

Gar keine so dumme Idee eigentlich, die Gesundheitsminister Hermann Gröhe da hat: Neues erst Mal ausprobieren! Bevor also neue und feiner differenzierte Kriterien zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in die Luft geblasen werden, sollen Modellversuche klären, ob man damit auch weiterkommt. Soweit so gut. Das könnte man sich im Prinzip auch bei einigen anderen Änderungen des Sozialrechts vorstellen. Manche von Experten sicher vorhergesagt Fehlentwicklung bliebe uns damit vielleicht erspart.

Allerdings begeht Gröhe den gleichen Fehler, dem viele Neustarter im Gesundheitswesen erliegen: Er hält den GKV-Spitzenverband für eine neutrale, am Versicherten- und Patientenwohl interessierte Institution. Das aber ist erkennbar nicht der Fall. Auch in der nicht enden wollenden Diskussion um dem Pflegebedürftigkeits-Begriff hat sich der GKV-Spitzenverband nicht eben als engagierter Treiber einer echten und neutralen Bedarfsdiskussion hervorgetan. Stattdessen wurde immer sehr engagiert der Ansatz verteidigt, zuerst zu diskutieren, was man sich leisten kann, und daran dann die „Bedürftigkeit“ zu orientieren. Diese Sparideologie mag für eine Institution nachvollziehbar sein, die vor allem die Kosten im Blick hat. Eigentlich aber ist der GKV-Spitzenverband für eine natürlich effiziente aber eben auch umfassende Versorgung der Patienten zuständig. Eine neutrale Bedarfsermittlung ist aber nicht möglich, wenn zunächst und vordringlich auf die Kosten geschielt wird. Es ist also ein gewaltiger Unterschied, ob die neue Pflegeeinstufung mit dem Fokus „Was brauchen wir?“ oder unter der Maßgabe „Was können wir uns leisten?“ getestet wird.

Darüber hinaus – und das ist ein Problem, das die Gesundheits- und Pflegebürokratie über alle Bereiche hinweg belastet – begutachten und entscheiden über Leistungen der GKV und der Pflegeversicherung inzwischen längst keine Praktiker mehr, die in ihrer Berufsrealität mal einen *echten* Patienten, einen Pflegebedürftigen oder einen pflegenden Angehörigen gesehen haben, sondern zumeist Verwaltungsfachleute, die weder unmittelbare Versorgungsverantwortung haben noch aus eigenem Erleben wissen, wie eine solche Versorgungserfahrung aussieht. Auch dieses Manko wird die Beurteilung beeinflussen.

Wenn also Minister Gröhe das grundsätzlich begrüßenswerte Unterfangen angeht, gravierende Änderungen zunächst in der Praxis erproben zu lassen, dann wäre er gut beraten, die Verantwortung dieser Erprobungszeit nicht den kostenorientierten Verwaltungsfachleuten der Selbstverwaltung zu überlassen, sondern auch die eine oder andere Fachmeinung aus der Versorgungsbasis einzuholen. Dort nämlich würde ihm vermutlich berichtet, dass wir immer weiter Kriterien auf Kriterien häufen können, dass wir den Dokumentations- und Begutachtungswahnsinn immer differenzierter treiben können, dass wir Kontrollen ohne Ende einführen können, um auch noch das letzte Schwarze Schaf zu finden – dass aber mit all diesen Maßnahmen die tatsächlich Pflege am Bett und vor Ort nicht etwa besser, sondern schlechter wird.

Warum? Weil es in der Natur der Sache liegt, dass Theoretiker ihre Theorie mit der Sache selbst verwechseln. Das berühmte Bild von René Magritte könnte einem einfallen: „Ceci n'est pas une pipe.“ Nein? Nein, ist es nicht! Es ist *das Bild* einer Pfeife. So geht es uns gerade mit dem Anspruch humaner Pflege. Installieren wir humane Pflege? Nein, wir installieren die Theorie humaner Pflege. Und damit sind wir möglicherweise von *tatsächlicher* humaner Pflege weiter entfernt als vorher.

