

FORUM

Supervision

Wandel der gesellschaftlichen Über- Ich-Strukturen

Wolfgang Schmidbauer

Hermann Steinkamp

Annemarie Bauer

Manuela Kleine

Barbara Riehn-Casarrubia

Christian Löhr

Katharina Gröning

Miriam Bredemann

Hans-Peter Griewatz

Pflege als Wirtschaftsfaktor

Vortrag auf dem Oberhausener Pflegekongress 2013

Das Franziskus Hospital in Münster hat, gefördert vom BMG seit 2001, eine Delirprävention für seine Patienten mit Demenz und anderer Delir gefährdete Patientengruppen eingerichtet. Diese Delirprävention besteht im Wesentlichen aus der Gegenwart zweier Altenpflegerinnen im und rund um den OP, die die Patienten mit Demenz zuwendungspflegerisch begleiten und so jene „sichere Basis“ anbieten, die Menschen mit Demenz aus bindungstheoretischer Sicht vor allem in der fremden Situation OP existenziell benötigen. Die Erfolge sind so deutlich, dass man sich unweigerlich fragt, warum erst jetzt? Denn das Problem des Krankenhausbedingten Delirs bei Patienten mit Demenz ist seit langem unter dem Stichwort „Durchgangssyndrom“ bekannt. Weniger bekannt sind die gesundheitlichen und letztlich auch wirtschaftlichen Schäden, die durch eine rein invasive Krankenhausbehandlung bei verletzungsoffenen hochaltrigen Menschen mit Demenz entstehen können, wie dauerhafte Desorientierung und Inkontinenz, die dann eine weitere Versorgung der Patienten zu Hause durch Angehörige faktisch nicht mehr möglich machen. Die Forschung hierzu hat erst gerade begonnen. Es handelt sich dabei aber um ein Dunkelfeld, denn Controlling und Qualitätssicherung der Krankenhäuser erfassen diese Patienten nicht. Ebenso wenig werden Patienten erfasst, die wegen ausschließlich pflegerischer Probleme zu Hause wieder zurück ins Krankenhaus eingewiesen werden. Die sogenannten Drehtüreffekte gehören zum informellen Wissen der Krankenhäuser. Eine weitere Lücke in der Forschung stellen ungeplante Entlassungen und ihre wirtschaftlichen Konsequenzen dar. Wie viel die Produktion eine Anfangskrise zu Hause wirtschaftlich kostet, wenn ungeplante Entlassungen zu einem Zusammenbruch der Pflege führen, weiß niemand. Wir haben es bei der Frage Pflege als Wirtschaftsfaktor also mit einem Verdeckungszusammenhang zu tun. Am Beispiel des Delirs kann aufgezeigt werden, wie es ist, wenn der Verdeckungszusammenhang sich lüftet, wenn auf einmal die systembedingten Risiken des Krankenhauses benannt werden.

Umgekehrt ist die offizielle Lesart, dass der behandelte Patient mit Demenz sich nicht wieder erholt habe und in ein Pflegeheim geht – ohne dass das Krankenhaus hierfür eine Begründung abgeben müsste. Diese fehlende Begründung provoziert wiederum, dass es zum Delir und den Chancen pflegerischer Rehabilitation kaum Expertise im Krankenhaus gibt. Eine quälende Professions- und Wissenslücke hat sich aufgetan. Schicksalhaft wird das Delir, die Inkontinenz und die zunehmende Pflegebedürftigkeit hingenommen. Aus der Perspektive der Ökonomie bietet das Thema Demenz und Hochaltrigkeit im Krankenhaus für die Pflege eine geradezu ideale Argumentation, um pflegerische Tätigkeiten als mehrwertschaffende und vor allem wohlfahrtsproduzierende Tätigkeiten zu verstehen. Umgekehrt zeigt sich die Fülle von falschen Anreizen eines Systems, welches wirtschaftsliberal ausgerichtet ist und die Erkenntnisse der Bedingungen sozialer Dienstleistung nicht anerkennen will. Die Pflege ist unter die Räder gekommen, ihre Produktivität unterliegt heute dem Verdeckungszusammenhang – also einer Melange an Ideologien, Systemeffekten und Einstellungen, die ihre Produktivität und Bedeutung nicht erkennen, was maßgeblich damit zu tun hat, dass Pflege ein Frauenberuf und als solcher diskriminiert ist.

1. Entwertungsfaktor Geschlecht

Die Entwertung der Produktivität der Pflege kann nur im Zusammenhang mit der Kritik an jenem Phänomen benannt werden, welches Bourdieu als männliche Herrschaft beschrieben hat. Alles, was mehrheitlich von Männern getan wird, erfährt eine Wertschätzung und wird, so Bourdieu (Bourdieu 2005: 106), geadelt. Alles, was mehrheitlich von Frauen gemacht wird, erfährt eine Entwertung. Adel ist jenes, was als edel gilt und es gehört zur patriarchalischen Deutung, dass z.B. der Mensch, der von seinen Ausscheidungen befreit wird, dieses von einem Angehörigen einer niedrigen sozialen Gruppe erfährt. Die Erfahrung der Pflege wird hier nicht zur einer Erfahrung der Menschenwürde, sondern zu einer Erfahrung des gemeinsam niedrig seins, weshalb gerade die Grundpflege so häufig mit Aggression und Abwehr einhergeht, mit Scham und Entweihungsdynamiken (Gröning 1998). Doch noch einmal ein Zitat, warum die Frage nach der Produktivität der Pflege oder Pflege als Wirtschaftsfaktor durch das Nadelöhr des gesellschaftlichen Konsenses, der gesellschaftlichen Anerkennung muss.

„Es ist in der Tat nicht übertrieben, die Männlichkeit mit einem Adel zu vergleichen [...] Abgesehen davon, dass der Mann, ohne sich etwas zu vergeben, zu bestimmten, sozial als geringwertig qualifizierten Tätigkeiten nicht herablassen kann, können dieselben Aufgaben rühmlich oder schwierig sein, wenn sie von Männer, oder leicht und belanglos und unwichtig; wenn sie von Frauen erfüllt werden. Wie es der Unterschied zeigt, der den Koch von der Köchin, den Couturier von der Schneiderin trennt, müssen Männer nur bislang als weiblich geltende Aufgaben an sich reißen und sie außerhalb der Privatsphäre erfüllen, um sie zu adeln.“ (Bourdieu 2005: S. 106f)

Auch wenn Arbeitskräfte formal frei und gleich sind, unterliegt die Bewertung ihrer Produktivität und die Bedeutung ihrer Arbeit einem Prozess der allgemeinen gestuften Anerkennung.

Die Altenpflegerinnen, die im Franziskus Hospital Münster die Patienten mit Demenz vor dem Delir bewahren, tun dies indem sie Angst mindernd und zuwendungspflegerisch arbeiten – das ist eine Arbeit, die in unserer Gesellschaft als gering wertige Naturressource gilt, als etwas, was - wie die gesamte Reproduktionsarbeit der Gesellschaft - bescheiden ist und meist unentgeltlich zu Verfügung steht. Vor allem aus der Perspektive der Geschlechterforschung ist dieser Zusammenhang immer wieder kritisch aufgezeigt worden. Die Frage des Wertes einer Arbeit hängt, so die Geschlechterforscherinnen, weniger damit zusammen, was getan wird und wie wichtig diese Tätigkeit gesellschaftlich ist, sondern vielmehr, wer eine Arbeit tut und welche soziale Stellung die Arbeitenden haben. Je hausarbeitsnäher eine Arbeit verortet wird, desto mehr wird sie als nicht produktiv und nur gering wertschöpfend abgewertet (Dierks 2005). Wir haben es hier also erstens mit einem Wertesystem zu tun, welches Arbeit in konfliktreichen Aushandlungsprozessen einstuft und bewertet. Basis dieses allgemeinen Wertesystems ist eine Theorie der Arbeit, die weit bis in die Antike zurück reicht und sich bis heute immer wieder erneuert hat.

Die Bescheidenmachung der Pflege lässt sich zum zweiten im Kontext der Rationalisierung von Arbeit verstehen. Hier lassen sich Rationalisierungsschübe bis in die 1960er Jahre zurückverfolgen. Das war die Geburtsstunde der Funktionspflege, die Durchsetzung eines zweckrationalen Pflegebegriffs, hoch arbeitsteilig und von der Idee bestimmt, dass eine, in kleine Arbeitseinheiten aufgesplittete Pflege, die beste zweckrationale Produktivität bringt. Pflege wurde in dieser Epoche von einem hausarbeitsnahen und assistenzorientierten expressiven Beruf zur instrumentellen Leistung.

Wer Pflege als Wirtschaftsfaktor betrachten will, muss an der ersten Dimension, dem arbeits-theoretischen Wertesystem ansetzen. Er/Sie muss sich angesichts des Delirprojektes in MÜN-ster unweigerlich fragen, was es für eine Arbeit ist, wenn zwei Altenpflegerinnen perioperativ, einen hochaltrigen und demenzkranken Menschen zuwendungspflegerisch begleiten. Handelt es sich im Sinne des marxistischen Arbeitsbegriffs um eine im Kern reproduktive Arbeit, für die es keinen oder nur einen schmalen Arbeitsmarkt gibt, weil diese Arbeit im Kern nicht mehr-wertschaffend und nur wiederherstellend/reproduktiv ist? Handelt es sich im Sinne von Aristoteles um die mühsame und einfache Tätigkeit – die Arbeit der Sklaven, die verachtete Tätigkeit, von der Notwendigkeit; der Doxa bestimmt, die eine bescheidene Einordnung rechtfertigt? Wird etwas zweckrational hergestellt, was durch mehr Arbeitsteiligkeit und Technik effizienter, effektiver gemacht werden könnte? Oder wird im Sinne der Polis etwas entschieden, was zur Ehre gereicht? Diese aufgeführte Dreiteilung nach Aristoteles ist bekanntlich von Hannah Ahrendt und später von Ralf Dahrendorf übernommen worden und stellt heute immer noch eine wichtige arbeitstheoretische Begründung zum Wert einer Arbeit in unserer Gesellschaft dar. Unterschieden wird bei Ahrendt (nicht wie bei Marx zwischen mehrwertschöpfend und repro-duktiv, sondern) zwischen nützlich und sinnhaft, wobei die sinnhafte Arbeit gesellschaftlich wertvoller als die nützliche Arbeit kategorisiert wird. Und Pflege gilt als nützliche Arbeit, was Begriffe wie Pflegekraft denn auch nahelegen. Aber trifft diese Kategorisierung ihren Kern?

Die Begleitung von Patienten mit Delir passt in keine der aristotelischen Kategorien zur Arbeit, auch nicht in die marxistische Theorie, weshalb ein anderer Arbeitsbegriff vorgeschlagen wird: dieser Arbeitsbegriff geht auf die postmoderne Philosophie der Anerkennung u.a. von Martha Nussbaum zurück. Sie unterscheidet Arbeit, die notwendig zu einem menschenwürdigen Leben gehört und solche Arbeit, die es nicht tut. Diese Unterscheidung, was gehört zu einem men-schenwürdigen Leben notwendig dazu und deshalb unverzichtbar, gehört zu Nussbaums Liste der „primären Güter“ – etwas, was allen Menschen um ihres Menschseins und ihrer Würde Willen zur Verfügung stehen muss. In diesem Kontext ist die Pflege und die Tätigkeit der beiden Pflegerinnen eindeutig wertvoll, denn sie gehört zu jenen Tätigkeiten, ohne die ein menschen-würdiges Leben nicht führbar wäre, weil sie unmittelbaren Schutz, Resonanz und eine sichere Basis bietet. Aus dieser Menschenwürdigkeit der pflegerischen Arbeit, die in der leiblich seeli-schen Bedürftigkeit aller Menschen ihre Wurzel hat, leitet sich denn auch ihr gesellschaftlicher und damit letztlich, so das Plädoyer, auch ihr wirtschaftlicher Wert ab. Dort beginnt nun die Spannung zwischen einem klassischen zweckrationalen Begriff der Arbeit, der den meisten Überlegungen zur Rationalisierung der Pflege im Krankenhaus zu Grunde liegt und der Frage, um die es hier geht. Was leistet Pflege für die Wohlfahrtsproduktion und Menschenwürde im Krankenhaus? Doch bevor wir uns dieser Argumentation zuwenden, soll die Argumentation von Nussbaum genauer verfolgt werden. Nussbaum argumentiert, dass Menschen Würde haben, die Achtung durch Gesetze und soziale Institutionen verdiene. Die Idee der menschenwürdigen Gleichwertigkeit würde indessen im Hinblick auf Beschäftigung, Unversehrtheit, Ernährung etc. verletzt. Bei Nussbaum liegt diese Verletzung im Mangel traditioneller ökonomischer Ansätze begründet. Vor allem der zweckrationale Arbeitsbegriff verfehlt und zerstört den moralischen Kern, der jenen Arbeiten innewohnt, die auf Herstellung und Geltung der Menschenwürde aus-gerichtet sind und da wäre eben die Pflege an erster Stelle zu nennen.

„Die intuitive Idee hinter dem Ansatz ist zweigeteilt: Erstens, dass es bestimmte Tätigkei-ten gibt, die im Leben eines Menschen so zentral sind, dass ihr Dasein oder Fehlen als

Merkmal als Merkmal dafür herangezogen wird, ob es sich um menschliches Leben handelt oder nicht. Zweitens, und das ist es, was Marx bei Aristoteles gefunden hat, dass uns etwas dran liegt, diese Tätigkeiten auf eine wirklich menschliche Weise auszuüben, nicht nur wie ein Tier.“ (Nussbaum 2003: 18)

Das, wovon Nussbaum hier spricht, ist psychoanalytisch sehr eindrucksvoll bei Bruno Bettelheim (1990) beschrieben und von mir in verschiedenen sozialphilosophischen Beiträgen zur Pflege aufgeführt worden. Bettelheim spricht von psychologischen Extremsituationen, wenn Schutzmechanismen des Menschen durch äußere und innere Gewalt zusammenbrechen. Er selbst war von 1938 bis 1939 im Konzentrationslager und beschreibt den Lageralltag als psychologische Extremsituation. Diese Extremsituation wird hergestellt, indem man Menschen unter anderem zwingt, ihre alltäglichen Bedürfnisse wie Tiere zu verrichten. Die völlige Abwesenheit von Pflege, die Nicht-Pflege kann zum zentralen Prinzip des Konzentrationslagers gezählt werden. Unreines Essen, dreckige Kleidung, keine Hygiene, zu wenig Schlaf, vor allem immer wieder ekelhafte und unreine Mittel zur Befriedigung alltäglicher hygienischer und basaler Bedürfnisse, so dass sich die Pflege des Körpers und seine Sorge für ihn automatisch in selbstentweihendes und ekelhaftes Tun verwandelt – diese Prinzipien werden von Bettelheim als Faktoren für das Zusammenbrechen jeglicher Schutz- und Abwehrmechanismen und Ausbruch von Gewalt verantwortlich gemacht (Bettelheim 1990). Menschen sind verletzungsoffene, leiblich-seelisch bedürftige Wesen und benötigen entsprechenden Schutz, der nach Nussbaum politisch durch die Polis, also die politische Demokratie gewährleistet wird, jedoch auch unmittelbar und täglich durch die Pflege, Sorge und Bildung zum Beispiel. Diese Art der Arbeit liegt quer zu den Arbeitstheorien einer männlich dominierten, auf Gewinne und ihre Maximierung ausgerichteten politischen Ökonomie. Im Prinzip vollzieht sich durch den klassischen zuvor beschriebenen Arbeitsbegriff, in dessen Mittelpunkt die Zweckrationalität steht, ein Umwandlung der Arbeit. Sie wird ihres menschenwürdigen, auf die leiblich-seelische Produktivität gerichteten Kerns beraubt.

2. Die klassische Arbeitstheorie

Wer sich theoretisch mit der betrieblichen Perspektive, also der Mehrwertproduktion des Krankenhauses befasst, muss auf Max Webers Theorie des kapitalistischen Betriebes und des zweckrationalen Handlungstypus als geradezu bestimmend für den modernen Kapitalismus zurückgreifen. In seinem Klassiker „Wirtschaft und Gesellschaft“ hat Max Weber den Modernisierungsprozess als Ausdifferenzierung und Entwicklung der kapitalistischen Wirtschaft und darauf bezogen des modernen Staates beschrieben. Den Kern der kapitalistischen Wirtschaft bildet der kapitalistische Betrieb, das Unternehmen. Dessen Kennzeichen sind: Trennung zwischen privatem Haushalt und Unternehmen, Kapitalrechnung (rationale Buchführung), formell freie Arbeitskräfte, die produktiv, effizient und zweckrational eingesetzt und materiell entlohnt werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden technisch genutzt und alle Entscheidungen orientieren sich am Markt (vgl. Habermas 1988: 226). Horizontale Arbeitsteiligkeit und Hierarchie sind die entscheidenden Produktivkräfte und Prinzipien des kapitalistischen Betriebes.

Ein besonderes Produkt dieses von Weber als Rationalisierung beschriebenen Modernisierungsprozesses ist eine rationale Technik. Diese umfasst die sparsame, planvolle und bewusste Verwendung von Mitteln und Ressourcen. Technik ist bei Weber ständige Mittelrationalisierung (vgl. ebd.: 240). Wird menschliches Verhalten technisch richtiger, so liegt technischer Fort-

schritt vor. Dem technisch richtigen Handeln entspricht eine rationale Lebensführung.

Seit den 1980er Jahren kommt zur betrieblichen Strategie der von Weber beschriebenen Zweckrationalität die Flexibilisierung und ein völlig neuer Umgang mit der Zeit hinzu. Zu dieser New Economy gehören das Outsourcing, also Auslagerung betriebseigener Einheiten wie Betriebsküche, Reinigung, Wäsche, aber auch systemische Entscheidungen wie die Zerlegung der Prozesse Auslagerung ganzer Produktionszweige und Zusammenfügung des Produktionsprozesses über mehrere betriebliche Einheiten oder Grenzen. War der alte kapitalistische Betrieb vor allem auf Technik und Wissenschaft als Produktivkräfte angewiesen, so bedeutet die Strategie der Flexibilisierung und Entgrenzung, dass Zeit und Kommunikation zu neuen Produktivkräften werden bzw. neben Wissenschaft und Technik treten. Disziplinär heißt dies, dass Psychologen und betriebliche Berater ihre große Stunde haben, da sie als Experten in Zeitbewusstsein und Kommunikation gelten. Als ausgebildete Psychotechniker geraten sie in die Rolle der Schlüsselverantwortung, da durch die erhebliche Steigerung der Komplexität der Prozesse Kommunikation zum Schlüssel für betriebswirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg werden kann.

Betrachtet man das Krankenhaus als kapitalistischen Betrieb, so lassen sich dessen Prinzipien vor allem bei der semiprofessionellen Pflege ausmachen. Hier hat die Zweckrationalisierung, die Steigerung von Effizienz, die Etablierung einer pflegerisch-hauswirtschaftlichen Hierarchie und die Durchsetzung einer entsprechenden Arbeitsteilung, Flexibilisierung und Entgrenzung seit den 1990er Jahren deutlich spürbar eingesetzt. Zu nennen sind die Abschaffung der PPR (Pflegepersonalregelung), Standardisierungen pflegerischen Handelns durch Module und Handlungsvorschriften, wie es die Qualitätssicherung und die Pflegeversicherung vorgegeben hat, und heute die Vergrößerung der organisatorischen Einheiten, die Flexibilisierung und die Ausformung der erwähnten pflegeinternen Hierarchie. Pflege als Kunst ist damit wieder einmal aus dem Denken verschwunden und der Habitus der Pflegekräfte verändert sich. Was derzeit ansteht, ist die gleiche Entwicklung für die Ärzte. Physician Assistents als Bachelor-Studiengänge werden derzeit begonnen und werden auch die ärztliche Kunst dem kapitalistischen Krankenhaus unterwerfen. Die Problematik, die jetzt entsteht, ist jedoch jene, dass im Sinne der Systemtheorie Luhmanns die Entwicklung des Krankenhauses als autopoietisch beschrieben wird. Das kapitalistische Krankenhaus erneuert und reproduziert sich selbst auf der Basis der beschriebenen Prinzipien Zweckrationalität, Flexibilisierung und Beschleunigung. Und weil das die meisten Krankenhäuser tun, also auf die gleiche Strategie setzen, beginnt das, was man Downsizing nennt.

3. Der demografische Wandel und die Pflege als Wirtschaftsfaktor

2050 wird jeder zweite Patient im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland über 65 Jahre alt sein. Der Anteil der hochaltrigen und demenzkranken Patienten wird heute auf mehr als 15% aller Behandlungsfälle geschätzt. Ihre Versorgung wird von Pflege- und Gesundheitswissenschaftlern (vgl. Schaeffer/Wingenfeld 2008; Kirchen-Peters 2013) deutlich und über alle Stationen des Behandlungspfades und der Pflege hinweg als stark defizitär eingeschätzt. Die Akutmedizin ist eine Interventions- und Verjüngungsmedizin geworden, die die Idee des guten Lebens unter der Perspektive der Verjüngung betrachtet. Das ist der Einfluss des wissenschaftlichen Fortschritts. Der absehbaren Veränderung der Patientenprofile durch den demografischen Wandel, insbesondere durch die Hochaltrigkeit, stehen viel zu wenig Anstrengungen einer

hochaltrigkeitsbezogenen Medizin und Pflege außerhalb der Geriatrie und Gerontopsychiatrie entgegen. Vor allem auf den normalen Stationen des Akutkrankenhauses muss sowohl von Defiziten hinsichtlich des nötigen Wissens zu den hochaltrigen, pflegebedürftigen und demenzkranken Patienten, als auch von Defiziten hinsichtlich der Gestaltung von patientengerechten Prozessen und Pfaden, von Defiziten bei der Berücksichtigung der häuslichen Pflege und der Versorgungsgestaltung sowie von zu geringen Ressourcen ausgegangen werden. Auf diese Weise entsteht Stress und Angst vor Überforderung. Auch die Dynamik sozialer Beschleunigung in Krankenhäusern verändert die Arbeits- und Organisationskultur und erschwert den Umgang mit Patienten, die für die Versorgung viel mehr Zeit benötigen.

Was bedeutet nun Verjüngungsmedizin? Es gehört zum Kern der Systemtheorie nach Luhmann (z.B. 1984), dass die Steuerung von sozialen Systemen eine ausgesprochene Herausforderung darstellen. Luhmann sprach einmal davon, dass es sich mit den Steuerungsversuchen ähnlich verhielte wie mit dem Regentanz der Hopi-Indianer. Auch zum Gesundheitssystem hat er sich eher pessimistisch geäußert.

„Die Ansprüche auf Hinausschieben des Todes, auf Festhalten der Jugend, auf Heilung von Krankheiten, auf Linderung oder Betäubung von Schmerzen haben einen festen Rückhalt am Körper des Menschen. Sobald ihre Erfüllung möglich ist, lässt sich ihre Nichterfüllung kaum mehr begründen.“ (Luhmann 1983a: 43 nach Bandelow 2004: 93)

Luhmanns Argumentation kommt hier Klaus Dörners Argumenten sehr nahe, dass das „Projekt einer leidensfreien Moderne“ Verjüngung verspreche und Sterblichkeit und Tod faktisch desintegriere (Dörner 1994: 9).

Was meint Dörner, wenn er von einer Umwandlung von Menschen in Sachen spricht oder wenn der Alterswissenschaftler Diessenbacher (1990: 255) von einem Auseinanderfallen von Ethik und Ökonomie spricht? Dörner setzte sich 1994 kritisch mit der Sterbehilfe auseinander, mit der Rationalität von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, die scheinbar mehr Freiheit und weniger Komplexität bedeuten. Er sagt, dass es zu den Annahmen der utilitaristischen Ethik gehört, dass der Umgang mit Leiden verlernt wird. Leidensfreiheit wird ähnlich wie Machbarkeit zum Handlungsmaßstab der modernen Medizin. Dort, wo diese Maßstäbe nicht mehr eingehalten werden können, man also weder viel machen kann, noch ein Zustand der Leidensfreiheit erreicht werden kann, entsteht, weil diese Spannungen nicht auszuhalten sind, Aggression. Diese Problematik wird durch die zu Beginn aufgezeigten Effekte der Zweckrationalität und Effizienz, der Flexibilisierung, der Beschleunigung und Entgrenzung noch einmal verschärft, weil die Aggression gar nicht mehr nachvollzogen werden kann.

4. Wertschöpfungsprozess gegen Wohlfahrtsproduktion

Die Gesundheitspolitik der letzten 20 Jahre hat die Krankenhäuser einer deutlichen Orientierung am Wertschöpfungsprozess im Sinne einer wirtschaftsliberalen Ökonomie unterzogen. Dass diese Wertschöpfungsorientierung nicht gleichzusetzen ist mit einer Verbesserung der Wohlfahrtsproduktion - also mehr Gesundheit – gilt heute als gesichert, wie an der Kritik über zu viele Operationen nachzuvollziehen ist (vgl. Süddeutsche vom 3. April 2013). Die Entwicklung ist zudem überhaupt nicht mit einer Steigerung an Anerkennung für solche Patienten verbunden, die auf Grund ihrer Hochaltrigkeit, Demenzerkrankung und ihrer Gebrechlichkeit ins Krankenhaus gehen. Hochaltrige, gebrechliche und vor allem demenzkranke Patienten unter-

scheiden sich von jüngeren Patienten durch eine geringere Fähigkeit zur Koproduktion beim Pflege- und Behandlungsprozess, durch geringere Spannungstoleranz, Affektbestimmtheit mit teilweise instinkthaften Reaktionen von Verteidigung und Flucht und durch ein Bedürfnis nach sicherer Bindung und asymmetrischer Fürsorge. Pflegende Familien haben zudem Bedarfe an Anleitung, Wissensvermittlung, Beratung, Reflexion, Hilfestellung bei ihrer Rollenentwicklung und Gestaltung der pflegerischen Settings zu Hause. Diese Bedürfnisstrukturen stehen in Spannung zur strukturellen Entwicklung der Krankenhäuser der letzten Jahrzehnte und bringen Ärzte und Pflegende an die Grenzen ihrer Rollen. Insofern ist die Umgestaltung von Krankenhäusern hin zu mehr Demenzgerechtigkeit, zu mehr Orientierung an altersgerechter Medizin und Pflege, einschließlich der Sicherstellung der poststationären Versorgung zu Hause auch durch so genannte „weiche Angebote“ wie Beratung, Koproduktion und Bildung ein drängendes Problem des „sozialen Systems Krankenhaus“.

Die Randständigkeit alter Menschen und ihrer pflegerischen und medizinischen Bedürfnisse im Akutkrankenhaus haben organisationstheoretisch betrachtet mehrere Dimensionen. Eine hohe Bedeutung dürften interessenbezogene Horizonte im Krankenhaus haben, zum zweiten Systemeffekte sowie kulturelle und gleichzeitig angsterregende Bilder von „guten“ und „schlechten“ Patienten. Bei der Frage der Interessen sind solche Probleme zu berücksichtigen, die darin liegen, dass eine bedürfnisgerechte Versorgung von alten Patienten/innen und die Sicherstellung einer guten häuslichen Anschlusssituation mit den kurzfristigen wirtschaftlichen Interessen einer Abteilung oder des Hauses kollidieren kann. Vor allem Häuser mit wirtschaftlichen Problemen, die versuchen durch Fallsteigerung ihre wirtschaftlichen Probleme zu lösen, neigen dazu, sich mit den Anforderungen an einer hochaltrigkeitsgerechte Pflege und Medizin zuerst einmal überfordert zu fühlen. Schließlich sind Patienten, die umfassend verletzungsanfällig, störend, schwierig und kaum zu heilen sind, ein angsterregendes Problem. Aus diesen drei Dimensionen – Systemprobleme, Interessendimensionen und psychische Dimensionen – ergeben sich Fragen nach den Ansätzen einer guten Organisationsentwicklung im Kontext von altersgerechter Medizin und Hilfe von pflegebedürftigen Patienten und ihren Familien. Diese drei Problemdimensionen legen ebenfalls drei organisations- bzw. institutionstheoretisch begründete Zugriffe auf die Organisationsentwicklung im Krankenhaus nahe. Insofern sind zum Verstehen der Situation drei organisationswissenschaftliche Ansätze vielversprechend: systemtheoretische Ansätze, die sich vorwiegend mit den rationalen Problemen der Steuerung von Komplexität befassen, gouvernementalitätstheoretische Ansätze in der Tradition von Foucault, deren Bezugspunkt Territorialität ist sowie institutionsanalytische und institutionalistische Ansätze, die sich mit Abwehr in Organisationen und Institutionen befassen. Versteht man Krankenhäuser sowohl als System, als auch als territoriales Feld und Institution im Sinne der Medizinethnologie, eröffnen sich gleichermaßen Wege und Strategien zum Transfer von Wissen zum Umgang mit Systemen.

5. Wertschöpfung und Wohlfahrt als Problem von Zentrum und Peripherie

Mit der Ausweitung des Controllings in den Krankenhäusern sind bewusst sehr gegensätzliche Rationalitäten im System Krankenhaus fest institutionalisiert worden. Das managerielle Zentrum und seine Handlungsmaßstäbe (Wertschöpfung) wurden gestärkt, zumeist ohne die Prozesse der Wohlfahrtsproduktion und Entscheidungen an der (ärztlichen und pflegerischen) Pe-

riperie genau zu kennen. Vielmehr herrschte vor allem bei Finanzierungsproblemen eines Hauses schnell eine „Hermeneutik des Verdachts“ des Zentrums gegen die Peripherie und eine Strategie vor, vor allem durch Entlassung und Fallsteigerung, also wertschöpfungsorientiert wirtschaftliche Probleme zu lösen. Dass das Patientengut im Krankenhaus sich seit Jahren verändert, ist im manageriellen Zentrum, vor allem bezogen auf das Ausmaß des demografischen Wandels im eigenen Krankenhaus, meist unbekannt. Hier liegen nach den Erfahrungen des diesem Artikel zu Grunde liegenden Forschungsprojekts (n= 300) niemals belastbare Zahlen über das jeweilige Ausmaß des demografischen Strukturwandels vor. Wie viele hochaltrige Patienten mit gleichzeitiger Sorge-, Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus behandelt werden, wie sie wohin entlassen werden, welche „Drehtüreffekte auftreten“ wird im Controlling nicht erfasst. Einige Tatbestände können als Verdeckungszusammenhang angesehen werden, vor allem wenn Patienten wegen schlechter und ungeplanter Entlassung kurze Zeit später wieder im Krankenhaus sind. Notwendigerweise führt das zu Konflikten um ärztliche Entscheidungen, Patienten zu entlassen. Nach Klatetzki (1992) ist dieser Konflikt ein klassischer Zentrum/Peripherie-Konflikt in sozialen Systemen. Eigentlich müssten sowohl die Ansprüche des manageriellen Zentrums, repräsentiert durch das Controlling und die Betriebsleitung, als auch die Ansprüche der Lebenswelt, repräsentiert durch die Anwaltlichkeit von Ärzten und Pflegenden für ihre Patienten im System zwar als gegensätzliche, aber doch anerkennungsfähige Ansprüche verhandelbar sein. Vor allem bei vulnerablen Patienten ist diese gleichzeitige Anerkennungsfähigkeit von System und Lebenswelt von großer Bedeutung, um sie zu schützen. Für dieses Systemproblem zwischen wirtschaftlichem Zentrum und lebensweltlicher Peripherie gibt es jedoch keinen institutionalisierten Ort, weshalb das geschehen ist, was Naendrup schon 1982 vorausgesehen hat. Eine in die Lebenswelt von hochaltrigen Patienten durchschlagene Codierung eines Patienten als Pflegefall, als „ein Fall für die Pflege“ wird als eine Fehlbelegung begründet und der wird angesteuert.

Und auch dieser Fall für die Pflege folgt nun einer eigenen Hierarchie. So gilt das Tablettenstellen oder das Spritzen als Behandlungspflege mit relativ großer finanzieller Attraktivität, während die für den Allgemeinzustand des Patienten und seine Personenwürde so wichtigen Pflegehandlungen der körperlichen Hygiene, der Grundpflege, der Prophylaxen oder auch der zuzwendungspflegerischen Arbeit zunehmend zur bescheidenen Arbeit geworden sind. Ein Paradoxon ist entstanden. Das was dem Patienten und seiner Genesung gut tut, ist im System Krankenhaus nicht anerkennungsfähig.

Es ist leicht zu erkennen, dass es sich hier um gesellschaftliche und politische Konstruktionen handelt, denn es ist widersinnig, unlogisch und gegen jede praktische Vernunft, dass jene Pflege, die sich auf die Wieder(herstellung) der psychischen Haut und des Personseins eines Patienten richtet, die Pflege mit Sorge und Care verbindet als bescheidene Arbeit abgewertet wird, während jene Pflege und Medizin, die einer Verjüngungslogik folgt und am hochaltrigen Patienten scheitert, sich wirtschaftlich lohnt.

Literatur:

- Bandelow von N. (2004): Gouvernance im Gesundheitswesen. Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung, in: Lange, S./Schimank, U. (Hrsg): Gouvernance und gesellschaftliche Integration, Wiesbaden: VS-Verlag, S. 89-107.
- Bandura, B./Feuerstein, G. (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus, Weinheim: Juventa-Verlag
- Bourdieu, P. (2005): Die männliche Herrschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Dierks, M. (2005): Karriere! Kinder? Küche?: Wiesbaden VS-Verlag.
- Diessenbacher, H. (1990): Generationenvertrag. Ethik und Ökonomie: Ist das höhere Lebensalter noch finanzierbar? in: Sachße, C./ Engelhardt, H.T. (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Ethik und Ökonomie des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 255-271.
- Dörner, K. (1994): Die institutionelle Umwandlung von Menschen in Sachen, Frankfurter Rundschau 9/11 1994, Dokumentation.
- Etzioni, A. (1978): Soziologie der Organisationen, München: Juventa-Verlag.
- Gröning, K. (1998): Entweihung und Scham, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Gurlit, S. (2013): Delirprävention perioperativ – was hilft, in:
http://www.demenz-service-aachen-eifel.de/tl_files/aachen_eifel/PDF%20Dateien/Fachtagung%20Delir%20im%20Krankenhaus/Dr%20Gurlir%20-%20Delirpraevention%20perioperativ%20-%20was_hilft%20-%202016.05.2013%20Aachen.pdf (Stand 27. 10. 2013).
- Habermas, J. (1988): Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 1, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kirchen-Peters, S. (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise, Saarbrücken: Iso.
- Klatzetzki, T. (1992): Wissen, was man tut, Bielefeld: Kleine Verlag
- Meireis, T. (2008). Tätigkeit und Erfüllung, Tübingen Mohr und Siebeck.
- Naendrup, P.-H. (1982): Zur sozialrechtlichen Unterscheidung von Pflege und Behandlungsfall, in: Zeitschrift für Sozialreform Wiesbaden, Vol. 322, S. 336-342.
- Nussbaum, M. (2003). Frauen und Arbeit. Der Fähigkeitenansatz, in: zfwu, 4 (1), S. 8-31.
- Weber, M. (1964) Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen: Mohr und Siebert.
- Schaefer, D./Wingefeld, K. (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker. Strukturelle Probleme und Herausforderungen, in: Pflege und Gesellschaft, Weinheim, 13 Jg. (Heft 4,), S. 293-305.
- Süddeutsche Zeitung vom 3. April 2013.