ist in der Pflege jedoch festgelegt und standardisiert, sei dies im Spital (durch die Fallpauschalen), sei es in Pflegeheimen oder in der Spitex. Bei der Spitexpflege muss im Zeitrhythmus von zehn respektive fünf Minuten abgerechnet werden. Die Leistung, zum Beispiel Wundpflege, darf nicht mehr Zeit beanspruchen als vorgesehen, und es dürfen nicht zusätzliche Leistungen erbracht werden, die nicht vorgesehen sind. Bei der Grundpflege sind pro Tag nicht mehr als drei Stunden und vierzig Minuten des Grundtarifes OKP-pflichtig und bei länger andauernder Pflege wird nur die Hälfte des vorgesehenen Stundentarifs bezahlt. Je pflegebedürftiger eine Person ist, desto schlechter fallen die Leistungen der OKP aus und desto höher ist der Anteil, den die Patientin oder der Patient (bzw. die Angehörigen) bezahlen muss. Man könnte in diesem Zusammenhang Harts These vom «umgekehrten Care-Gesetz» (Inverse Care Law) sprechen, das er bezüglich armer Quartiere oder Gemeinden (communities) formuliert hat: Je mehr eine Gemeinwesen eine gute medizinische Versorgung braucht, desto weniger hat sie Zugang dazu (Hart,

2006, S. 67). Oder: Je mehr Pflege jemand in der Schweiz braucht, desto kleiner ist der Anteil, den die Sozialversicherung für Pflege bezahlt.

Pflgetarife sind in der Spitex in drei Klassen unterteilt: Der höchste Tarifansatz ist für die Bedarfsabklärung und die Planung der notwendigen Massnahmen (zusammen mit Ärzten) sowie die Koordination und die Kontrolle vorgesehen. Der mittlere Tarif für die medizinische Pflege (Untersuchung und Behandlung) und der niedrige Tarif für die Grundpflege. Die für 2013 gültige Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) legt fest, dass der hohe Tarifansatz 46 Prozent höher ist als der Grundpflegeansatz und 22 Prozent höher als der Ansatz für die medizinische Pflege. Dies ergibt ein starkes Gefälle, das zu Arbeitsteilung, auch wenn sie dysfunktional ist, geradezu zwingt (KLV vom 1. 1. 2013, Art. 7 und 7a). Dabei handelt es sich um Bundesvorschriften. Wie Kantone am Schluss die Abrechnungssysteme zusätzlich regeln, variiert sehr stark. Die Bundesvorschriften wurden zudem in den letzten Jahren mehrmals geändert.

Während bei den Ärzten Praxiskosten in die Tarmed-Tarife eingehen, sind die vollen Kosten der Pflege, die auch die Fixkosten enthalten, in den Tarifen nicht abgedeckt. Dies gilt sowohl für die Pflegeheime als auch für die ambulante Pflege. Letzteres zeigen die Tarife für die freiberuflichen Pflegekräfte klar. Sie sind von einer bemerkenswerten Willkür geprägt: Sie müssen jährlich ausgehandelt werden und die Tarife unterscheiden sich von Kanton zu Kanton beträchtlich. Oder anders gesagt: Die Tarife, die für die Pflegeleistungen von der OKP bezahlt werden müssen, sind zu tief. Was Kantone oder Gemeinden darüber hinaus bezahlen, ist je nach Kanton und Ort sehr unterschiedlich geregelt.

Zwar wird heute der zeitliche Pflegeaufwand akribisch quantifiziert und bewertet. Insofern ist er sehr gut sichtbar, jedenfalls, was die OKP-pflichtigen Leistungen anbelangt. Aber die Bewertung enthält gleichzeitig eine Art «Abwertungsskala», die nicht den Einsichten der Pflegewissenschaften über die Komplexität, Breite und die notwendige Qualifikation der Pflege entspricht. Die Werturteile, die hinter diesen Tarifen und Skalen stecken, enthalten immer noch etliche Rückstände der patriarchalen Gesellschaften des 19. Jahrhunderts. Dazu kommt die wichtige Frage: Wie viel Zeit wird den Leistungen zugeordnet? Und nicht nur das: Den Zeitbudgets liegen letztlich lineare Vorstellungen über die Zeitökonomie von Pflege zugrunde. Je kleiner die Zeiteinheit, in der abgerechnet werden muss, desto weniger Schwankungen darf es

geben beim Zeitaufwand für pflegerische Interventionen. Das Fünf-Minuten-Regime ist ausserordentlich starr. Dies wird im Folgenden genauer illustriert.

4.3 Problematische Zeiterfassung

Bei der Ermittlung des Pflegebedarfs ist die Einschätzung des Zeitbedarfs zentral sowohl für die Arbeitsorganisation der Pflege als auch für ihre Qualität. Bartholomeyczik (2007a) äusserte sich 2007 in einem Referat in Wil SG zur Pflegezeitmessung sehr kritisch. Sie sieht aufgrund ihrer eigenen Forschungsarbeiten zu Zeitmessungen folgende Probleme:

Je nach Erhebungssystem kann der für bestimmte Leistungen gemessene zeitliche Aufwand sehr unterschiedlich ausfallen. Das Leistungserfassungssystem in der Pflege (LEP) dokumentiert, was für den Patienten getan und wie viel Zeit dafür aufgewendet wurde. Das schweizerische LEP kommt aber im Vergleich zum deutschen PPR (Pflegepersonalregelungen) für die stationäre Pflege auf deutlich höhere Zeiten. In der Schweiz wird mehr Zeit für die Pflege eingeplant als in Deutschland. Ebenso unterscheidet sich der Zeitaufwand für die gleiche Patientengruppe in fünf verschiedenen Ländern Nordamerikas und Mitteleuropas. Diese Zeitmessungssysteme (wie PLAISIR, PNR) können sich pro Pfl egetag und Patient gemessen um bis fast das Doppelte unterscheiden. Alle, so Bartholomeyczik, *«beanspruchen zuverlässige Systeme zur Personalbemessung darzustellen. Meist wird auch behauptet, dass die hinterlegten Normzeiten aufgrund empirischer Ergebnisse entwickelt wurden»* (Bartholomeyczik, 2007a).

Bei der Entschädigung der OKP-pflichtigen Leistungen geht es in der ambulanten Pflege und in den Pflegeheimen auch um die Frage, wie hoch der Pflegebedarf einer Patientin oder eines Patienten ist. Bartholomeyczik war an der Forschung dazu beteiligt und weist auf drei Probleme hin, die vor allem die Grundpflege betreffen:

- die unterschiedlichen Zeiten, die Patienten beispielsweise beim Ankleiden brauchen,
- Multitasking (Füsse waschen und gleichzeitig Mahlzeiten besprechen) und
- die Tatsache, dass eingespielte Teams weniger Zeit brauchen als solche, die neue Patienten pflegen.

Wie wird der Zeitaufwand gemessen, den es braucht, bis sich alle – die Gepflegten die pflegenden Angehörigen und

die professionelle Pflege – aneinander gewöhnt haben? Am Anfang braucht es viel mehr Zeit, die Interaktionszeiten sind nicht linear.

Bartholomeyczik (2007a) hält die Zeitmessungen aus den oben erwähnten Gründen für sehr problematisch:

«Auch wenn man von vielen Dingen Zeiten erfassen kann, halte ich Zeitmessungen nicht für das geeignete Instrument, Personalplanung zu betreiben, zumindest nicht für das ausschliesslich Wichtige! Ich verstehe auch nicht, warum das ständig und immer wieder in der Pflege diskutiert und als notwendig angesehen wird, während die Finanzierung ärztlicher Leistungen ganz anders verläuft. In Deutschland wird nach einem Punktesystem refinanziert, bei dem zwar teilweise auch Zeitvorstellungen eingehen, aber in sehr unterschiedlichem Masse. Die Komplexität der Pflegesituationen, die Anforderungen an die unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegenden und die Qualität der pflegerischen Leistungen müssen einbezogen werden. [...] Anforderungen an pflegerische Leistungen können bekanntermassen sehr unterschiedlich sein, was sich aber nicht unbedingt in Zeiten, sondern vielmehr in erforderlichen Kompetenzen niederschlägt.»

Es gibt zwei Punkte, die noch zusätzlicher Erwähnung bedürfen: die Präsenzzeiten und die unabsehbaren Zeitrhythmen von Genesung und Krisen der Patienten (hier: Patientenzeiten). Bei den Präsenzzeiten (passive Care) besteht ein zusätzliches Problem bezüglich Zeitmessung. Untersuchungen in Australien haben beispielsweise bezüglich Kinderbetreuung gezeigt, dass wenn zu der Zeit der direkten Betreuungsarbeit (z.B. Windeln wechseln, mit den Kindern spielen, Hausaufgaben machen; nicht enthalten ist dabei die zusätzliche Hausarbeit, die durch die Kinder entsteht) auch Multitasking (z.B. kochen, währenddem die Kinder in der Küche spielen) und die Präsenzzeiten (z.B. Zeitung lesen, währenddem die Kinder Hausaufgaben machen oder schlafen) zusammengezählt werden, der gesamte Zeitaufwand für die Betreuung der Kinder auf etwa das Vierfache der Zeit steigt, die gemessen wird, wenn nur die direkte Betreuungsarbeit erfasst wird (Ironmonger, 1996, S. 56). Ähnlich dürfte es sich bei sehr pflegebedürftigen Menschen verhalten, die nicht einfach allein gelassen werden können. Die Zeitmessungen, die «nur» Pflegeinterventionen messen, unterschätzen die effektiv notwendige Pflegezeit je nach Situation vermutlich beträchtlich. Die Schwankungen bei den Patientenzeiten erschweren eine genaue Zeitplanung.

Manchmal haben Patientinnen und Patienten eine Krise und brauchen mehr Zeit. Einige haben lange Anfangszeiten, bis es ihnen besser geht, oder sie erholen sich lange nicht, obwohl es anfänglich anders ausgesehen hat usw. Die Patientenzeiten sind ein wesentlicher Teil der pflegerischen Interaktion. Die lineare Zeitmessung, ihre Einteilung in Fünf-Minuten-Einheiten wie auch die Hierarchisierung der Pflegearbeiten und der damit verbundenen beruflichen Kompetenzen schaffen Voraussetzungen, die eine effiziente und effektive Pflege erschweren.

Es könnte auch, nach andern Kriterien abgerechnet werden. Das zeigt das folgende Beispiel aus den Niederlanden:

In den Niederlanden rechnen Homecare-Organisationen in der Regel gegenüber den Versicherungen ähnlich ab wie in der Schweiz: mit definierten Pflegeleistungen, die in einer bestimmten Zeit erbracht werden müssen und denen unterschiedliche Tarife zugeordnet sind. Das war Anlass zur Gründung einer neuen, inzwischen ausserordentlich erfolgreichen Spitexorganisation namens Buurtzorg, die Leistungsabgrenzungen, Tarifunterschiede und die bisherigen Tarifabrechnungen bei der ambulanten Pflege ablehnt. Sie rechnet nach Zeit ab und stellt möglichst viele Fachpflegepersonen ein (gegenwärtig hat etwa die Hälfte der Angestellten eine Bachelorausbildung). Über einen der Initianten des Projekts ist Folgendes zu lesen:

«Jos de Blok was originally a district nurse and, until 2006, worked for regular homecare organizations. He also had management functions in those organizations. I entered the healthcare sector out of passion and compassion. I very much wanted to add something to the lives of others. District nurses don't have a job, they are their job. Over the past few years, that has seemed to disappear. Providing care had become something entirely different. It was suddenly all about production, protocols and administration. It was heading in the wrong direction.» (www.nieuworganiseren.nu/cases/buurtzorg-nederland/)

De Blok geht von der Überzeugung aus, dass die Arbeitspraxis entscheidend dafür sein muss, wie eine Organisation strukturiert ist:

- Teams von Pflegefachkräften vernetzen sich selber (in einem Quartier oder einer Region in Gruppen von maximal zwölf Personen), organisieren ihre Arbeit eigenständig, ebenso die Kontakte zu den Ärztinnen, zu anderen Therapeuten usw.

- Der Pflegebedarf von einzelnen Patienten wird (organisationsintern) als globale Zeitgrösse berechnet und nicht nach Leistung oder Tarifgruppe. Die Überzeugung ist, dass die Pflegefachkräfte dazu ausgebildet sind, zu beurteilen, was jeweils notwendig ist und wie oft. Es sind Pflegeteams, welche die Pflege selbst koordinieren, und nicht eine zentrale Koordination und es sind die Pflegefachpersonen, die ad hoc entscheiden, was es bei einem Besuch bei Patienten gerade braucht. Aufgrund der ärztlichen Verordnungen werden nur generelle Zeitrichtlinien eingehalten.
- Es werden zwar höhere Löhne bezahlt als bei den andern Spitexorganisationen, aber dank der Selbstorganisation der Pflegefachkräfte können hohe Lohnsummen für Management und Administration gespart werden, so dass die Organisation insgesamt günstiger und besser arbeiten kann.

2006 startete eine Gruppe von vier Pflegefachpersonen mit dem Projekt, im Juli 2013 arbeiteten 7000 Personen bei Buurtzorg, davon waren nur 30 Personen mit administrativen Arbeiten beschäftigt. Bei anderen Spitexorganisationen macht die Administration im Durchschnitt 25 Prozent der Kosten aus, bei Buurtzorg acht Prozent. Das heisst, es bleibt mehr Geld für die Pflege. Buurtzorg hat noch nie Werbung zur Anstellung von Pflegefachkräften gemacht, sie melden sich von selbst, weil die Arbeit attraktiv ist. Insgesamt kommen selbst den Versicherungen die Leistungen von Buurtzorg letztlich billiger zu stehen als diejenigen von den regulären Spitexorganisationen, die nach tariflich festgelegten Leistungen und festen Zeiteinheiten abrechnen.

Evaluationen zeigen, dass Buurtzorg in den Niederlanden die beliebteste Spitexorganisation ist, sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Patienten. Buurtzorg ist wirtschaftlicher als eine Pflege, die nach Leistungs- und festen Zeitbudgetprinzipien, wie sie in der Schweiz auch gelten, organisiert ist. Sie ist wirtschaftlicher, nicht weil Leistungsmengen abgebaut werden, sondern weil die Logik der Pflege und ihre Arbeitsprozesse adäquat berücksichtigt werden, das heisst, die Arbeit und die Arbeitsteilung im Sinne der Pflege organisiert sind. Vor allem wurde die Fragmentierung der Pflegearbeit stark reduziert. Das war nur möglich, weil das (dysfunktionale) Tarifsystern durch die interne Arbeitsorganisation von Buurtzorg «unterlaufen» wurde.

Allerdings muss bei diesem vorbildlichen Beispiel festgehalten werden, dass in der niederländischen Pflege-

versicherung wesentlich mehr Pflegeleistungen obligatorisch versichert sind als in der Schweiz.

(Diese Informationen stammen aus einem Referat von Jos de Blok anlässlich einer Tagung der AGGP [Aktion Gsundi Gesundheitspolitik, www.aggp.ch] in Zürich am 4. Februar 2012. Die Zahlen zum Personalbestand stammen aus einem Referat der Buurtzorg-Mitarbeiterin Yvonne Koopman [30. November 2013 in Essen, Deutschland].)

Zusammenfassung

Die heutigen Tarifregelungen für die Pflege enthalten einerseits strikte Zeitvorgaben und Zeitrhythmen, die den Anforderungen der Pflege nicht gerecht werden, und andererseits Tarifierarchien, die zu einer dysfunktionalen Arbeitsteilung zwingen. Das ist das Fazit dieses Teils.

Während in Teil 2 die problematischen Konzepte ökonomischer Regulierungen thematisiert sind, wie sie den Fallpauschalen und heute generell den Debatten zum Gesundheitswesen zugrunde liegen, dreht sich dieser Teil um die Erkundung des Unterschieds zwischen Güterproduktion und Pflegearbeit. Es geht dabei einerseits um die Frage der Strukturierung der Pflege durch Tarifordnungen und Krankenversicherungsgesetzen und andererseits darum, welche «Logik» die Pflegearbeit charakterisiert. Letztlich kommt es darauf an, wie die erforderliche Flexibilität in der Pflege, die Nichtlinearität der Zeitökonomie, die Komplexität der Pflegeprozesse und die Ungewissheiten, welche die Pflegearbeit mit sich bringt, in den Abrechnungssystemen berücksichtigt werden. Sowohl die Abrechnungssysteme als auch die Regelungen, welche Leistungen OKP-pflichtig sind, strukturieren die Zeiträume, in denen Pflege stattfinden kann.

Kostenkontrolle aufgrund des Vergleichs mit dem standardisierten Aufwand für verschiedene Leistung (Benchmarking) ist eine Sache. Sie ist nicht unproblematisch, vor allem auch im Hinblick auf den hohen zeitlichen Aufwand für deren Erfassung. Eine ganz andere Sache ist – mit schwerwiegenden Auswirkungen – ein Tarifsystem, das zwingend auf diesem Benchmarking basiert, so wie bei den Fallpauschalen in Spitälern und – auf andere Art – beim Tarifsystem für Spitex und Pflegeheime. Solche Systeme sind schlicht dysfunktional.

Für Pflegeheime und die Spitex müssen wegen anders gearteter institutioneller Bedingungen und wegen unterschiedlicher Aufgaben der Pflege andere Lösungen gesucht werden als für Spitäler. In den Spitälern stellt sich das geschilderte Problem auch, nur setzen die DRG andere Massnahmen voraus, beispielsweise der Miteinbezug einer Pflegediagnose in das DRG-Kalkül, ebenso Berechnungen für den Pflegeaufwand, die insgesamt eine andere Betriebsorganisation der Pflege ermöglichen. Allerdings stellt sich trotzdem die Frage, ob die DRG, auch wenn eine Pflegediagnose in den Fallpauschalen berücksichtigt wird, ein geeignetes Mittel sind, OKP-pflichtige Leistungen von Spitälern «effizient» zu steuern. Die Überlegungen in Teil 2 und 3 dieser Abhandlungen sprechen dagegen.

So wie von Bartholomeyczik als Alternative (2007a) vorgeschlagen, könnten Tarife für die ambulante Pflege und in Pflegeheimen mit dem Schwierigkeitsgrad und den Kompetenzanforderungen gewichtet werden wie mit Tarmed bei den Ärztinnen und Ärzten. Diese Variante hätte den Vorteil, dass die Pflegeleistungen im Voraus nicht rigid definiert sind wie bei den gegenwärtigen Abrechnungssystemen für Spitex und Pflegeheimen, wo die OKP-pflichtigen Leistungen durch enge Zeit- und Pflegeleistungsdefinitionen begrenzt sind. Nur die Pflegenden selbst können effektiv den momentanen Bedarf jeweils abschätzen und entsprechend ihre Arbeit verrichten – so wie die Ärzte auch. Gegen ein System, wie es Bartholomeyczik vorschlägt, sprechen jedoch mindestens zwei Gründe: Zum einen stellt sich das Problem des damit verbundenen sehr grossen Zeitaufwands für die Erfassung der Pflegeleistungen, soll sie die Komplexität der Pflegeleistungen adäquat abbilden. Zum andern spricht die Logik der Pflegearbeit, wie in Kapitel 1 und 2 dieses Teils dargestellt, gegen solche Leistungsabrechnungen: Die Abbildung von Pflegearbeit in Leistungseinheiten lässt sich wegen der Personenbezogenheit, Komplexität, Vielschichtigkeit und Vielfältigkeit und nur beschränkter Planbarkeit schlicht nicht so standardisieren, dass sie als gute Grundlage von Abrechnungen dienen könnten.

Bartholomeyczik (2007a) wendet sich gegen eine Bedarfsabklärung von Pflege in Form von festen Zeitvorgaben. Eine Alternative bestünde darin, den effektiven Zeitaufwand zu bezahlen. Das heisst nicht, dass der Zeitaufwand und die damit verbundenen Kosten der OKP-pflichtigen Leistungen nicht durch ein Benchmarking kontrolliert werden oder dass durch Abschätzungen des Pflegebedarfs nicht eine provisorische Grenze für die OKP-pflichtigen Leistungen definiert werden könnte, bei der die Möglichkeit besteht, diese aufgrund neuer Pflegediagnosen und Bedarfsabschätzungen zu erweitern. Es stellt sich allerdings die Frage, wer über eine solche Verlängerung entscheidet. Heute haben Krankenkassen in dieser Hinsicht ein zu weit gehendes Entscheidungsrecht. Der Fall von Buurtzorg zeigt, dass ein solches Abgeltungssystem, in dem die Zeitvorgaben nur pauschal gegeben sind, nicht unwirtschaftlicher zu sein braucht, ganz im Gegenteil. Eine wichtige Voraussetzung dafür wäre allerdings eine Entscheidungskompetenz, die Pflegefachkräfte in der Spitex und in Pflegeheimen hierzulande gegenwärtig nicht haben.

Letztlich ist entscheidend, ob die Tarifsysteme und die damit verbundenen Betriebsorganisationen den Realitäten und

der Logik der Pflegearbeit entsprechen. Diesbezügliche Konzepte können nur in Zusammenarbeit mit Pflegekräften und aufgrund der Erforschung der jeweiligen Pflegepraxis und -erfahrungen entwickelt werden.

Was die Schweiz anbelangt, muss allerdings betont werden, dass die Pflege durch die Sozialversicherungen insbesondere in Pflegeheimen und Spitex eindeutig unterfinanziert ist. Der Verwirklichung des Rechts auf eine gute Pflege sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Gepflegten sind heute in der Schweiz enge finanzielle und institutionelle Grenzen gesetzt.

Referenzen

- Abholz, H. – H. (2012). *Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin*. Referat vom 10. November 2012 in Essen (D), Tagung «Standardisiert & verarmt: wie Kranke und Pflegende profitabel gemacht werden», Arbeitskreis im Genarchiv/ Impatentia e.V. Heruntergeladen von http://www.impatentia-genarchiv.de/index.php/id-01_abholz.html am 14. 2. 2014
- Adams, V. & Nelson, J. A. (2009). The Economics of Nursing: Articulating Care. *Feminist Economics* 15 (4), 3–29.
- Appelt, E., Heidegger, M., Preglau, M. & Wolf, M. A. (Hrsg) (2010). *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive*. Innsbruck/Wien/Bozen: Studien Verlag.
- Aranda, S. & Brown, R. (2006). Nurses Must Be Clever to Care. In: Nelson, S. & Gordon, S. (ed.) (2006): *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 122–142). Ithaka/London: Cornell University Press.
- Bartholomeyczik, S. (2010). Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer S. (Hrsg.) *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert* (S. 133–154). Göttingen: V & R unipress, Universitätsverlag Osnabrück.
- Bartholomeyczik, S. (2007a). *Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung des Beziehungsprozesses*. Referat anlässlich des 6. Symposiums für Pflegebeziehung: Beziehungsarbeit – Eine wertvolle Billiglinie? Psychiatrische Klinik Wil, 11. 5. 2007. Heruntergeladen von <http://www.psychiatrie-nord.sg.ch/home/infos/publikationen/archiv-publikationen.html> am 14. 2. 2014
- Bischoff, C. (1986). Krankenpflege als Frauenberuf. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 8 (S. 13–27). Berlin: Argument-Verlag.
- Bowker, G. C. & Star, S. L. (2000). *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. Cambridge, Massachusetts/London, England: The MIT Press.
- Duden, B. (2012). *Entkörpernde Daten – Zur Wirkungsmacht der Statistik in der Medizin*. Referat vom 10. 11. 2012 in Essen (D), Tagung «Standardisiert & verarmt: wie Kranke und Pflegende profitabel gemacht werden», Arbeitskreis im Genarchiv/ Impatentia e.V. Heruntergeladen von www.impatentia-genarchiv.de/index.php/id-06_duden.html am 14. 2. 2014
- EBG Eidg. Büro für Gleichstellung von Frau und Mann. (2010). *Care-Arbeit. Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus gleichstellungspolitischer Sicht*. Bern. Heruntergeladen von <http://www.ebg.admin.ch/themen/00008/00465/index.html?lang=de>
- Folbre, N. (2006). Demanding Quality: Worker/Consumer Coalitions and «High Road» Strategies in the Care Sector. In: *Politics & Society* Vol. 34, No. 1, March, pp. 11–31.
- Fraisse, G. (2011). Dienen und Versorgen. *Le Monde diplomatique*. September. Heruntergeladen von www.mond-diplomatique.ch
- Fraisse, G. (2011a). Eternelles invisibles. Mirage des services à la personne. *Le Monde diplomatique*, September. Heruntergeladen von www.monde-diplomatique.fr/2011/09/FRAISSE/20922
- Gordon, S. (2006). The New Cartesianism: Dividing Mind and Body and Thus Disembodying Care. In: Nelson, S. & Gordon, S. (eds.). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 104–121). Ithaka/London: Cornell University Press.
- Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care. A clinical perspective*. Bristol: The Policy Press University of Bristol.
- Ironmonger, D. (1996). Counting Outputs, Capital Inputs and Caring Labour. Estimating Gross Household Product. *Feminist Economics*, 2 (3), 37–46.
- Keighley, T. (2006). From Sickness to Health. In: Nelson, S. & Gordon S. (eds). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 88–03). Ithaka/London: Cornell University Press.
- Le Goff, J. (2008). *Wucherzins und Höllenqualen. Ökonomie und Religion im Mittelalter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Le Goff, J. (1985). *Les intellectuels au Moyen Age*. Paris: Ed. du Seuil.
- Madörin, M. (2014). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. ISBN 978-3-9524121-2-1, www.gesundheit.zhaw.ch/zursache
- Madörin, M. (2013). Die Logik der Care-Arbeit – eine Annäherung. In: Gurny, R. & Tecklenburg, U. (Hrsg.). *Arbeit ohne Knechtschaft. Bestandesaufnahmen und Forderungen rund ums Thema Arbeit* (S. 128–145). Zürich: edition 8.
- Madörin, M. (2010a). Care Ökonomie – eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. In: Bauhardt, C., Çağlar, G. (Hg.). *Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie* (S. 81–204). Wiesbaden: VS Verlag.
- Madörin, M. (2010b). Weltmarkterfolg auf Kosten der Frauen. Steuerpolitik, Care- und Genderregimes in der Schweiz. In: *Widerspruch*, Heft 58, Jg. 30, 1. Halbjahr, S. 97–108.
- McDowell, L. (2009). *Working Bodies. Interactive Service Employment and Workplace Identities*. Chichester/Oxford/Malden: Wiley-Blackwell.
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (2010). Care: putting practice into theory. In: Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (ed.): *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms* (pp. 7–19). Bielefeld: transcript Verlag.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London/New York: Routledge.
- Mol, A. (2002). Cutting Surgeons, Walking Patients: Some Complexities Involved in Comparing. In: Law, J. & Mol, A. (ed.): *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices* (pp. 218–257). Durham/London: Duke University Press.
- Mühlherr, L. (2007). Arbeit-Beruf-Profession: der Weg zur Fachhochschule. Zentrale Ereignisse der Berufsbildung in der Krankenpflege zwischen 1850 bis 2006. Winterthur: ZHAW Institut für Pflege. Heruntergeladen von <http://pd.zhaw.ch/hop/1456203721.pdf> am 14. 2. 2014
- Neckel, S. (1995). Der unmoralische Tausch. *Kursbuch*, Heft 120, Juni, 9–16.
- Nelson, S. & Gordon, S. (eds.) (2006). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered*. Ithaka/London: Cornell University Press.
- Rushe, D. (2013). Why Boeing's 787 Dreamliner was a nightmare waiting to happen, *Guardian*. Heruntergeladen von <http://www.theguardian.com/business/2013/jan/18/boeing-787-dreamliner-grounded>
- Samuel, S., Dirsmith, M. W. & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: from the physical to the fiscal. *Accounting, Organizations and Society*, 30 (2005), 249–278.
- SBK-ASI. (2011). Professionelle Pflege in der Schweiz. Perspektive 2020. Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Bern. www.sbk-asi.ch
- Wiederkehr, S. (2009). Lohngleichheit – eine Farce! Eine Geschichte ohne Ende. In: *Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten*. Olympe, Heft 30/2009, 96–106. Heruntergeladen von <http://www.frauenarchiv-ostschweiz.ch/>

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail ipf.gesundheit@zhaw.ch
Web www.gesundheit.zhaw.ch/pflege