

# Pflege: Beitrag zur Lebensqualität oder Unkostenfaktor?

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

### Die ökonomischen Zwänge beleuchten

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

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

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

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

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

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



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



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

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

genteil: Zur Bedienung des MRI-Geräts braucht es zusätzliches Personal (Madörin 2015, S. 16).

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

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

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



---

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

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

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

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

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

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





bzw. Fallpauschalen skizziert werden.

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

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

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

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

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

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

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

Damit sind wesentliche Bedingungen für einen funktionierenden Markt verletzt. Es erstaunt daher nicht, dass die USA als jenes Land, das die

sogenannten „marktwirtschaftlichen“ Abrechnungssysteme schon seit längster Zeit angewendet, mit 16% den weltweit höchsten Anteil der Gesundheitskosten am BIP hat (Schweiz: 10,8%, Deutschland 10,4%) (Binswanger 2012, S. 190).

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

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

**Misstrauen als Prinzip.** Die heutigen Leistungsverrechnungssysteme sind von einem zutiefst negativen Menschenbild durchzogen. Douglas McGregor hat in seinem Buch „The Human Side of

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

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

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





#### Die Autoren:



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



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

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

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

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

---

#### Literatur:

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