

Gut gemeint und schlecht getroffen

Die Einführung des Pflegegeldes in den 1990er-Jahren war ein wichtiger Schritt zur sozialen Absicherung älterer Menschen im Falle der Pflegebedürftigkeit. Allerdings orientiert sich die aktuelle Finanzierung der Pflege Älterer an deren Defiziten: Je unselbstständiger sie werden, desto finanziell lohnender wird das für die Pflegeeinrichtungen. Teil 1: Eine Bestandsaufnahme.

Richard Hennessey, Stefan Knobel

Die Sozialpolitik muss handeln, wenn im Kontext von Alter ein Pflegebedarf entsteht, der vom Individuum nicht mehr alleine getragen werden kann. Der Staat stellt dann die pflegebezogenen Leistungen zur Verfügung oder beteiligt sich maßgeblich an deren Finanzierung. Er hat hier relativ gut dafür gesorgt, dass die Menschen bei Pflegebedürftigkeit sozial abgesichert sind. Eine gute soziale Absicherung bedeutet aber nicht automatisch eine höhere Selbstständigkeit, und sie kann genau deswegen zu Finanzierungsproblemen führen.

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung bereitet die jetzige Form des Pflegegeldes bereits auf mittlere Sicht Finanzierungsprobleme. So prognostiziert das österreichische Wirtschaftsforschungsinstitut eine Steigerung der Pflegegeldausgaben (inklusive der damit verbundenen Sachleistungen) im Zeitraum 2006 bis 2030 bis zu 200 Prozent.¹ Das ist keine gute Nachricht in Zeiten stagnierender und – im Falle einer Wirtschaftskrise – schrumpfender Budgets.

Die Kernproblematik

Die Diskussionen um die Finanzierung des Pflegegeldes sind zwar notwendig, sie zielen aber nicht auf die Kernproblematik des jetzigen Systems, nämlich jener, dass hier starke finanzielle Anreize an die Einrichtungen gegeben werden, die älteren Menschen unselbstständigkeitsfördernd zu pflegen.² Eine steigende Unselbstständigkeit der älteren Menschen hat drei Folgen: erstens einen beträchtlichen Verlust an Selbstständigkeit und Lebensqualität für

diese; zweitens steigende Hilfs- und Pflegebedürftigkeitsquoten und damit eine Verschärfung der Finanzierungsproblematik; drittens eine Deprofessionalisierung der Pflege, dadurch eine Verringerung der Attraktivität des Pflegeberufes und folglich eine Erschwerung der dringend notwendigen Akquise und Bindung von Fachkräften. Das Hauptproblem, so unsere These, liegt in den falschen monetären Rahmenbedingungen und nicht im „Sündenbock“ des demographischen Wandels.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens

Wenn Menschen älter werden, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie pflegebedürftig werden. Auch wenn Pflegebedürftigkeit

Das Hauptproblem liegt in den falschen monetären Rahmenbedingungen.

und Pflegebedarf nicht deckungsgleich sind, so zeigt sich empirisch, dass die Pflegebedürftigkeit der wichtigste Einflussfaktor des Pflegebedarfs ist. Die Pflegebedürftigkeit wird mithilfe von Kriterien des ATL-Modells sichtbar und handhabbar gemacht.

Die ATL drücken dabei die Fähigkeit aus, die elementaren Aktivitäten des täglichen Lebens (Anziehen, Waschen, Essen, Bewegen usw.) selbstständig zu verrichten. Diese ATL-Kriterien werden den sozialpolitischen Leistungen wie dem Pflegegeld in Österreich und Deutschland wie auch der schweizerischen Hilflosenentschädigung zugrunde gelegt. Wenn auch die angewendeten ATL-Modelle zwischen diesen Ländern verschieden sind, so steht bei allen dreien die Unselbstständigkeit der Menschen im Mittelpunkt des Interesses. Das österreichische Pflegegeld z. B. kann dann in Anspruch genommen werden, wenn eine körperliche, geistige, psychische oder Sinnesbehinderung vorliegt, die voraussichtlich mehr als sechs Monate andauern wird und dadurch einen ständigen Betreuungsbefehl verursacht.³

Die aktuelle sozialpolitische Handhabung des ATL-Konzeptes ist in allen Ländern sehr defizitorientiert. Bei der „Hilflosenentschädigung“, der Schweizer Form des Pflegegeldes, verrät es die Sprache. Hier verweisen die Schweizer Altersforscher François Höpflinger und Valérie Hugentobler treffend auf den eingebauten Konstruktionsfehler dieses Defizitmodells, welches „sich an Modelle der Invalidenversicherung anlehnt und auf einen Dauerzustand an Behinderung angelegt ist“.⁴ Wenn monetäre Signale sich an einer bleibenden Unselbstständigkeit orientieren, dann zeitigt das eine katastrophale Wirkung auf die Qualität der Pflege und damit die Selbstständigkeit und Lebensqualität der älteren Menschen.

In die Betten gepflegt

Damit wird den Einrichtungen vom Staat her kein Anreiz gegeben, ihre Patientinnen und Patienten so zu pflegen, dass sie wieder selbstständiger werden. In den Worten des Pflegewissenschaftlers Erwin Böhm: „Die Leute werden in die Betten gepflegt, anstatt sie nach Hause zu rehabilitieren.“⁵ Auch ohne negative monetäre

Gelernte Abhängigkeit

Eine bahnbrechende Beobachtungsstudie von Margret Baltes und Kollegen⁶ aus den 1980er-Jahren kam zu dem Ergebnis, dass auf unselbstständiges Verhalten der älteren Menschen die Pflegekräfte ihrerseits fast immer mit der Unselbstständigkeit unterstützendem Verhalten reagierten. Das selbstständige Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner hingegen wurde weitgehend ignoriert. Das hat zur Folge, dass ältere Menschen, um Aufmerksamkeit zu erlangen, v. a. mit unselbstständigem Verhalten reagieren („dependency-support-script“). Die Autoren der Studie interpretieren das als „gelernte Abhängigkeit“. Verschiedene ökonomische Zwänge verstärken diesen Teufelskreis.

Anreize ist es nicht leicht, ältere Menschen selbstständigkeitsfördernd zu pflegen (siehe Kasten „Gelernte Abhängigkeit“).

Der ältere Mensch befindet sich gegenüber der Einrichtung nicht in der Rolle des „souveränen Kunden“, sondern in der Situation des abhängigen Patienten: „Niemand konsumiert Pflege, weil er das will und wählt. Kein Mensch fragt Pflege in einem Spital oder

Es sind zwei ökonomische Zwänge kontraproduktiv am Wirken.

zu Hause nach, sondern braucht Pflege, weil er pflegebedürftig ist, weil er Fachkenntnisse der Pflegekräfte 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“, sagt die Ökonomin Mascha Madörin.⁷ Dadurch wird die Einrichtung nicht nur zum Anbieter, sondern auch zum Nachfrager nach ihren eigenen Leistungen.⁸

Zudem bezahlt der Patient auch nicht direkt für die von ihm bezogene Leistung, sondern das erfolgt über die Versicherungsbeiträge bzw. Förderungen. Es liegt also auch hier keine marktliche Beziehung vor, sondern „third-party payment“.⁹ Und die Versicherung bzw. der Staat haben andere Vorstellungen über die Verwendung des Geldes als der Patient. Der Staat möchte, dass die Pflegekosten nicht überhand nehmen, und versucht diese zu deckeln. Diese Deckelung wird über Pauschalvergütungen an die Einrichtungen weitergegeben. Die Einrichtungen müssen darauf achten, dass ihnen, um ihre wirtschaftliche Existenz nicht zu gefährden, keine Kosten entstehen, die größer sind als die pauschalen Leistungsvergütungen, die sie erhalten. Das bedeutet ein enges zeitliches Korsett für die Pflegekräfte. Wenn beispielsweise ein Bewohner zum selbstständigen Duschen unter Anleitung zu lange brauchen würde, dann wird er zeitsparend, aber nicht selbstständigkeitsfördernd geduscht. Und warum sollte man ihn auch unter Anleitung selbstständigkeitsfördernd duschen, wenn darüber hinaus noch das Pflegegeld herabgestuft wird und dadurch eine zusätzliche Reduktion des Personals und damit eine weitere zeitliche Verknappung der Ressourcen das Resultat ist?¹⁰

Es sind hier folglich gleich zwei ökonomische Zwänge kontraproduktiv am Wirken. Durch Informationsasymmetrie, Pflegepauschalen und Pflegegeld werden nicht diejenigen Leistungen angeboten, welche die älteren Menschen für die Entwicklung ihrer Selbstständigkeit benötigen, sondern das, was der Einrichtung zum wirtschaftlichen Überleben hilft. Die europaweit durchgeführte OASIS-Studie belegt, dass die Hilfen der Einrichtungen in einem negativen Zusammenhang mit der Selbstständigkeit und Lebensqualität der Bewohner stehen.¹¹

Die existenzbedrohende Einnahmen-Ausgaben-Schere

Aus der Sicht der Einrichtungen ist eine Orientierung am unselbstständigen Verhalten der Bewohner verständlich. Denn

für die selbstständigkeitsfördernden Maßnahmen entsteht den Einrichtungen zu Beginn ein zusätzlicher Aufwand (Schulungen, mehr Zeiteinsatz pro Patient). Sind die Maßnahmen erfolgreich, dann gelangt der Patient in eine niedrigere Pflegegeldstufe. Dadurch muss aber die Einrichtung niedrigere Einnahmen verbuchen und kann sich den zusätzlichen Aufwand nicht refinanzieren. Da sich auch die Personalbemessung nach den Pflegestufen richtet und aufgrund des hohen Anteils von Festanstellungen auf eine Veränderung der Pflegestufen nicht flexibel reagiert werden kann, würde eine Verringerung des Pflegestufenindex (durchschnittliche Pflegestufe aller Heimbewohner) zu einer Finanzierungslücke der jeweiligen Einrichtung beitragen. Kurzum: Eine Verringerung der Pflegestufen käme nur dem Staat zugute. Den Einrichtungen entstünde ein existenzbedrohender Scheren-Effekt: höhere Ausgaben verbunden mit niedrigeren Einnahmen.¹²

Deprofessionalisierung der Pflege und Blockierung von Innovationen

Das jetzige Pflegegeld gibt Anreize zur Deprofessionalisierung der Pflege, weil die Pflegekräfte mitansehen müssen, wie unter ihren Augen die älteren Menschen immer mehr verfallen und stetig unselbstständiger werden. Das führt dazu, dass sie den Sinn in ihrer Arbeit nicht mehr erkennen und ihre Kompetenzen nicht erleben können. Auf diese Art und Weise bleiben die wichtigsten Quellen der Mitarbeitermotivation unerschlossen. Nicht die vielbeschworene Akademisierung der Pflege, sondern das

Der ältere Mensch wird im Pflegealltag als ein defizitäres Objekt betrachtet.

Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserleben „on the job“ ist es letztlich, was den Pflegeberuf attraktiv macht und die Akquirierung und Bindung der Fachkräfte erleichtert.

Durch diese Subventionsart wird nicht nur gute Pflegearbeit sabotiert, sondern auch Innovation verhindert, die den Gepflegten mehr Selbstständigkeit und Wohlbefinden und den Pflegekräften mehr Professionalität und Entlastung verleihen würden, wie etwa Kinaesthetics, ein Modell der kompetenzfördernden Pflege. Durch die Erhöhung der Mobilität und Selbstständigkeit der Patienten werden auch die Pflegekräfte körperlich und psychisch entlastet.¹³

Der blinde Fleck des gegenwärtigen Menschenbildes

Entgegen den Beteuerungen in den Sonntagsreden von Politikern und den schön formulierten Sätzen in den Leitbildern, die allesamt natürlich den älteren Menschen in seiner Würde und Einzigartigkeit zu sehen glauben, ist die Wirklichkeit eine ganz andere: Der ältere Mensch wird im realen Pflegealltag letztlich als ein defizitäres Objekt, das möglichst effizient versorgt und ruhig gestellt werden soll, betrachtet. Das belegen die erwähnten Studien zum unselbstständigkeitsfördernden Verhalten in Organisationen.

Der Wissenschaftsphilosoph Karl-Friedrich Wessel macht auf den blinden Fleck dieses Menschenbildes aufmerksam: „Die Tatsache des Dahinvegetierens vieler Menschen, des Stillstands der Entwicklung, des Verfalls von Persönlichkeit im Alter spricht nicht gegen die generelle Möglichkeit lebenslanger Entwicklung, sondern viel eher für die Notwendigkeit, danach zu fragen, ob die soziale Wirklichkeit nicht anders organisiert werden sollte.“¹⁴ Daraus folgt, dass die Selbstständigkeit und Lebensqualität der älteren Menschen nicht nur ein frommer Wunsch ist, mit dem wir uns selbst belügen, sondern in unsere Verantwortung rückt, weil wir ja die Wirklichkeit mitgestalten. Es muss aber wissenschaftliche Anhaltspunkte dafür geben, dass menschliche Entwicklung lebenslang möglich ist.

Lesen Sie im nächsten Heft: Ein wissenschaftlich belegter Gegenentwurf zur derzeitigen Pflegegeldfinanzierung. ::

Literatur und Anmerkungen:

- ¹ Mühlberger U et al (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien, S. 39.
- ² Die folgenden Zeilen beziehen sich auf pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen. Natürlich würde aber ein neugestaltetes Pflegegeld schon aus Gleichheitsgründen auch pflegebedürftige Menschen in ihren eigenen vier Wänden einschließen.
- ³ § 4(1) Bundespflegegeldgesetz
- ⁴ Höpflinger F, Hugentobler V (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Verlag Hans Huber, Bern, S. 21.
- ⁵ Vogelauer A, Pfusterer K (2007): Psychobiographische Pflege nach Böhm. Linz, Zugang: www.wozabal.com/fileadmin/flash/Presstexte/Bericht_des_Monats_Mai_2007_.pdf. Zugriff: 22.9.2016.
- ⁶ Baltes M et al (1980): Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: An operant-observational study. *International Journal of Behavioral Departement*. 489 -500.
- ⁷ Madörin M (2016): Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Erkundungen aus Sicht der Pflege. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften – Departement Gesundheit. Winterthur, S. 67.
- ⁸ Flenreiss G, Rümmele M (2008): Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen. Springer-Verlag, Wien, S. XI.
- ⁹ Binswanger M (2012): Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Herder Verlag. Freiburg im Breisgau, S. 182.
- ¹⁰ Lukas C (2007): Das Abhängigkeitsunterstützungsskript im Pflegesetting. Experimentelle Studien zu situativen und personalen Moderatoren. Dissertation. Trier, S. 192.
- ¹¹ OASIS – Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Solidarity. Center of Research and Study of Ageing. Haifa, S. 294.
- ¹² Lange-Riechmann L (2015): Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics und die Bedeutung für Diakonie und Gesundheitsökonomie. Steinbeis-Edition. Stuttgart, S. 131 f.
- ¹³ Hennessey R, Kreyer I (2014): Das Konzept Worklife Quality. Gesundheitsförderung am Beispiel der Gaittal-Klinik und des LKH Laas in Kärnten. In: Soziale Sicherheit, Heft 11, S. 537 f.
- ¹⁴ Wessel KF (1998): Humanontogenetik – neue Überlegungen zu alten Fragen. In: *Humanontogenetik*, Mai 1998, Vol 1, No 1, S. 17-40.



Dr. Richard Hennessey
Projektleiter bei Human Impact
Wien/Langenargen,
und wissenschaftlicher Mitarbeiter
bei der stiftung lebensqualität in
Siebnen, Schweiz
hennessey@humanimpact.at



Stefan Knobel
Pflegeexperte bei der LaRete GmbH
und Präsident der stiftung
lebensqualität in Siebnen, Schweiz
stefan.knobel@stiftung-lq.com