

Marie-Jo Thiel

Rahmenbedingungen der Altenpflege in Frankreich

Situation und ethische Fragen

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Einblick in die aktuelle Situation der Rahmenbedingungen der Altenpflege in Frankreich. Dabei wird insbesondere die historische Entwicklung der Pflegepolitik dargestellt. So gibt der Aufsatz einen Überblick über die wichtigsten rechtlichen Regelungen in der Sozial- und Pflegegesetzgebung und betrachtet dabei sowohl allgemeine Vorgaben im Gesundheitswesen als auch Gesetze zu den Fragen rund um die Alterspolitik. Sodann werden die Strukturen der stationären Altenpflege in Frankreich vorgestellt, wobei zum einen das System von Pflegestufen (GIR), zum anderen statistische Daten Beachtung finden. Abschließend kommt die Autorin zu einem kritischen Ausblick auf das Pflegesystem in Frankreich, das zunehmender Ökonomisierung und damit verbundenem Finanzierungsdruck ausgesetzt ist, der verstärkt auf die Verantwortung des Einzelnen übertragen wird und so strukturelle Herausforderungen individualisiert.

Abstract

The article introduces into the current situation of the framework of care policy in France. It presents the historical development of care policy and surveys the most important laws concerning welfare and care legislation. Hence, it focuses general laws in healthcare services and laws in the context of the 'politics of ageing'. Furthermore the structures of in-patient elderly care are presented, especially the system of GIR and statistics are mentioned. In the end, the author criticizes the economization of the French care and nursing system, which finds expression by a growing pressure for institutions and individuals as well.

Die Erhöhung der Lebenserwartung gehört zu den guten Nachrichten der letzten Jahrzehnte, allerdings sind mit dem demographischen Wandel und der verbesserten medizinischen Versorgung zahlreiche ungelöste Fragen verbunden. Bereits an anderer Stelle habe ich darauf hingewiesen, dass das Alter die Gemüter beschäftigt.¹ Wir wünschen uns zu wachsen, zu reifen und das Leben auszukosten, jedoch nicht zu altern.

1 Ich greife hier die ersten Zeilen von Thiel (2013, 7) auf. Dieser Publikation sowie Thiel (2012) verdanken sich die folgenden Überlegungen.

In der Tat ist ein gelungenes Alter keine Selbstverständlichkeit. Wie viele betagte Menschen leiden an Einsamkeit oder gar an Altersdiskriminierung (*ageism*), vor allem jene, die wie die Mehrzahl der alten Menschen in Frankreich zu Hause leben? Die Hälfte der Selbstmorde in unserem Land wird von Personen über 60 Jahre begangen. Zugleich sind der Verfall von Körper und Geist, chronische Krankheiten, die das Leben behindern, usw. nicht zwangsläufig Synonyme dafür, dass das Leben an Sinn verliert. Wie also können wir gut darauf reagieren? Wie können wir gemeinsam zu „gelungenem Altern“ beitragen, ohne dem Einzelnen im Namen der Selbstbestimmung diktatorisch eine „Hyper-Verantwortlichkeit“ aufzubürden (vgl. Billé/Martz 2010)? Wie müssen Politik und das soziale Netz gestaltet sein, damit ein geschwisterliches, solidarisches, gerechtes und würdiges Zusammenleben möglich wird, das die Einzelnen wie die Gesellschaften zu Mitmenschlichkeit ermutigt?

Das Verhältnis der verschiedenen Alterskohorten verschiebt sich: Heute stellt die Gruppe der über 60-Jährigen 24,2 % der Gesamtbevölkerung in Frankreich dar (in der EU sind es 24,6 %, in Deutschland 27,1 % der Bevölkerung). Verschärft durch die Tatsache, dass Familien heute oftmals verstreut leben und für ihre Alten unerreichbar sind (Auflösung der Ehen, alleinerziehende Elternteile, berufsbedingte Mobilität), führt dies zu einer Neustrukturierung der Beziehungen zwischen den Generationen. Die sozialpolitischen und wirtschaftlichen Fragen rund um die Finanzierung der Renten, der Pflege, der Unterstützung zu Hause usw. erweisen sich als umso schwieriger, als die berufliche Situation der jungen Generation selbst prekär geworden ist. Dennoch sollte man nicht vergessen, dass die Alten nicht nur nicht „schuld“ sind an der aktuell schlechten Berufssituation der Jungen, sondern dass die Alten selbst, solange sie können, die meiste Unterstützung für die alternden Eltern bieten. Das Durchschnittsalter der Helfenden liegt in Frankreich bei 64 Jahren, während das Alter der Unterstützten/Hilfsbedürftigen im Schnitt bei 77 Jahren liegt. Es handelt sich hierbei in erster Linie um freiwillige *Care*-Tätigkeit, die meist von Frauen geleistet wird. Diese Älteren sind zumeist nicht vom Prekariat betroffen, sondern leben in finanziell guten Verhältnissen. Laut *Conseil d'orientation des retraites* (dem französischen Premierminister unterstehendes Rentenaufsichtsgremium, Anm. d. Ü.) liegt der Lebensstandard der Rentner heute „bei 140 % des Einkommens der unter 55-Jährigen Berufstätigen. Die heutige Generation der 55 bis

64-Jährigen verfügt über die höchsten Einkünfte in Frankreich“ (zitiert nach Franco 2010, 5). Doch dies wird sich in Zukunft in Frankreich ändern. Außerdem treffen diese Zahlen weder Aussagen über die vielfältigen Ungleichheiten zwischen verschiedenen Berufsgruppen und sozialen Gruppen noch über die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Rentner.

Sobald Pflegebedürftigkeit eintritt (in Frankreich sprechen wir vom „Verlust der Autonomie“ – ich werde auf diesen Ausdruck zurückkommen), ist das gesamte Pflegesystem gefordert, das bereits bestehende finanzielle Spannungen und die Defizite der Krankenversicherung verstärkt. Entgegen anderslautenden Vermutungen liegt der Grund für die steigenden Ausgaben des Pflegesystems nicht in der Zunahme der Lebenserwartung, sondern in der Struktur des französischen Pflegesystems selbst: Eingerichtet in einer Zeit, in der Mehrfacherkrankungen und chronische Leiden bei weitem nicht das heutige Ausmaß erreichten, ist das Pflegesystem überdies „stark auf die Krankenhäuser zentriert, deren Inanspruchnahme kaum zwischen den beteiligten hauptamtlichen Pflegekräften abgestimmt wird, und das niemals als Zusammenspiel von Gesundheits- und Sozialwesen gedacht wurde, was zu steigenden Ausgaben für die ältere Generation im Pflegesystem führte“ (Piveteau 2012, 177).

Ohne auf alle Herausforderungen eingehen zu können, die das Alter mit sich bringt, möchte dieser Beitrag in einem ersten Schritt die verschiedenen gedanklichen und rechtlichen Entwicklungen aufzeigen, anschließend Strukturen und Funktionsweise der Pflegeeinrichtungen vorstellen, die ältere Menschen aufnehmen, und mit einigen ethischen Fragen abschließen.

1 Rechtliche Vorgaben des Pflege- und Sozialsystems

Bei der Betrachtung der verschiedenen rechtlichen Vorgaben, denen die Systeme der Pflege und Hilfe für alte Menschen unterliegen, fällt auf, dass die französische Kultur der Gesundheit einen höheren Stellenwert beimisst als der Pflege und von daher stärker auf das Krankenhaus und seine Versprechen als auf die anderen medizinisch-sozialen Strukturen und ihre Integration in ein Gesamtkonzept fokussiert ist. Das entsprechende, am 17. Dezember 2015 vom Parlament (*Assemblée nationale*) verabschiedete Gesetz trägt den sprechenden Titel *Loi Santé*

(„Gesundheitsgesetz“).² Es zeigt auf seine Weise, dass das französische Gesundheitssystem, ohne jedoch über ausreichend Mittel dafür zu verfügen, auf die Ermöglichung von Gesundheit abzielt, die mehr ist als bloße ‚Nicht-Krankheit‘ (vgl. Thiel 2014b) und sich verstärkt auf Informations-, Kommunikations- und konvergente Technologien stützt. Dies hat eine doppelte Konsequenz: zum einen eine zunehmende Fokussierung auf das Krankenhaus, die umso kostspieliger ist, als der wichtigste Faktor für die Kostensteigerung nicht im zunehmenden Lebensalter, sondern in den Innovationen der Medizin zu suchen ist (vgl. Bizard 2015, 210 f.), zum anderen die große Schwierigkeit, den Prozess der Pflege zu optimieren, wenn die Heilung nicht an erster Stelle steht. Von daher ist es nicht überraschend, dass das Gesundheitsgesetz am 28. Dezember 2015 durch ein Gesetz zur „Anpassung der Gesellschaft an die Alterungsprozesse“ (*Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*) ergänzt wurde.³

Bevor im Folgenden die Entwicklung der gerontologischen Unterstützung zu einem stärker integrierten System untersucht werden soll, das sich sowohl in Kontinuität als auch in Spannung zu den großen Gesundheitsreformen befindet, die den Finanzierungs- und Strukturfragen die Priorität einräumen, wenden wir uns zunächst den grundlegenden Vorgaben im Gesundheitswesen zu, die den Hintergrund für eine explizite Alterspolitik⁴ bilden.

2 Vgl. Loi n 2016–41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé; JORF n°0022 du 27 janvier 2016, online unter <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/texte>, abgerufen 08. 08. 2016.

3 Vgl. Loi n 2015–1776 du 29 décembre 2015, JORF n°0301, page 24268, online unter https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2C124F7E414AE584968508BD9DDC5934.tpdila18v_3?cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031700728, abgerufen 16. 08. 2016.

4 In Anlehnung an den französischen Ausdruck „politique du vieillissement“ sprechen wir in diesem Aufsatz von „Alterspolitik“, wenn von der Suche nach politischen und rechtlichen Antworten auf die spezifischen Fragen des Alters die Rede ist (Anm. d. Ü.).

1.1 Die grundlegenden rechtlichen Vorgaben im Gesundheitswesen

Die Geschichte der Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung kann in drei Perioden von jeweils etwa 25 Jahren unterteilt werden. Standen in der Zeit von 1945/50 bis 1975 Fragen der Hygiene im Vordergrund, so lag das Augenmerk in den Jahren 1975–2000/2002 vor allem auf von Krankheit betroffenen Menschen. Das Gesetz von Gesundheitsminister Kouchner (*Loi Kouchner*) aus dem Jahr 2002 leitete die dritte Periode ein.⁵ Seither wird die Wahlfreiheit des Patienten/der Patientin betont, der/die als „Nutzer/-in“ quasi einen Vertrag auf Augenhöhe mit den „Anbietern“ medizinischer und pflegerischer „Dienstleistungen“ eingeht. Im Abschnitt „Demokratie im Gesundheitswesen“ bestätigt dieses Gesetz sowohl die grundlegenden individuellen Rechte jedes Patienten/jeder Patientin als auch die kollektiven Rechte der Nutzer und ihrer Verbände. Die Vorschriften betreffen die Informationen, die den Patient/-innen zur Verfügung gestellt werden müssen, ihre Rechte und ihre Selbstverantwortung, besonders das Recht eines jeden, die großen Entscheidungen über seine Gesundheit selbst zu treffen und gegebenenfalls medizinische Eingriffe abzulehnen. Sie schreiben die Rolle der Vertrauensperson fest, bestätigen aufs Neue das Recht auf Schutz der Gesundheit (Vorsorge, gleicher Zugang zur Behandlung, kontinuierliche Versorgung, Sicherheit im Gesundheitswesen) und schützen die Vertraulichkeit, den Respekt vor der Privatsphäre und das Arztgeheimnis.

Dieses Gesetz von Gesundheitsminister Kouchner stellt einen Wandel in der Anerkennung der Patientenautonomie dar: Es betont die Autonomie der Patient/-innen, inklusive der älteren Patient/-innen, derart, dass für die Fragen nach dem Lebensende ein eigenes Gesetz geschaffen werden musste, das Gesetz Nr. 2005–370 vom 22. April 2005 über die Rechte der Kranken und das Lebensende, (nach dem Abgeordneten Jean Leonetti auch *Loi Leonetti* genannt, Anm. d. Ü.).⁶ Das Gesetz von Leonetti muss die Vorgaben des Gesetzes von Kouchner auf eine Weise umsetzen, dass Ärzte nicht wegen „unterlassener Hilfeleistung für eine

5 Vgl. Loi n 2002–303 du 4 mars 2002: «Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé», online unter <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>, abgerufen 16. 08. 2016.

6 Vgl. Loi n 2005–370 du 12 avril 2005: „Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie“, online unter <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000446240&categorieLien=id>, abgerufen 16. 08. 2016.

Person in Gefahr“ verklagt werden können, wenn ein/e Patient/-in eine Behandlung verweigert. Das Gesetz von Leonetti verbietet sowohl die Euthanasie als auch die künstliche Lebensverlängerung, erlaubt die Beendigung oder die Begrenzung der Behandlung, wenn der/die aufgeklärte Patient/-in es verlangt⁷ und bestätigt das Recht des Patienten/der Patientin, eine schmerzlindernde Behandlung zu erhalten, selbst wenn diese im Nebeneffekt zu einer Verkürzung seiner Lebenszeit führt. Gegenwärtig wird dennoch im Übermaß therapiert; palliativmedizinische Unterstützung⁸ wird zu selten bereitgestellt oder bleibt für viele alte Patient/-innen unzugänglich; die Prozesse der Begleitung des Lebensendes sind aus vielerlei Gründen weithin ungenügend: Es fehlt an entsprechender Ausbildung; die spirituellen Kräfte des Personals wie der Patient/-innen werden nicht in den Pflegeprozess einbezogen; aus Unwissenheit oder Furcht wird keine effektive Schmerztherapie in Gang gesetzt; die einzelnen Pflegeaktivitäten sind ungenügend aufeinander abgestimmt; die Evaluation (genannt T2A) vernachlässigt Zuhören und Empathie etc. Medizinische Eingriffe werden der Pflege vorgezogen. In der Folge kommt es zu vielen Fehlschlägen, die wiederum den Ruf nach noch besserer medizinischer Überwachung laut werden lassen,⁹ anstatt das Problem an der Wurzel zu packen und einen achtsamen pflegerischen Umgang zu praktizieren, der die Patient/-innen als Mitentscheidende ernst nimmt.

Das „Gesetz über die öffentliche Gesundheitspolitik“¹⁰ aus dem Jahr 2004 soll ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Vorsorge, Pflege und Rehabilitation herstellen und hat zum Ziel, die Zahl vermeidbarer Sterbefälle oder Gebrechlichkeit von Personen unter 60 Jahren zu verringern, ungleiche Zugänge zur Gesundheitsversorgung zu bekämpfen und die

7 Für Personen, die ihren Willen nicht mehr selbst mitteilen können, sieht das Gesetz ein kollegiales Vorgehen vor.

8 Hierfür wird seit Januar 2016 ein zusätzliches Budget bewilligt.

9 Vgl. Loi n 2016–87 du 2 février 2016: „créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie“ („Gesetz über neue Rechte der Kranken und Menschen am Lebensende“), (JORF n°0028 du 3 février 2016), auch „Gesetz Claeys-Leonetti“ genannt, das „tiefgreifende und kontinuierliche Linderung“ fordert, online unter <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>, abgerufen 16. 08. 2016.

10 Vgl. Loi n 2004–806 du 9 août 2004 «relative à la politique de Santé Publique», JORF n°185, page 14277, texte n° 4, online unter <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>, abgerufen 17. 08. 2016.

Lebensqualität von Personen mit einer Behinderung zu erhöhen. Das Gesetz „Krankenhaus, Patienten, Gesundheit und Territorien“¹¹ („hôpital, patients, santé et territoires“, genannt HPST) von 2009 bringt ein mehrstufiges Pflegeangebot auf den Weg, das allen offen steht und das Gesamt der gesundheitlichen Bedürfnisse in den Blick nimmt.

1.2 Erklärungen und Vorschriften der Alterspolitik

1960 wurde das *Haut comité consultatif de la population et de la famille* (die französische Regierung in Fragen der Bevölkerungspolitik beratende Behörde) beauftragt, eine Studie über das Alter zu erstellen. Der daraus hervorgegangene Bericht von Pierre Laroque (*Rapport Laroque*) führt den Begriff „gerontologische Zusammenarbeit“ ein und setzt sich zum Ziel, den alten Menschen ein an ihre Bedürfnisse angepasstes System der Hilfe anzubieten, in dem die Mittel, Dienste und Interventionen aufeinander abgestimmt und „vor Ort gut miteinander vernetzt“ sind (Rapport Laroque, zitiert nach Ancri 2013, 36). Es geht darum, so schreibt B. Ennuyer (2007, 153), „durch eine Politik des ‚Zuhause-Leben-Bleibens‘ eine Ethik des Zusammenlebens“ zu unterstützen, „um den alternden Menschen zu ermöglichen, ihren Platz in der Gesellschaft zu bewahren.“ Ab den 1970er Jahren folgten spezifische, zum sechsten und siebten Fünfjahresplan zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung gehörende Programme, die die Zusammenarbeit des Staates mit den Kommunen und Organisationen förderten. Dieses administrative Vorhaben scheiterte jedoch.

Deshalb war es Ziel der Alterspolitik ab 1981/1982, zu einer Logik partnerschaftlicher Zusammenarbeit zu gelangen, das bürokratische Modell zu überwinden und die beruflich beteiligten Akteure verstärkt einzubeziehen. Beeindruckt vom Erfolg lokaler Initiativen entstand seither die Idee, die beteiligten Partner in einem Bund zusammenzuschließen und lokale gerontologische Koordinationsinstanzen der Untersuchung, Information und Verwaltung zu schaffen.

11 Vgl. Loi n 2009–879 du 21 juillet 2009 «portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires», JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, texte n° 1, online unter <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, abgerufen 17. 08. 2016.

Dennoch ging diese Zusammenarbeit nicht weit genug. Seit 1990 (und verstärkt durch die Vorschriften von A. Juppé aus dem Jahr 1996) wurden Gesundheitsnetzwerke (ohne gerontologische Ausrichtung) eingerichtet, die die Patienten ganzheitlich, eher medizinisch als sozial versorgen sollten. Mit dem Runderlass CNAVTS¹² von 1993 sollte diese Idee auf die Alterspolitik übertragen werden und interdisziplinäre gerontologische Netzwerke eingerichtet werden, die die Aufgabe hatten, gemeinsam die Situation vor Ort zu evaluieren und eventuell notwendige Veränderungen, wie die Verbesserung der Koordination der Dienste untereinander vorzunehmen. Zwei Probleme verhinderten jedoch, dass diese Netzwerke erfolgreich waren: Zum einen konnten die frei praktizierenden Ärzte nicht mit eingebunden werden, zum anderen blieb die Finanzierung unbeständig (vgl. Ancri 2013).

Der Runderlass DAS-RV 2 n 2003-310 vom 6. Juni 2000 „Über die lokalen Informations- und Koordinationszentren (CLIC)“ bestätigt das Recht der älteren Menschen, „solange zu Hause zu leben, wie sie es wünschen.“ Um dies zu erreichen, sollen die Zentren „alle Aspekte des täglichen Lebens der alten Menschen unterstützen, von der Pflege und Begleitung der Person, über den Zustand und die Nutzbarkeit des Wohnraumes (Gebäude/Umgebung) bis zum sozialen und kulturellen Leben als Bürger.“ Diese CLIC genannten Zentren sind „einzigartige Knotenpunkte“, da sie

„alle Dienste eines bestimmten Territoriums unter einem Dach bündeln und organisieren: Eine einzige Akte, in der die verschiedenen Bereiche zusammengefasst werden, eine gemeinsame Auswertung der Interventionen und regelmäßige Treffen der beteiligten Partner unter der Führung eines Komitees, das den Erfahrungsaustausch und den Wunsch zur Zusammenarbeit aller beteiligten Seiten fördert.“

Mit den Jahren entwickelten sich die Aufgaben weiter und es wurde deutlich, dass der Erfolg der CLIC-Zentren davon abhängt, dass die Initiatoren über vertieftes und anerkanntes Wissen um gerontologische Besonderheiten verfügen, da sie auf diese Weise weitere Mitstreiter mobilisieren können, was für das gesamte Netzwerk belebend wirkt. Es

12 N 38/93 du 21 avril 1993, online unter http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=CR_CN_3893_21041993, abgerufen 22. 08. 2016.

wurden Indikatoren und Algorithmen erarbeitet und sog. GIR (*groupes iso-ressources*)¹³ eingesetzt, um die Ziele präziser erfassen und ihre Umsetzung kontrollieren zu können, um Vergleichbarkeit herzustellen und *best-practice*-Beispiele empfehlen zu können, um die Nachfrage analysieren und besser kanalisieren zu können und schließlich um die Kosten und die zu bewilligenden Mittel evaluieren zu können. Dieses innovative Vorgehen stieß jedoch auf Widerstände: Noch immer bleiben die Zuständigkeiten fragmentiert, überwiegt die Bürokratie, bleibt die Kommunikation zwischen Gesundheits- und sozialem Sektor sowie zwischen häuslicher Umgebung und Institution schwierig, etc.

Der Alzheimerplan 2008–2012 greift die Überlegungen rund um Behinderung (vgl. Thiel 2014a) auf und führt in Frankreich als Antwort auf die Fragmentarisierung des Systems das Konzept der Integration ein. Er übernimmt das Modell der MAIA (*maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer*),¹⁴ die zum Ziel haben, „eine bessere Kooperation zwischen den Strukturen der Pflege, der Information und der Begleitung zu ermöglichen, um jeder von Alzheimer betroffenen Person einen individuell zugeschnittenen Versorgungsplan anbieten zu können“ (Ankri 2013, 37). Allerdings ist das Wort „*maison*“ (Haus) unglücklich gewählt, weil es sich nicht um einen Ort handelt und weil es der Idee der Integration widerspricht. Außerdem ist man sich schnell darüber klar geworden, dass die MAIA nicht auf Alzheimerpatient/-innen beschränkt bleiben können, sondern auf die komplexen Bedürfnisse des hohen Alters reagieren müssen. Ziel der MAIA ist es, alle Akteure, auch das medizinische Personal, in einem gemeinsamen Projekt auf die Weise zu vereinen, dass sie ihre Verantwortung nur gemeinsam wahrnehmen können und die Verwaltungsstrukturen wie die Datenerhebung teilen. Vor dem Hintergrund des Gesetzes HSPT (*hôpital santé patients territoire*) von 2009, das die Koordinierung der medizinischen und medizinisch-sozialen Akteure forderte, entstehen durch die MAIA neue Berufe: die „Fallmanager“ und die „MAIA-Lotsen“.

Auch im letzten Gesetz vom 28. Dezember 2015 wird der integrative Ansatz festgeschrieben, der auf drei Pfeilern beruht:

13 GIR meint die gemeinsame Betreuung der alten, zu Hause lebenden Menschen durch ein Team, bestehend aus einem/r Sozialarbeiter/-in und einem Arzt/einer Ärztin (Anm. d. Ü.).

14 „Häuser der Autonomie und Integration der Alzheimerpatienten“. Näheres online unter <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vielmaia>, abgerufen 18.08.2016.

- Präventionsmaßnahmen, die dem Verlust der Autonomie vorbeugen und die es den Patient/-innen ermöglichen, so lange wie möglich und gewünscht zu Hause wohnen zu bleiben.
- Anpassung der öffentlichen Politik an die Bedürfnisse des Alters (Anpassung der Wohneinheiten, Modernisierung der Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“, Berücksichtigung der Probleme des Alters in den Infrastrukturprogrammen, vor allem Wohnungsbau und Verkehr).
- Verbesserung der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Autonomie durch finanzielle Unterstützung sowie verschiedene Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (z. B. Recht auf Urlaub).

2 Strukturen der stationären Pflege alter Menschen

Das Gesetz vom 28. Dezember 2015 teilt die stationären gerontologischen Pflegeeinrichtungen auf Grundlage ihrer Aufnahmekapazität in zwei Kategorien ein: Ist eine gewisse Größe erreicht, spricht man von stationären Pflegeeinrichtungen für auf Hilfe angewiesene Personen (EHPAD – *établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes*¹⁵) ansonsten von „kleinen Wohneinheiten“ oder Häusern des „Betreuten Wohnens“. Nähere Übersicht über die Kriterien bietet der Gesetzestext selbst, allerdings sind noch nicht alle Bestimmungen umgesetzt oder in Durchführungsbestimmungen überführt worden. In der Zwischenzeit kann man sich einen Überblick über die Strukturen der Pflegepolitik verschaffen, indem man einen Blick auf die offizielle Einteilung der Grade der Abhängigkeit wirft und die offiziellen Zahlen konsultiert. Die Zahlen basieren auf Erhebungen des INSEE (*Institut national de la statistique et des études économiques*, des französischen amtlichen statistischen Amtes – Anm. d. Ü.).

15 EHPAD (*établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes*), vgl. dazu oben genanntes Gesetz, online unter Art. L 313–12 I CASF, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892806&dateTexte=>, abgerufen 18. 08. 2016.

2.1 Grade der Hilfsbedürftigkeit alter Menschen

Ähnlich wie bei der Behinderung definiert das INSEE die Abhängigkeit alter Menschen als „Zustand dauerhafter Unfähigkeit der Person, der Hilfestellungen bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens notwendig macht.“ Für die Bestimmung des aus der Hilfsbedürftigkeit resultierenden Anspruchs auf finanzielle Leistungen werden verschiedene Gutachterkriterien zugrunde gelegt, unter denen AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe IsoRessource) am häufigsten verwendet wird. Nach diesen Kriterien werden sechs Pflegestufen (genannt GIR) physischer und psychischer Abhängigkeit unterschieden, von GIR₁ (sehr stark hilfsbedürftige Personen) bis GIR₆ (ohne Verlust der „Autonomie“). Die 17 zugrundeliegenden Variablen beziehen sich auf das Verhalten, die Kommunikation, die Orientierung in Raum und Zeit, körperliche Hygiene, Ernährung, Ausscheidung und die Bewegung innerhalb und außerhalb des Hauses. Die Klassifikation, die von einem Arzt/einer Ärztin durchgeführt wird, sieht wie folgt aus:

Klassifikation der Hilfsbedürftigkeit nach GIR¹⁶

GIR₁: Person, die bettlägerig ist oder nur sitzen kann, deren mentale Funktionen schwer beeinträchtigt sind und die ständiger pflegerischer Hilfeleistungen bedarf, oder eine Person im Sterbeprozess.

GIR₂: Person, die bettlägerig ist oder nur sitzen kann, deren mentale Funktionen weniger schwer beeinträchtigt sind und deren Zustand pflegerische Hilfeleistungen für die meisten Vorgänge des täglichen Lebens notwendig macht, oder eine Person, deren mentale Funktionen schwer beeinträchtigt sind, die jedoch in der Lage ist, sich fortzubewegen, und die permanente Überwachung braucht.

GIR₃: Person, die ihre mentale und teilweise ihre lokomotorische Autonomie bewahrt hat, die jedoch täglich und mehrfach am Tag Hilfe bei der Körperpflege braucht.

¹⁶ Vgl. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>, abgerufen 08.08.2016.

GIR4: Person, die nicht eigenständig das Haus verlassen kann, die jedoch nach der Hilfe beim morgendlichen Aufstehen in der Lage ist, sich innerhalb ihrer Wohnung zu bewegen und die Hilfe bei der Hygiene und dem Ankleiden benötigt, oder eine Person, die keine lokomotorischen Probleme hat, die jedoch Hilfe bei der Körperpflege und der Ernährung benötigt.

GIR5: Person, die nur punktuell Hilfe bei der Körperpflege, der Nahrungszubereitung und der Reinigung des Haushalts benötigt.

GIR6: Person, die in den grundlegenden Vorgängen des täglichen Lebens noch autonom ist.

Aufgrund dieses Rasters wird bestimmt, ob und in welcher Höhe die Person Anspruch auf Pflegegeld (APA) hat.¹⁷ Allerdings scheint mir die zugrundeliegende Terminologie gefährlich zu sein. Es ist problematisch, von „Abhängigkeit“ zu sprechen, denn der Mensch ist sein ganzes Leben lang zwar in unterschiedlichem Maße, aber doch unleugbar abhängig. Die Konnotationen der Formulierung „Verlust der Autonomie“ sind noch negativer (vgl. dazu Thiel 2013, 31f.). Abgesehen von Italien benutzt Frankreich als einziges Land eine solch negative Terminologie. Die anderen Länder sprechen eher von „Pflege für ältere Personen“, „Pflegeversicherung“ oder „Langzeitpflege“. Bedeutet die Formulierung „Verlust der Autonomie“ nicht, dass diese Personen nicht mehr selbst über sich bestimmen können, weil man ihnen diese Fähigkeit nicht mehr zutraut und/oder weil man ihnen diese Möglichkeit nicht mehr zugesteht? Verletzt ihre Freiheit (Recht des Selbst) tatsächlich die Wünsche und/oder Allmacht der „Jüngeren“, die dazu neigen, das Altern zu „verbieten“?

Sprache ist niemals „neutral“. Ich persönlich ziehe es vor, von Verlust der *Ausdrucksmöglichkeit* (*expression*) der Autonomie zu sprechen, sodass die Person nicht der Dimension ihrer Freiheit beraubt wird und das Gegenüber (Angehörige, Pfegende) dazu verpflichtet wird, diese Freiheit im Rahmen einer sich fortsetzenden Beziehung zu respektieren. Die sorgfältige Verwendung der Sprache sollte umso mehr Beachtung finden, als alle sogenannten „fortschrittlichen“ Gesellschaften besonders im

17 APA (*Allocation personnalisée d'autonomie*, „Pflegegeld“) Siehe: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>, abgerufen 08. 08. 2016.

Hinblick auf den Zugang zur Pflege und zur Reanimation gegen Altersdiskriminierung kämpfen (vgl. Ganster u. a. 2012; Hasselmann 2012).

2.2 Statistische Daten

Die Daten, die das „Nationale Institut für Statistik und Wirtschaftsstudien“ (INSEE) 2016 veröffentlicht hat, betreffen das Jahr 2014 und geben einen Einblick in die französischen Pflegestrukturen, die vorhandenen Plätze und die Kostenentwicklung zwischen 2005 und 2014:

Tabelle 1: Struktur der öffentlichen und privaten Einrichtungen in Frankreich für ältere Menschen (Stichtag 01. Januar 2014)

Seniorenheime für Nicht-Pflegebedürftige	
Zahl der Einrichtungen	450
Zahl der Betten in der permanenten Unterbringung	15.829
Betreutes Wohnen	
Zahl der Einrichtungen	2.337
Zahl der Plätze	111.370
Pflegeheime (EHPAD)	
Zahl der Einrichtungen	7.258
Zahl der Betten in der permanenten Unterbringung	557.648
Einheiten der Langzeitpflege	
Zahl der Einheiten	596
Zahl der Betten	31.821
Plätze für ältere Menschen in der Kurzzeitpflege	11.363
Davon für Alzheimerpatienten vorgesehen	9.058
Plätze in der Tagespflege	12.986
Davon für Alzheimerpatient/-innen vorgesehen	10.532
Häusliche Pflegedienste für ältere Menschen	
Zahl der Dienste	2.113
Zahl der Plätze	117.093

Quelle: INSEE (Drees, FINES, Untersuchung SAE)

Die Ausgaben für gerontologische Langzeitpflege sehen in Frankreich wie folgt aus:

Tabelle 2: Ausgaben der gerontologischen Langzeitpflege in Frankreich in Mio. Euro

	2005	2013	2014
Stationäre Pflege älterer Menschen	4.569	8.595	8.804
Entwicklung in % ¹⁸	13,3	4	2,4
Langzeitpflege im Krankenhaus	1.341	1.007	979
Senioren- und Pflegeheime	3.228	7.588	7.825
Öffentliche Einrichtungen	1.972	4.159	4.234
Private, gemeinnützige Einrichtungen	790	1.971	2.054
Private, nicht-gemeinnützige Einrichtungen	466	1.459	1.538
Häusliche Krankenpflege	911	1.538	1.563
Entwicklung in %	8,9	4,6	1,7
Gerontologische Langzeitpflege insgesamt	5.480	10.132	10.368
Entwicklung in %	12,6	4,1	2,3

Quelle: INSEE (Drees, Gesundheitsausgaben)

Die INSEE-Statistik für 2013 zeigt zudem, dass 710.000 alte Menschen Sozialleistungen in Form von Pflegegeld (APA) oder Haushaltshilfe erhielten, die es ihnen ermöglichten, weiterhin zu Hause zu leben. Doch soll an dieser Stelle auch auf die Arbeit der Pflegenden und ihr eigenes Bedürfnis nach Entlastung hingewiesen werden, das langsam in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Das Gesetz von 2015 greift diese Problematik bereits auf, dennoch muss noch viel getan werden.

In der stationären Pflege beziehen etwa 500.000 Bewohner/-innen Pflegegeld (APA), 6 von 10 Personen unter ihnen haben die Pflegestufe GIR1 oder GIR2.

Tabelle 3: Empfänger/-innen von Pflegegeld (APA) nach Pflegestufe (GIR) im Jahr 2013 (Stichtag 01. 01. 2013)

	Pflegestufe 1 (GIR1)	Pflegestufe 2 (GIR 2)	Pflegestufe 3 (GIR 3)	Pflegestufe 4 (GIR 4)	Gesamt
Zu Hause	17.045	119.184	156.723	417.628	710.580
Stationär	94.038	205.026	87.782	113.665	500.512
Gesamt	111.083	324.210	244.505	531.293	1.211.092

Quelle: INSEE (Drees, Untersuchung Aide social /Sozialhilfe)

18 Die Berechnung der Entwicklung erfolgt auf Grundlage des Vorjahres.

An sich steht jeder/jedem Bedürftigen in Frankreich die Aufnahme in ein Pflegeheim offen. In der Realität zeigen sich jedoch häufig Hindernisse: Trotz massivem Ausbau in den letzten Jahren sind oftmals nicht ausreichend Plätze vorhanden oder die AGGIR-Kriterien selbst erschweren den Zugang. Jede stationäre Pflegeeinrichtung für ältere Menschen untersteht einem trilateralen Vertrag, der zwischen der jeweiligen Einrichtung, dem *Conseil départemental*¹⁹ und der regionalen Gesundheitsbehörde (*Agence régionale de santé*, ARS) ausgehandelt wird und der für diese Einrichtung eine anzuzielende statistische durchschnittliche Pflegestufe (genannt *GIR moyen pondéré*, GMP) festlegt.

Dieser GMP-Wert wird wie folgt errechnet: Die Aufnahme einer Person mit der höchsten Pflegestufe GIR1 erbringt 1.000 Punkte, GIR2 erbringt 840 Punkte, GIR6 nur noch 70 Punkte. Die Summe aller GIR-Punkte der Einrichtung geteilt durch die Anzahl der Bewohner/-innen ergibt die anzuzielende durchschnittliche Pflegestufe GMP. Dieser Wert wird einzeln für jede Einrichtung je nach Größe, Geschichte des Hauses, baulicher Ausstattung etc. festgelegt und muss mit Abweichungen von max. 10% erreicht werden, weil davon die Finanzierung des Personals abhängt. In der Praxis kann die Festlegung dieses Richtwertes unliebsame Folgen haben: Sterben etwa im gleichen Monat drei Personen mit der höchsten Pflegestufe (GIR1, 1.000 Punkte) und werden drei neue Personen mit Pflegestufe GIR4 aufgenommen, so kann der GMP-Wert nicht mehr erreicht werden und die personelle Ausstattung wird verringert, was menschlich sehr belastend ist. Eine Einrichtung mit 200 Betten kann solche Schwankungen leichter abfedern als eine mit 40 Betten, doch die Problematik bleibt die gleiche.

3 Schlussbetrachtung

Es ergibt sich also ein sehr heterogenes Bild des französischen Pflegesystems, wie auch die Studie *„Mieux dépenser pour la santé de tous.“*²⁰ (vgl. Bonnichon u. a. 2013) zeigt, denn das System fördert keine echte Übernahme von Verantwortung. So schreibt diese Studie:

19 Oberstes Exekutivorgan eines Departements (Anm. d. Ü.).

20 „Geld besser ausgeben für die Gesundheit aller?“

„Der Patient mutiert zu einem ständig solventen Käufer, der durch die häufig versteckten Eingriffe der Krankenkasse und der Zusatzversicherungen das unbegrenzte Recht hat, begrenzte Ressourcen anzuzapfen [...]. Diese Situation hat sehr anspruchsvolle Nutzer hervorgebracht, die nach dem Motto „Es ist mein Recht, ich nehme es!“ sofort und häufig mehrfach sehr spezialisierte, gar redundante Untersuchungen fordern. Die Hauptamtlichen der Pflegeberufe sind häufig stärker kontrolliert und den Effekten wachsender juristischer Überprüfung ausgesetzt, was ‚kleine Abmachungen‘ jedoch nicht ausschließt.“

Die Krankenkasse hingegen ist „unfähig, die lautstark artikulierten Interessenkonflikte zwischen den hauptberuflich im Gesundheitswesen Tätigen, der medizinischen Forschung, der Pharmaindustrie und den verschiedenen Patientenvereinigungen zu schlichten“ (ebd.). Überfluss ruft Überfluss, Einfluss ruft Einfluss: Da beißt sich die Katze in den Schwanz!

Erklärte Gegner des Wohlfahrtsstaates schlagen eine radikale Lösung vor: Da eine gute Absicherung gegen gesundheitliche und soziale Risiken die Nutzer nicht zu einem verantwortlichen Umgang führt und der Staat durch dieses Verhalten der Sozialhilfeempfänger dazu gezwungen wird, die Sozialausgaben zu erhöhen, schlagen sie die Liberalisierung des Systems, das freie Spiel der Akteure am Markt vor. Sie machen jenen ein schlechtes Gewissen, die der von ihnen erwarteten Verantwortung für die eigene Gesundheit nicht mithilfe aller zur Verfügung stehenden Mittel nachkommen, und üben finanziellen Zwang aus, der jedoch nur die Ärmsten trifft. Die Abhilfe scheint schlimmer als das Übel. Allerdings sollte die Priorisierung der Pflegeleistungen geklärt, bewertet und überprüft werden. Wie Christian Léonard (2015) analysiert, ist das Hervorrufen von Verantwortungsbewusstsein auf allen Ebenen gefordert. Dabei muss Verantwortung gleichzeitig Freiheit bedeuten und umgekehrt, damit die Solidarität auf der Grundlage eines individuellen als auch kollektiven *Care*-Verständnisses neu begründet werden kann.

Überwinden die letzten Gesetze („Gesundheit und Alter“) endlich die Trennung zwischen Medizinischem und Sozialem in der Pflege alter Menschen? Nichts ist weniger sicher. Und doch ist allgemein anerkannt, dass dies notwendig wäre, um die Regeln und Verantwortlichkeiten der Pflege zu klären. Was die Finanzierung der Alterspolitik betrifft, so müssen bescheidene Ausgaben sicher auf die Allgemeinheit umgelegt werden. Dies genügt jedoch nicht. Zwar nehmen neurodegenerative

Erkrankungen weniger stark zu als befürchtet (vgl. Satizabal u. a. 2016),²¹ was unbestritten eine gute Nachricht ist, doch müssen neue Wege der Kapitalisierung gefunden werden. Nicht so sehr, um das Alter zu finanzieren, das im Zeitraum von 1992 bis 2000 nur zu 3 % für die Kostensteigerungen im Gesundheitssektor verantwortlich war (vgl. Bizard 2015, 212), als vielmehr um Innovationen zu belohnen. Mehr noch, wenn sich die Gesundheit verbessert, fällt das Alter weniger ins Gewicht. Die entscheidende Variable, gleich in welchem Alter, ist die Nähe des Todes. Die Herausforderung besteht einerseits darin, durch eine Förderung der Gesundheit die Morbiditätsrate zu senken, und andererseits am Lebensende keine künstliche Lebensverlängerung zu betreiben.

Vergessen wir nicht: Pflege kann nicht auf ein Geschäft reduziert werden, das sich rechnet, sondern sie muss sich für die konkreten Personen in ihrer Ganzheit, mit ihrer Geschichte, ihren Beziehungen, ihren spirituellen Dimensionen öffnen und die persönliche mit der professionellen Erfahrung zusammenführen.

(Übersetzung: Cordula Schonert-Sieber)

Literatur

- Ankri, Joël** (2013): De la coordination à l'intégration. In: *Actualité et dossier en santé publique* no. 85: Politique de l'âge et santé, 36–38.
- Billé, Michel; Martz, Didier** (2010): *La tyrannie du 'bien-vieillir'*. Lormont: Le Bord de l'Eau.
- Bizard, Frédéric** (2015): *Politique de santé: réussir le changement*. Paris: Dunod.
- Bonnichon, Benoit; Dinechin, Blandine de; Goudet, Bernard; d'Hérouville, Daniel; Monconduit, Mathieu; Renoult, Claudine; Rosa, Jean-Pierre; Sicard, Didier; Thiel, Marie-Jo; Tiberghien, Pauline** (2013): *Mieux dépenser pour la santé de tous?* (Semaines sociales de France, Octobre 2013), online unter http://www.ssf-fr.org/offres/doc_inline_src/56/DEgpenser+mieux+version+2013+09+30.pdf, abgerufen 08.08.2016.
- Ennuyer, Bernard** (2007): 1962–2007: regards sur les politiques du 'maintien à domicile'. Et sur la notion de 'libre choix' de son mode de vie. In: *Gérontologie et société* 123(4), 153–167.
- Franco, Alain** (2010): «Vivre chez soi». Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés, online unter <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000324.pdf>, abgerufen 08.08.2016.

21 Seit drei Jahrzehnten ist die Ausbreitung der Alzheimer Krankheit rückläufig.

- Ganster, Frédérique; Guiot, Philippe; Lorentz, Michel; Lesquervault, Benoît; Hasselmann, Michel** (2012): Réflexion à propos d'une cohorte de patients âgés de '80 ans et plus' admis en réanimation médicale. In: Thiel, Marie-Jo (ed.): *L'Automne de la vie: enjeux éthiques du vieillissement* (Chemins d'éthique). Strasbourg: Presses universitaires de Strasbourg, 137–146.
- Hasselmann, Michel** (2012): Age et accès aux soins lourds: la réanimation comme champ d'analyse. In: Thiel, Marie-Jo (ed.): *L'Automne de la vie: enjeux éthiques du vieillissement* (Chemins d'éthique). Strasbourg: Presses universitaires de Strasbourg, 147–160.
- Léonard, Christian** (2015): *Libérer et responsabiliser pour refonder la solidarité*. Namur: Presses universitaires de Namur.
- Piveteau, Denis** (2012): Vieillesse de la population, dépenses de santé et prise en charge de l'autonomie. In: Thiel, Marie-Jo (ed.): *L'Automne de la vie: enjeux éthiques du vieillissement* (Chemins d'éthique). Strasbourg: Presses universitaires de Strasbourg, 177–180.
- Satizabal, Claudia L.; Beiser, Alexa S.; Chouraki, Vincent; Chêne, Geneviève; Dufoil, Carole; Seshadri, Sudha** (2016): Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. In: *The New England Journal of Medicine* 374(6), 523–532.
- Thiel, Marie-Jo** (ed.) (2012): *L'Automne de la vie: enjeux éthiques du vieillissement* (Chemins d'éthique). Strasbourg: Presses universitaires de Strasbourg.
- Thiel, Marie-Jo** (2013): *Faites que je meure vivant!: vieillir, mourir, vivre*. Montrouge: Bayard.
- Thiel, Marie-Jo** (ed.) (2014a): *Enjeux éthiques du handicap* (Chemins d'éthique). Strasbourg: Presses universitaires de Strasbourg / *Ethische Fragen der « Behinderung »*. Ethical Challenges of Disability. Münster: Lit.
- Thiel, Marie-Jo** (2014b): *La santé augmentée, réaliste ou totalitaire?* Montrouge: Bayard.

Über die Autorin

Marie-Jo Thiel, Dr. med., Dr. theol., Professorin für Theologische Ethik an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität de Strasbourg, E-Mail: mthiel@unistra.fr.