

# VORWORT

Der ZVPÖ hat die Widersprüche in der österreichischen Gesundheitsplanung - insbesondere im Bezug auf die Pflege - zum Anlass genommen, Befunde zu erheben und Meinungen zu einzelnen Themen der Pflege einzuholen. Damit wird eine Arbeitsgrundlage geschaffen. Der ZVPÖ, als Verband kann nun gemeinsam mit seinen Mitgliedern inhaltlich kommunizieren, sich an der gesellschaftspolitischen und pflegepolitischen Debatte beteiligen und künftig, entsprechend seiner Beschlüsse, auch in seiner Funktion als Mitglied des Seniorenrates fortschrittliche Positionen vertreten.

Ich freue mich, als gesundheitspolitischer Berater des ZVPÖ, mit dieser Broschüre ein erstes Zwischenergebnis vorlegen zu können. Überaus dankbar bin ich allen Autorinnen und Autoren, dass sie unentgeltlich ihre Expertise in Form der hier publizierten Textbeiträge zur Verfügung stellen.



Dr. med. Rudi Gabriel ZVPÖ-Gesundheitspolitik

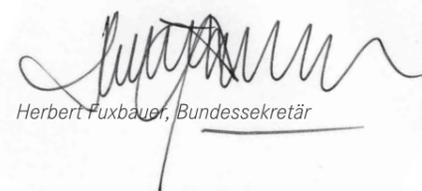
Der ZVPÖ als älteste Organisation der Pensionistinnen und Pensionisten in Österreich hat im 95. Jahr seines Bestehens ein Thema aufgegriffen, das eine offene Wunde im System der sozialen Sicherheit darstellt – das Problem der Pflege und Langzeitpflege älterer hilfsbedürftiger Menschen. Es fehlt an Vielem: an gut ausgebildeten Fachkräften, an guten und finanziell attraktiven Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte, an finanzieller Absicherung Pflegebedürftiger, an entsprechender Unterstützung für pflegende Angehörige. Es charakterisiert eine Gesellschaft, wie sie mit alten Menschen umgeht.

Der ZVPÖ als überparteiliche Organisation der Pensionisten und Pensionistinnen und der Generationen, die es einmal werden, legt mit diesem Dokument Beiträge namhafter AutorInnen vor, mit der Absicht in die laufende Diskussion über die weitere Entwicklung der Pflegevorsorge in Österreich einzugreifen.

Wir danken allen AutorInnen für ihre kompetenten Beiträge, die viele der dringendsten Probleme ansprechen.



Mag. Michael Graber, Bundesobmann



Herbert Fuxbauer, Bundessekretär

# INHALTSVERZEICHNIS

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 03 | <b>Pflege in Österreich</b><br><i>Rudi Gabriel</i>  | 22 | <b>Pflegedrehscheibe Graz</b><br><i>Norma Rieder</i>  |
| 06 | <b>Sozioökonomische<br/>Einschätzung von Pflege</b><br><i>Peter Fleissner</i>                                       | 23 | <b>24-Stunden-Betreuung</b><br><i>Manuela Juric</i>   |
| 09 | <b>Artikel zur pflegerischen<br/>Altenarbeit in Österreich</b><br><i>Markus Mattersberger</i>                       | 25 | <b>Aspekte der Pflege von<br/>muslimischen Patientinnen und<br/>Patienten</b><br><i>Gernot Galib Stanfel</i>    |
| 11 | <b>Pflege und Betreuung in Ö.-<br/>Berufsbilder und Ausbildung</b><br><i>Elisabeth Potzmann</i>                     | 28 | <b>Gewerkschaftliche<br/>Repräsentanz in der Arbeit<br/>mit Alten Menschen</b><br><i>Willibald Steinkellner</i> |
| 16 | <b>Professionalisierung vs.<br/>Deprofessionalisierung</b><br><i>Katharina Heimerl</i>                              | 32 | <b>Altersarmut</b><br><i>Herbert Fuxbauer</i>   |
| 18 | <b>Beruf oder Berufung - Soziologische<br/>Bewertung von Pflegearbeit</b><br><i>Rezensiert von: Peter Fleissner</i> | 35 | <b>Zur Finanzierung der Pflege in<br/>Österreich</b><br><i>Michael Graber</i>                                   |
| 20 | <b>Pflege durch Angehörige</b><br><i>Bärbel Danneberg</i>   |    |   |



# PFLEGE IN ÖSTERREICH

## STATUS QUO UND PROBLEMLAGEN

Dr.med. Rudi Gabriel | Praktischer Arzt

Unter dem Begriff **Pflege** werden alle unterstützenden Maßnahmen, die der Erhaltung, Wiederherstellung oder Anpassung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens dienen, zusammengefasst.

Die Pflegedienstleistung kann einerseits informell durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung, also meistens Angehörige, erfolgen. (In Österreich werden in dieser Form etwa 80% aller Pflegeleistungen erbracht.) Andererseits besteht die Möglichkeit der formellen bzw. institutionellen Pflege durch professionelles Pflegepersonal und spezialisierte Betreuungseinrichtungen (z.B. Spital, Heim, Hauskrankenpflege, Tagesbetreuung).

### Institutionelle Pflege – ausgebildete PflegearbeiterInnen

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 149.442 Personen durch mobile Dienste und 82.485 Personen in stationären Einrichtungen der Pflege außerhalb der Akutspitäler betreut. 9.320 Personen erhielten eine Kurzzeitpflege im stationären Bereich. Teilstationäre Tagesbetreuung wurde von 7.928 Personen in Anspruch genommen, 3.504 Personen lebten in betreuten alternativen Wohnformen. In allen Versorgungseinheiten der institutionellen Langzeitpflege waren mit Stichtag 31.12.2017 67.003 Menschen beschäftigt. Annähernd drei Viertel der betreuten Personen waren Frauen.

In Österreich gibt es gegenwärtig rund 900 Alten- und Pflegeheime mit knapp 78.000 Betreuungsplätzen. Davon sind etwas mehr als 400 staatliche Einrichtungen, deren Träger Bundesländer, Gemeinden oder Sozialhilfeverbände sind. Das bedeutet, dass die Mehrheit durch private Betreiber geführt wird. Die betroffenen PflegerInnen beklagen, dass der zwischenmenschliche Aspekt in der stationären Versorgung auf Grund von Personalknappheit zu kurz kommt. Simple menschliche Zuwendung wird nicht als Arbeitsleistung angerechnet. Schwangere, karentierte Mitarbeiterinnen und Zivildienstler sowie Reinigungskräfte werden in die Pflegekräftebedarfsberechnungen miteinbezogen. Laut Befragungen sind 30-50% der Arbeitszeit für die Administration

und Dokumentation aufzubringen. Die Arbeiterkammer warnt vor einer stetig wachsenden Personallücke im professionellen Pflegebereich.

### Informelle Pflege – Pflegenden Angehörige

Statistisch gesehen ist rund jede vierte Familie in Österreich mit der Problematik von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit unmittelbar konfrontiert. Geschätzte 1,4 Millionen Menschen sind in Österreich direkt oder indirekt in die Pflege involviert. Das entspricht mehr als 15 % der Bevölkerung. Der Anteil der Frauen an den pflegenden Angehörigen liegt bei der häuslichen Pflege derzeit bei 73%. Aber nicht nur Erwachsene pflegen. Auch mehr als 40.000 Kinder und Jugendliche befinden sich in der Situation, einen Elternteil oder einen Bruder/ eine Schwester zu pflegen. Auch in dieser Gruppe sind 70% der Pflegenden Mädchen oder junge Frauen. Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen liegt aber bei knapp über 60 Jahren.

Mehr als 50 % der pflegenden Angehörigen sind bereits in Pension. Knapp 30 % der Nicht-Vollzeit-Erwerbstätigen haben wegen der Pflegetätigkeit ihre Erwerbsarbeit eingeschränkt. In jedem 2. Fall ist das Pflegegeld\* nicht ausreichend. Besonders die 24-Stunden-Betreuung und die Hauskrankenpflege, also der Zukauf von professioneller Hilfe vor Ort, führen zu einer erhöhten finanziellen Belastung für die Pflegenden und Angehörigen. Diese müssen zusätzlich noch in ihre eigene private Tasche greifen, um die notwendigen Dienstleistungen finanzieren zu können. Außerdem belegen Studien, dass Pflegenden selbst häufiger krank werden... Viele pflegende Angehörige leiden zudem noch unter Isolation. Zu dem häuslichen Angebundensein kommt oft auch noch das Gefühl, zur Unterhaltung mit anderen ohnehin nicht sehr viel Interessantes beitragen zu können. Pflege im häuslichen Bereich hat als Tätigkeit ein geringes gesellschaftliches Ansehen. Pflegenden Angehörigen leiden unter körperlichen und

psychischen Belastungen und weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Sie haben ein erhöhtes Risiko, selbst pflegebedürftig zu werden bzw. eine verringerte Lebenserwartung. Mit einem Wort: Pensionistinnen, die oftmals selber krank sind, tragen den überwiegenden Anteil der Angehörigenpflege in Österreich.

### Demografische Entwicklung

Die Gruppe der Über-80-Jährigen wird laut Prognosen des Sozialministeriums bis 2030 um über 47% zunehmen. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen wird sich voraussichtlich verdoppeln. Die Zahl der Einpersonenhaushalte steigt zusätzlich um 17%. Demografischen Prognosen entsprechend wird der Spitalsbettenbedarf für die Versorgung im Bereich „Akutgeriatrie/Remobilisation“ laut Schätzung des ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017) bis zum Jahr 2030 auf eine Größenordnung zwischen 3.500 und 4.000 Betten steigen. Entsprechend wird auch der Bedarf an professionellen PflegerInnen in diesem stationären Bereich ansteigen.

Diese Frage ist insofern wichtig, als von der Qualität der Behandlung in den akutgeriatriischen Einheiten auch abhängt, was nach der Entlassung kommt, also wer wie rasch im Anschluss an die Spitalsbehandlung in den häuslichen oder in den stationären Langzeitpflegebereich übergeführt werden kann. Im Bereich der Akutgeriatrie darf also nicht gespart werden, weil sonst die Folgekosten auf allen Ebenen explodieren.

Laut Berechnungen der Arbeiterkammer werden bis zum Jahr 2050 mindestens 40.000 zusätzliche Pflegekräfte ausgebildet werden müssen, nur um den gegenwärtigen (als nicht optimal eingestuft) Qualitätsstand überhaupt zu halten. In den Jahren 2025 bis 2030 überschreitet die „Baby-Boomer“- (Vor-Pillenknick-) Generation die Altersgrenze von 60 Jahren. Im Gegensatz zur dramatisch steigenden Zahl der Pflegebedürftigen stagniert aber das Potenzial der Erwerbstätigen (Anzahl der 15- bis 64-Jährigen). Tendenziell sinkt auch die Zahl der pflegenden Angehörigen, die heute einen Großteil der Pflegeleistungen übernehmen. Die gegenwärtig beobachtbare Verschiebung von der informellen Pflege zu mobilen und stationären Pflegeleistungen erhöht die Nachfrage nach institutionalisierten Dienstleistungen der Langzeitpflege enorm. Die Hauptursache für den relativen Rückgang der Angehörigenpflege, die vorrangig von Frauen geleistet wird, kann aus folgenden Trends abgeleitet werden:

△ Steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen

△ Relativer Rückgang des Frauenanteils im Alter von 40 bis 59 Jahren

△ Abnahme der durchschnittlichen Haushaltsgröße und Anstieg der Einpersonenhaushalte

Insbesondere die Abnahme der durchschnittlichen Haushaltsgröße setzt dem Einsatz von 24-Stunden-Betreuerinnen vor Ort künftig strukturelle Grenzen. Das bedeutet, dass auch das ganze Thema Wohnen, insbesondere generationenübergreifend, neu zu überdenken ist.

### Zur 24-Stunden-Betreuung

Seit ihrer Legalisierung 2007 ist die 24-Stunden-Betreuung zu einem offiziell bedeutenden Teil der Betreuungsdienstleistungen in Österreich geworden. Der Großteil der Personenbetreuerinnen ist nicht österreichische Staatsbürgerin, sondern kommt als „Neue Selbstständige“ nach Österreich, um die Dienstleistung zu erbringen. Dafür erhalten sie ein Honorar, das nur in den seltensten Ausnahmefällen von heimischen Altenbetreuerinnen akzeptiert werden würde. (Bruttohonorare von 2-3 Euro/ Stunde Anwesenheit + Kost und Logis). Den betreuten Personen werden von den derzeit über 700 in Österreich tätigen Vermittlungsagenturen wieder weitere Kosten für Organisationsaufwand und Qualitätskontrolle verrechnet, das ist Geld von dem die Betreuerinnen aber nichts bekommen. Betroffene und Gewerkschaften sprechen von Knebelverträgen. Die unselbstständige Erwerbstätigkeit, also die fixe Anstellung bei den Familien, ist in diesem Feld ebenso die Ausnahme geblieben, wie männliche Betreuungspersonen generell in diesem Praxisfeld.

\* Pflegegeld: gesetzlich garantierte Zahlung an Pflegenden für privaten Zukauf von Pflegeartikeln und -leistungen. Bedarfsorientiert und nach Pflegestufen graduiert. Kommt via Sozialministerium vom Bundesbudget.

# SOZIOÖKONOMISCHE EINSCHÄTZUNG

von Pflege und Betreuung in Österreich

O.Univ.Prof.i.R. Dipl.-Ing.  
Dr.techn. Peter Fleissner | Sozialkybernetiker

Um den Bereich der Pflege/Betreuung sozio-ökonomisch bewerten zu können, muss man die wichtigsten Begriffe für diesen Bereich klar definieren. Das Wort Pflege selbst ist missverständlich für das, was in Österreich in diesem Sektor tatsächlich geschieht. Pflege ist ein Begriff, der nur auf professionelle Pflegekräfte zutrifft, die in einem Krankenhaus, in einem Pflegeheim oder ambulant in der Wohnung bezahlte Pflegearbeit leisten. Betreuung hingegen bezeichnet die Arbeit von Laienkräften.

Mit Ausnahme der Daten über das Bundespflegegeld gibt es in Österreich nur wenige offizielle Statistiken für den Pflegebereich. Wir wissen, dass im Jahresdurchschnitt 2017 etwa eine halbe Million Menschen (genau 456.650 Personen inkl. Personen mit ruhendem Pflegegeldanspruch) ein Bundespflegegeld bezogen haben und dass der Jahresaufwand (ohne Verwaltungskosten) sich auf rd. 2,61 Mrd. Euro belief. Dazu kommen Aufwendungen für Pflege von Sozialträgern in den Bundesländern. In Wien wurden 2017 mit einem Kostenaufwand von etwa einer Mrd. Euro durch den Fonds Soziales Wien rund 60.000 Personen pflegerisch betreut. Von ihnen lebten 22.200 Menschen in einem der 91 Wohnheime. 2190 Personen befanden sich in der Tagesbetreuung (teilstationäre Pflege) und 35.990 in mobiler Pflege, die neben einer Vielzahl weiterer Leistungen auch Essen auf Rädern, eine Heimhilfe oder medizinische Hauskräfte einschließt. Rund ein Viertel des finanziellen Aufwands entfällt in Wien auf die mobile Pflege<sup>1</sup>.

In Niederösterreich sind Betreuung und Pflege anders als in Wien nicht zentral organisiert. Aber auch dort werden Landespflegeheime, stationäre Hospize, sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste, Betreuung und Pflege zu Hause sowie eine Urlaubsaktion für pflegende Angehörige angeboten. Grundsätzlich gilt, dass für die Nutzung aller Angebote der Hauptwohnsitz der pflegebedürftigen Person in NÖ sein muss. Zusätzlich ist meist der Bezug von Pflegegeld erforderlich. Das Land Niederösterreich betreibt 48 landeseigene Pflegeheime.

Daneben gibt es viele Pflegeheime von karitativen Organisationen, Stiftungen oder Privatpersonen, davon 46 Vertragsheime und 8 private<sup>2</sup>. Die Kosten, die staatliche und parastaatliche Organisationen tragen, sind – verglichen mit dem österreichischen Brutto-Inlandsprodukt 2017 von 370 Mrd. Euro – eher niedrig.

## Wie gelingt dieses Kunststück, mit so wenig Geld eine halbe Million Menschen zu betreuen?

Die Antwort liegt auf der Hand: Die Hauptlast der häuslichen Pflege ruht auf den Schultern der Angehörigen. Beinahe 1 Million Menschen (genauer 947.000) sind in Österreich als Angehörige in die Pflege und Betreuung eines anderen Menschen involviert<sup>3</sup>. Die Angehörigen sind vor allem ältere Menschen mit einem Durchschnittsalter von über 60 Jahren. 41% der Angehörigen sind pflegende Kinder bzw. Stiefkinder, mit einem Drittel betreuen auch EhepartnerInnen, die sich mehrheitlich bereits in Pension befinden. Und nicht ganz überraschend: Die Pflege durch Angehörige ist aus Gründen des traditionellen Rollenbildes der Frau vor allem „weiblich“: Der Frauenanteil in der häuslichen Pflege beträgt 73%, in der stationären Langzeitpflege 63%. Anzumerken ist, dass das Belastungsempfinden der Angehörigen zu Hause deutlich höher liegt im stationären Fall, also auf der Pflegestation in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim. Häufig ist die ganze Familie in die Betreuung eines Angehörigen einbezogen. In einer Studie des Sozialministeriums<sup>4</sup> heißt es: „Darüber hinaus wird deutlich, dass sich pflegende

Derzeit werden die Voraussetzungen für ein Qualitätsgütesiegel geschaffen. Es steht zu befürchten, dass für die Betreuten die laufenden Kosten weiter steigen und immer weniger Menschen sich diese Dienstleistung leisten können. Derzeit arbeitet ein Heer von etwa 65.000 Betreuerinnen in diesem Bereich, das vertrags- und lohnabhängig, aber gewerkschaftlich unorganisiert, einer stetig wachsenden, an Demenz und körperlicher Behinderung leidenden österreichischen Bevölkerung gegenübersteht. Nicht selten sind die Betreuerinnen rund um die Uhr mit dem krankheitsspezifischen Misstrauen ihrer Schutzbefohlenen konfrontiert. Weiters erlernen sie Deutsch als Fremdsprache auf Grund der eingeschränkten sozialen Kontakte während ihrer Anwesenheitsverpflichtung am Betreuungsort nur rudimentär. Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Beteiligten sind oftmals Gründe für erhebliche Auseinandersetzungen im Spannungsfeld dieses äußerst intimen Betätigungsfeldes. So müssen sich die Betreuerinnen schlecht bezahlt, fern der Heimat und getrennt von ihren Familien in einer emotional sehr belastenden Wirklichkeit zurechtfinden. Die kürzlich erfolgte Reduzierung der Ansprüche auf Familienbeihilfe für deren zurückgelassene Kinder vervollständigt das menschenunwürdige Bild der strukturellen Ausbeutung der Personenbetreuerinnen.

## Kostenentwicklung

Geld- und Sachleistungen in der Höhe von ca. 5 Mrd. werden derzeit von Bund, Ländern und Gemeinden aufgewendet: Allein 2,5 Mrd. gehen als Pflegegeld an 37% männliche und 63% weibliche BezieherInnen. Die öffentlichen Ausgaben für Pflege machen mittlerweile knapp 40% aller öffentlichen, dh budgetfinanzierter Gesundheitsausgaben aus. Der durchschnittliche jährliche Anstieg der Pflegekosten für den Zeitraum 2015 bis 2030 liegt zwischen 4,4 und 6,2%. Während die Ausgaben für das Pflegegeld mit durchschnittlich 2,5 bis 5,2% p. a. wachsen, entwickeln sich die Nettoausgaben für Pflegedienstleistungen mit 5,8 bis 7,8% p. a. Das bedeutet, dass die Gesamtausgaben deutlich die zu erwartende BIP-Entwicklung übersteigen und so die gesetzlich festgelegte Ausgabenbremse im Gesundheitsbudget nicht erfüllen kann. Die Pflegekostenentwicklung wird also die Budgets von Bund, Ländern und Gemeinden zunehmend schwer belasten, wofür Vorsorge getroffen werden muss.

## Pflegereform der Bundesregierung

Die gegenwärtige Bundesregierung hat angekündigt, im Lauf des Jahres 2019 nach gründlicher Datenanalyse mit einem „Generalplan“ die Pflegeversorgung in Österreich zukunftsfit zu machen. Insbesondere werden nun Analysen zum Personalbedarf und der Personalentwicklung in Aussicht gestellt. Die Bundesregierung kündigte weiters an, durch verstärktes Controlling mit Fokus auf bedarfsorientierte Strukturplanungen die Kosten zu limitieren. Gleichzeitig wird aber eine Mittelaufbringung durch zusätzliche Steuern dezidiert abgelehnt. Wenn aber keine neuen Finanzierungsquellen erschlossen werden, kann mit der Kopplung der Ausgabenzuwächse an die Wirtschaftsentwicklung der demographiebedingten Erhöhung der laufenden Kosten bei der Pflege quantitativ nicht gegengesteuert werden. Es ist damit zu rechnen, dass es zu dramatischen Leistungseinschränkungen für pflegebedürftige Personen kommen wird.

## RESÜMEE

Das gesamtgesellschaftliche Risiko, auf Grund von Alter oder Erkrankung pflegebedürftig zu werden, hat bisher in die maßgeblichen Strukturplanungen kaum Eingang gefunden. Die tatsächliche Versorgung der Betroffenen in Österreich muss als mangelbehaftetes Stückwerk bezeichnet werden. Eine zukunftsorientierte Herangehensweise setzt eine Ausbildungsoffensive, die Professionalisierung in allen Betreuungsfeldern und ein eindeutiges Bekenntnis zur finanziellen Abgeltung der Angehörigenarbeit voraus.

<sup>1</sup> <https://derstandard.at/2000095355539/Sozialstadtrat-Hacker-deutet-Wien-Bonus-im-Pflegebereich-an>

<sup>2</sup> [http://www.forba.at/data/downloads/file/1234-FB\\_01\\_2017.pdf](http://www.forba.at/data/downloads/file/1234-FB_01_2017.pdf), S. 23/24

<sup>3</sup> <https://oesterreich.orf.at/stories/2930532/> vom 16. 8. 2018, Details in der Studie des Sozialministeriums: <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664>

Angehörige in beiden Pflege- und Betreuungssettings häufig Sorgen machen, häufig das Gefühl haben, dass ihnen alles zu viel wird, und (sie) sich häufig alleine gelassen fühlen. Zu nicht unwesentlichen Anteilen leiden auch die Beziehung und der Kontakt zu nahestehenden Personen sowie die eigene Gesundheit durch die Pflege bzw. Betreuung.“ Erschwerend kommt dazu, dass etwa 115.000 Menschen in Österreich eine demenzielle Erkrankung haben<sup>5</sup>. Die Tendenz ist steigend. Häufig leiden sie an weiteren gesundheitlichen Schäden. Sie sind häufig multimorbid. Neben starken Sehbeeinträchtigungen sind Menschen mit Demenz oft von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems betroffen. Ein Mensch mit Demenz stirbt nicht direkt an der Demenzerkrankung.

Häufigste Todesursachen von Menschen mit Demenz sind Pneumonien und Herzleiden. Neben der Betreuung durch die Angehörigen gibt es seit 2007 eine weitere Möglichkeit der Betreuung auf Basis des Hausbetreuungsgesetzes, die sogenannte 24-Stunden-Betreuung, im Volksmund 24-Stunden-Pflege genannt.

Der Begriff Pflege ist jedoch irreführend, da die 24-Stunden-BetreuerInnen im Allgemeinen keine professionelle Pflegeausbildung besitzen. In diesem Bereich liegt Vieles im Argen. Die 24-Stunden-BetreuerInnen sind vor allem weiblich, stammen häufig aus den ehemaligen sozialistischen Ländern und arbeiten meist für einen Hungerlohn, rund um die Uhr, zwei Wochen lang durchgehend, bei der betreuten Person, bei der sie auch wohnen.

In vielen Fällen sind die Deutschkenntnisse der BetreuerInnen mangelhaft, wodurch es zu Verständigungsproblemen kommt. Immer wieder werden von den BetreuerInnen über ihren Vertrag hinausgehende Tätigkeiten verlangt. Vermittlungsagenturen nehmen nicht nur einen Teil der Entschädigung für die Betreuung als Gewinn in Anspruch. Durch die formale Selbstständigkeit der BetreuerInnen muss sie die Agentur auch nicht sozialversichern.

### Die Arbeitszeiten können daher weit über das gesetzlich geregelte Arbeitszeitausmaß von ArbeiterInnen oder Angestellten gesteigert werden.

Das staatliche Pflegegeld sollte die Kosten der 24-Stunden-Betreuung eigentlich abdecken, aber tatsächlich sprechen nur 11% von einer vollständigen Deckung, und weitere 23% sehen einen Großteil der Kosten abgedeckt, während rund zwei Drittel der Angehörigen angeben, dass ihre Kosten nur teilweise (58%) oder kaum (9%) gedeckt sind. Somit stellt die 24-Stunden-Betreuung eine erhöhte finanzielle Belastung für die Betreuten bzw. für ihre Angehörigen dar. Eine Studie<sup>6</sup> aus dem Jahr 2014 auf der Basis von SHARE-Daten kommt überdies zu der Einschätzung, dass nur ca. 20% der zumindest „teilweise hilfsbedürftigen Menschen ab 50 Jahre in Österreich Pflegegeld erhalten“.

Welch hohen Stellenwert die Angehörigenpflege – auch in Kombination mit anderen Betreuungsformen – hat, zeigen die Zahlen von Ruddy et al. (2008): 52,5% der PflegegeldbezieherInnen werden nur von Angehörigen gepflegt, 25% erhalten Hilfe durch mobile Dienste, auch in Kombination mit Angehörigenpflege 5% erhalten 24-Stunden-Betreuung und 17,5% der PflegegeldbezieherInnen werden in Alten- und Pflegeheimen betreut. Laut dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2015 gab es hierzulande etwa 21.900 BezieherInnen einer Förderung der 24-Stunden-Betreuung, in Wien waren es 2.100 und in Niederösterreich 6.200<sup>8</sup>. Bezogen auf das Bundesgebiet entspricht dies etwa einem Anteil von rund 4,8% der PflegegeldbezieherInnen.

Es ist daher nicht überraschend, dass der finanzielle Aspekt bei den Angehörigen wichtig ist. Sie wünschen sich eine bessere Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und die Möglichkeit einer Auszeit. Auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf müsse weiter gefördert

werden. Verlangt werden zudem die Valorisierung des Pflegegelds in allen Pflegestufen sowie höhere Zuschüsse für vorhandene Dienste und Hilfsmittel.

Die StudienautorInnen ergänzen, dass die Angehörigen als zentrale Gruppe wahrgenommen werden sollten, ihre Betreuungstätigkeit müsse gesellschaftlich mehr geschätzt und gestärkt werden. Das ließe sich durch kurzfristig und stundenweise abrufbare Angebote und eine ausreichende Beratung erreichen. Bei der stationären Betreuung wünschen sich die Angehörigen (hier geht es österreichweit um 146.000 Personen) am häufigsten eine Personalaufstockung sowie eine Verbesserung der konkreten Pflegeangebote.

### Politischer Handlungsbedarf ist dringend nötig

Laut Kronenzeitung vom 7. September 2018<sup>9</sup> rechnen ExpertInnen mit einem Mehrbedarf von rund 40.000 zusätzlichen Pflegepersonen bis zum Jahr 2050. Die Zahl jener Menschen, die betreut werden muss, wird bis dahin um die Hälfte, auf 750.000, steigen.

Selbstständige PersonenbetreuerInnen im Rahmen der 24-Stunden-Pflege sind hier nicht miteingerechnet. Laut Kurier meint Walter Marschitz, Geschäftsführer der Sozialwirtschaft Österreich, dass es schon jetzt in allen Bundesländern einen Personalmangel gäbe. Die Abschaffung des Pflegeregresses würde die Lage weiter verschärfen, weil mit einer erhöhten Nachfrage nach Heimplätzen zu rechnen ist. „Ich schließe nicht aus, dass es kurzfristig zu einem Versorgungsengpass kommen könnte“, sagt Marschitz<sup>10</sup>. In Zukunft wird die Politik in Österreich entscheiden müssen, welcher Weg bei Pflege und Betreuung eingeschlagen werden soll. Will man weiter auf die immer weniger werdenden Angehörigen und ehrenamtlichen BetreuerInnen setzen, oder will man die professionelle Pflege im ambulanten und stationären Bereich weiter ausbauen? Auch die Finanzierungsfrage ist offen:

### Soll sie weiterhin aus dem Steuertopf oder durch eine eigene Pflegeversicherung bezahlt werden?<sup>11</sup>

Derzeit versucht die Regierung, mit einer Billiglösung davonzukommen, die zu Lasten von Angehörigen und von ausländischen Billigstarbeitskräften geht, deren schlechte wirtschaftliche Situation in den Heimatländern sie zur Arbeitsmigration zwingt.

## RESÜMEE

Es ist zwischen professioneller Pflege und Betreuung durch Laien zu unterscheiden. Der relativ geringe Anteil der staatlichen Ausgaben für Pflege am BIP ist dem Überwiegen des Anteils der Betreuung durch Angehörige geschuldet, die knapp eine Million Menschen umfassen. 52% der PflegegeldbezieherInnen werden von Angehörigen gepflegt. Diese große Gruppe von Menschen, pflegende Angehörige, ist sowohl finanziell als auch organisatorisch, beruflich und psychologisch überfordert. Die Politik steht vor der Entscheidung, weiter auf die Angehörigen zu setzen oder den professionellen mobilen, ambulanten und stationären Bereich auszubauen.



<sup>4</sup> <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664>

<sup>5</sup> <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.623733&version=1443617077>

<sup>6</sup> Halmdienst/Nicole/Radhuber, Michael/Winter-Ebmer, Rudolf (2014): Berufliche Entwicklung und Weiterbildung von ArbeitnehmerInnen 50+. SHARE-Forschungsbericht; Studie im Auftrag des BMASK, S. 66.

<sup>7</sup> [http://www.forba.at/data/downloads/file/1234-FB\\_01\\_2017.pdf](http://www.forba.at/data/downloads/file/1234-FB_01_2017.pdf), S.4

<sup>8</sup> BMASK (2016): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015, Wien, S. 27

<sup>9</sup> <https://www.krone.at/1767831>

<sup>10</sup> <https://kurier.at/wirtschaft/pflegekraefte-fuenf-wege-aus-der-personalnot/284.394.893>

<sup>11</sup> <https://diepresse.com/home/innenpolitik/5555482/Der-Halbjahresplan-der-Regierung>

# PROFESSIONELLE ALTENPFLEGE

im Langzeitpflege- und extramuralen Bereich  
Rahmenbedingungen – Settings – Herausforderungen – gesellschaftliche Akzeptanz

Markus Mattersberger, MMSc MBA | Präsident des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs „Lebensweltheim“

Der Begriff „Altenpflege“ ist in Österreich kein gesetzlich normierter, sondern beinhaltet vielmehr all jene Tätigkeiten, die sich aus dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowohl für den Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege als auch der Pflegeassistentenberufe ergeben und somit auch auf den älteren Menschen in Anwendung gebracht werden können<sup>1</sup>. Ergänzt um die Pflege- und Betreuungsleistungen der Sozialhilfeberufe, entsprechend den Sozialbetreuungsberufesetzen der Länder, spricht man eher von „Altenarbeit“. In diesem Beitrag werden ebenso die Pflege- als auch Betreuungsberufe und -leistungen angesprochen.

Das künftige Pflegesystem in Österreich wird von drei wesentlichen Determinanten geprägt sein: der Nachfrage nach Pflegeangeboten, der Verfügbarkeit von informell Pflegenden und der Verfügbarkeit von professionellen Diensten.

Nicht nur die demografische Entwicklung, sondern auch Veränderungen in den Haushalts- und Familienstrukturen werden die Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsangeboten beeinflussen. Dies birgt große Herausforderungen für die Pflege im Allgemeinen und die „professionelle Altenpflege“ im Speziellen. Leben in Österreich aktuell rund 442.700 Menschen mit einem Alter von 80+, so werden es im Jahr 2030 bereits ca. 635.000 und im Jahr 2050 ca. 1,085 Mio. sein.<sup>2</sup> Österreich setzt in der Betreuung und Pflege seiner älteren Menschen sehr stark auf die informelle Pflege durch Angehörige. Diese Ausrichtung wird durch das aktuelle Regierungsprogramm 2017 – 2022 nochmals verstärkt.<sup>3</sup> Beachtenswert hierbei ist, dass einerseits Österreich bezüglich der Übernahme von Pflege- und Betreuungsleistungen durch Angehörige bereits heute im europäischen Spitzenfeld liegt - diese Ausrichtung soll weiterhin verstärkt werden.<sup>4</sup>

Andererseits werden Erkenntnisse ignoriert, wonach „Servicebasierte Pflegesysteme“ (z.B. Schweden, Finnland, Dänemark, Norwegen) deutliche Vorteile, auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht, gegenüber „familienbasierten Pflegesystemen“ aufweisen, wie sie in Österreich vorzufinden sind.<sup>5</sup> Hierbei wird seitens verantwortlicher PolitikerInnen primär die Finanzierbarkeit der Systeme als Argument herangezogen. Dem widersprechen SCHILDMANN und SCHMIDT bezogen auf HEINTZE indem sie zusammenfassen dass dort, wo Pflege als öffentliche Aufgabe und öffentliches Gut betrachtet wird, im Pflegesektor gut bezahlte, qualifizierte Arbeitsplätze entstehen, die für Wachstum sorgen. Insgesamt begeben sich die Volkswirtschaft so auf einen höheren Beschäftigungspfad („High Road“). Privat Pflegenden Frauen sind teuer.<sup>6</sup> Zudem wird ignoriert, dass sich auf Grund der demografischen Verschiebung die Kapazität der informellen Pflege reduzieren wird.<sup>7</sup>

Während sich Österreich im europäischen Vergleich bereits heute im Spitzenfeld der informellen Pflege befindet, liegt das Land beim Angebot mobiler Dienste im unteren Mittelfeld<sup>8</sup>, der

<sup>1</sup>Vgl.: WEISS, Susanne; LUST, Alexandra: GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, §42

<sup>2</sup>[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html); Österreich: Ausführliche Tabellen der Hauptvariante (Schnellbericht), Tabelle 7: Bevölkerung zum Jahresende nach fünfjährigem Alter und Geschlecht; 04.01.2019, 14:00 Uhr

<sup>3</sup>Vgl.: Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022, S 119

<sup>4</sup>Vgl.: FIRGO, Matthias; FAMIRA-MÜHLBERGER, Ulrike: Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege, S 15

<sup>5</sup>Vgl.: HEINTZE, Cornelia: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem, S 15

<sup>6</sup>Vgl.: SCHILDMANN, Christina; SCHMIDT, Severin: Einleitung und Zusammenfassung zu: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem, S 7

<sup>7</sup>Vgl.: FAMIRA-MÜHLBERGER, FIRGO – 2017, S

Versorgungsgrad im stationären Bereich ist im Vergleich der OECD-Länder deutlich unterdurchschnittlich<sup>9</sup>. Die öffentlichen Ausgaben für das Pflegesystem im internationalen Vergleich liegen auf moderatem Niveau<sup>10</sup>. Dies ist insofern beachtlich, als dass Österreich zu den reichsten Ländern der EU zählt.

Diese bestehende Knappheit an professionellen Dienstleistungsangeboten, vergesellschaftet mit permanenten Forderungen und Maßnahmen seitens der Politik, wonach Pflege- und Betreuungsleistungen auch weiterhin vornehmlich zu Hause – mit oder ohne professionelle Unterstützung - in Anspruch genommen werden sollten, führen zu mehreren Spannungsfeldern<sup>11</sup>:

△ Laut WIFO-Studie sind sowohl informelle als auch formelle häusliche Pflege als komplementäre Angebote zu stationären Einrichtungen zu sehen. Dies bedeutet, dass die vorhandenen Strukturen bestmöglich ausgenutzt werden und eine stationäre Betreuung lediglich zeitlich verzögert in Anspruch genommen wird.

△ Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen beim Einzug in die stationäre Einrichtung liegt mehrheitlich über 85 Jahren<sup>12</sup>. Bezüglich der durchschnittlichen Verweildauer liegen keine dezidierten Zahlen vor, es kann aber auf Grund von Einzelerhebungen davon ausgegangen werden, dass diese um die 12 bis 14 Monate liegt.

△ Das hohe Alter, veränderte Gesundheits- und Zustandsbilder und relativ kurze Verweildauern führen dazu, dass soziale Kontakte bzw. Integration für die Betroffenen nur bedingt möglich sind.

△ Durch diese Entwicklung verändert sich nicht nur das soziale Leben in den Einrichtungen, sondern steigen auch die Belastungen für Pflege- und BetreuungsmitarbeiterInnen massiv, da sich diese Veränderungen nur sehr bedingt in den quantitativen und qualitativen Personalausstattungen widerspiegeln. Diese werden weder in den Personalverordnungen noch Tarifgestaltungen der Länder ausreichend berücksichtigt.

△ Die Verschiebung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten in den häuslichen Bereich führt dort ebenso zu erhöhten Belastungen, wenn man wiederum den Ausführungen folgt, dass bereits bisher die Systeme bestmöglich ausgereizt wurden und Übersiedlungen in Pflegeeinrichtungen erst dann in Betracht kamen,

wenn keine anderen Möglichkeiten an Unterstützungsleistung mehr zur Verfügung standen bzw. die Zustandsbilder der älteren Menschen dies erforderlich machten.

Die skizzierten Belastungen für die MitarbeiterInnen der verschiedenen Settings in der Altenarbeit spiegeln sich auch in der öffentlichen Wahrnehmung hinsichtlich der Berufsbilder wider und beeinflussen insbesondere jüngere Menschen in ihrer Berufswahl. So schreibt die österreichische Bevölkerung den Pflegeberufen eine hohe Verantwortung und wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zu, dennoch genießt die Gesundheits- und Krankenpflege nur ein durchschnittliches Ansehen sowie eine geringe Attraktivität als potenzieller Beruf<sup>13</sup>. Als eine der Ursachen dafür wird in mehreren Studien auf die hohen Arbeitsbelastungen verwiesen<sup>14</sup>. Dies hat zur Folge, dass immer weniger Menschen den Weg in die Pflegeberufe einschlagen.

Um die Situation im Pflegesystem als solches und die Arbeitssituationen in den verschiedenen Pflegesettings im Besonderen zu entlasten und somit Versorgungssicherheit nachhaltig sicherzustellen, wären u. a. Maßnahmen zur Attraktivierung der Pflegeberufe höchst an der Zeit. Jedoch auch diese Forderungen sind nicht neu und werden diese seit Jahren gestellt – nicht zuletzt in der angeführten WIFO-Studie 2014. Dass diese Maßnahmen nicht bereits getroffen wurden, mag vielfältige Gründe haben. Einer der naheliegendsten mag der sein, dass das Pflegethema – und hierbei insbesondere die Versorgung im stationären Langzeitpflegebereich – nach wie vor über eine reine Kostendiskussion behandelt wird. Dass jedoch sowohl der mobile als auch der stationäre Langzeitpflegebereich vielmehr als Wirtschafts- denn als Kostenfaktoren zu sehen sind, belegte zuletzt eine weitere Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts – WIFO 2017<sup>15</sup>.

Zudem ergab eine Social Return on Investment-Studie des NPO & SE Kompetenzzentrums der Wirtschaftsuniversität Wien, anhand von inzwischen drei Berechnungen für Niederösterreich, Steiermark und Burgenland, dass der gesellschaftliche Mehrwert für jeden aufgewendeten Euro für stationäre Pflegeeinrichtungen bei

<sup>9</sup>Vgl.: FIRGO, Matthias; FAMIRA-MÜHLBERGER, Ulrike: Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege, S 1

<sup>10</sup>Vgl.: FIRGO, Matthias; FAMIRA-MÜHLBERGER, wie oben, S 18

<sup>11</sup>Vgl.: FIRGO, Matthias; FAMIRA-MÜHLBERGER, wie oben, S 1ff

<sup>12</sup>Vgl.: FIRGO, Matthias; FAMIRA-MÜHLBERGER, Ulrike: wie oben,

<sup>13</sup>Vgl.: FIRGO, Matthias; FAMIRA-MÜHLBERGER, Ulrike: wie oben, S 21

<sup>14</sup>Vgl. SCHWAIGER, Karl:

<sup>15</sup>Vgl.: RAPPOLD, Elisabeth; PFABIGAN, Doris; BRAUNEIS, Carina

ca. Euro 3 – 3,7 liegt, gleichartige Studien liegen für den mobilen Bereich vor. Diese Studien belegen, was HEINTZE in ihrer Arbeit ebenso aufzeigt – Pflege als öffentliche Aufgabe hat positive volkswirtschaftliche Auswirkungen! Abgesehen davon, dass an erster Stelle nicht eine Wirtschaftsdiskussion sondern eine Qualitäts- und Wertediskussion stehen sollten, ist es inzwischen zu spät für vorausschauendes, proaktives Gestalten eines zukunfts-fitten Pflegesystems.

Die Belastungen für PflegemitarbeiterInnen sind manifest, Entlastung ist nicht in Sicht. Vielmehr ist man in einem reaktiven Verhalten um Schadensbegrenzung bemüht. Vor diesem Hintergrund erscheint die vom zuständigen Ministerium ausgegebene Parole „Daheim statt Heim“ mehr der Kostenreduktion und Rechtfertigung bisheriger Entscheidungen denn der Qualitäts-optimierung der Pflegedienstleistungen zu dienen. So sollte bei einer bevorstehenden Pflegereform zu allererst die Frage beantwortet werden: Was sind uns unsere älteren Menschen wert?

## RESÜMEE

Die Generation 80+ steigt von derzeit 442.700 bis 2030 auf 635.000 Menschen. Die dazu notwendigen Pflegeleistungen dürfen nicht nur unter dem engen finanziellen Aspekt, sondern müssen auch unter dem volkswirtschaftlichen Aspekt gesehen werden. In der professionellen Pflege entstehen qualifizierte, gut bezahlte Arbeitsplätze, wodurch sich insgesamt ein höherer Beschäftigungsgrad in der Volkswirtschaft entwickelt. Der Pflegeberuf muss attraktiviert werden. Die Politik agiert nur reaktiv und ist nur um Schadensbegrenzung bemüht.

# PFLEGE UND BETREUUNG IN ÖSTERREICH – BERUFSBILDER UND AUSBILDUNG

Mag. Elisabeth Potzmann, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Pflegepädagogik im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband

**1. Einführung** | Als Folge sozioökonomischer und gesundheitspolitischer Maßnahmen leben wir in Österreich glückhaft in einer Zeit, in der die Menschen zunehmend ein höheres Lebensalter erreichen. Fälschlicher Weise wird angenommen, dass das Alter enorme Kosten im Gesundheitssystem verursacht.

Tatsächlich ist es nicht (direkt) das Alter, sondern die Nähe zum Tod, welche die Gesundheitskosten, bezogen auf das Individuum, ansteigen lässt. „In den letzten Lebensmonaten eines Menschen steigen die Ausgaben für medizinische Versorgung in der Regel stark an. Im Versuch, das Leben zu verlängern, wird im letzten Lebensjahr für Gesundheit im Durchschnitt mehr als das Zehnfache ausgegeben als für überlebende Menschen in einem Jahr.“<sup>1</sup> Dies ist altersunabhängig. Das zu erwähnen ist mir deshalb wichtig, weil die zunehmende Lebenserwartung häufig negativ konnotiert kommentiert wird. Als Stichworte seien hier Begriffe

wie Altenberg, Überalterung usw. angeführt. Dieser Beitrag ist vom Grundgedanken getragen, dass ein kalendarisch hohes Alter zu erreichen ein Geschenk ist. Sowohl für die betroffene Person als auch für die Gesellschaft.

## 2. Ist-Stand der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit in Österreich

Mit Stand 2016 gab es in Österreich 455.353 Bundespflegegeldempfängerinnen bzw. -empfänger.

Davon waren 118.662 Personen der Stufe 1, 110.859 Personen der Stufe 2 und von hier abfallend bis 9.357 Personen der letzte Stufe 7 zuzuordnen<sup>2</sup>. Dafür stehen unterschiedliche Betreuungsformen zur Verfügung. Rund 82.000 Personen wurden 2017 in Pflegeheimen betreut. Im extramuralen Setting sind in Abstufung von teilstationären Betreuungsformen (z.B. Tageszentren) über betreute Wohnformen bis hin zur medizinischen Hauskrankenpflege viele Facetten und Mischformen von professioneller Pflege und Betreuung vertreten. Unterstützung finden informelle Betreuungspersonen bei (Pflege-) Organisationen, wie z.B. Hilfswerk, Volkshilfe, Rotes Kreuz uva. Etwa 150.000 Personen nahmen 2017 deren Dienste in Anspruch.

Ausgehend von der Annahme, dass Menschen bevorzugt in den eigenen vier Wänden leben möchten, folgt hier ein Blick in die häusliche Lebenssituation. Das Durchschnittsalter von pflegegeldbeziehenden Personen in Österreich beträgt 77,23 Jahre (Frauen 78,86, Männer 74,44). Es ist eine Binsenweisheit, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit die Abhängigkeit steigt. Leben noch 41,39 % der Personen mit der Pflegegeldstufe 1 allein zuhause, so sind es in der Pflegegeldstufe 5 lediglich 2,5 %. Dass sowohl die formelle als auch die informelle Pflege überwiegend weiblich ist, ist evident. Bei 84 % der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen die zuhause betreut werden, ist die Hauptbetreuungsperson zu 73 % entweder die Tochter, die Schwiegertochter oder eine andere weibliche Bezugsperson.<sup>3</sup>

Gerade bei Erkrankten, deren Betreuung zeitlich anspruchsvoll ist, wird zunehmend auf die Rund-um-die-Uhr-Betreuungsform der 24-Stunden-Betreuung zurückgegriffen. Mit Stand Oktober 2017 waren in Österreich 56.816 Personenbetreuerinnen bzw. -betreuer aktiv. Die meisten davon in der Steiermark (9.419) gefolgt von Wien (9.130). Die geringste Anzahl an Personenbetreuerinnen bzw. -betreuer sind in Vorarlberg aktiv gemeldet (2.762)<sup>4</sup>. Den Anstieg an Leistungen aus dieser Betreuungsform zeigt die Statistik der Förderfälle für 24-Stunden-Betreuung aus dem zuständigen Bundesministerium (BMASK, Pflegevorsorgeberichte 2011 und 2015). Bezog sich die Anzahl der Beziehenden einer Förderleistung 2008 noch auf 3.200 Personen, so waren es 2017 bereits 22.750. Weiters zeigen die Daten des BMASK, dass rund zwei Drittel der Beziehenden der Förderung der 24-Stunden-Betreuung Frauen sind und rund ein Drittel Männer. Das Durchschnittsalter betrug rund 83 Jahre.<sup>5</sup>

## 3. Ausbildung in Pflege- und Betreuungsberufen

Die Reform des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (kurz GuKG) 2016 stand unter der Prämisse einer vertikalen Durchlässigkeit von der Pflegeassistenz zum gehobenen Dienst. Diese zeigt sich darin, dass die Pflegeassistentenausbildung für die Ausbildung zur Pflegefachassistenz angerechnet wird. Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Pflegeassistenz ist ein Pflichtschulabschluss. Da in Österreich über die 9-jährige Schulpflicht hinaus eine Ausbildungspflicht bis zum 18. Lebensjahr besteht, ist die Pflegeassistenz lt. GuKG § 97 vorwiegend ein Angebot für den zweiten Bildungsweg. Bei den Assistenzberufen dient als Erstausbildung daher jene zur Pflegefachassistenz, welche als Zugangsvoraussetzung zehn positiv absolvierte Schulstufen verlangt.

Möchten Pflegefachassistentinnen bzw. -assistenten eine Ausbildung zum gehobenen Dienst anschließen, so müssen sie künftig eine Hochschulreife (Matura) nachweisen. Die Durchlässigkeit von der Pflegefachassistenz zum Bachelorstudium zeigt sich darin, dass der Abschluss der Pflegefachassistentenausbildung zur Absolvierung einer Berufsreifeprüfung als Maturaäquivalent berechtigt. Anders als bei der Aufschulung von der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz gibt es beim Upgrade von der Pflegefachassistenz zum Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege keine Verkürzung des Studiums. Die bisherige, lt. GuKG §44 um das erste Ausbildungsjahr verkürzte Ausbildung von der Pflegeassistenz zum gehobenen Dienst im Wege der Diplombildung, wird voraussichtlich bis 2023 möglich sein.

<sup>2</sup> Bundespflegegeld. Online: [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html) [16.12.2018]

<sup>3</sup> Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Bericht 2018. Online: [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/4/7/CH3434/CMS1535959357589/auswertung\\_1\\_hj\\_2018.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/4/7/CH3434/CMS1535959357589/auswertung_1_hj_2018.pdf) [16.12.2018]



### 3.1. Die 24-Stunden-Betreuung = Personenbetreuung

#### 3.1.1 Ausbildung

Grundsätzlich bedarf es für das Gewerbe der Personenbetreuung keiner gesonderten Ausbildung. Die Vertrauenswürdigkeit ist mittels Strafregisterauszug nachzuweisen. Die Wirtschaftskammer Wien empfiehlt auf Ihrer Homepage im Sinne einer qualitätsorientierten Betreuung eine theoretische Ausbildung im Ausmaß von mindestens 200 Stunden auf Heimhilfeniveau zu absolvieren. Wenn auch für die Berufsausübung nicht zwingend vorgeschrieben, so verlangt das Sozialministerium dies dennoch als eine der Voraussetzungen für den Erhalt von Fördergeldern für die Personenbetreuung.<sup>6</sup>

#### 3.1.2 Berufsbild / Tätigkeitsbereich

Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung ausüben, sind berechtigt, betreuungsbedürftige Personen zu unterstützen. Dies umfasst insbesondere haushaltsnahe Dienstleistungen, Maßnahmen zur Unterstützung bei der Lebensführung, eine Gesellschafterfunktion, das Führen des Haushaltsbuches mit Aufzeichnungen über für die betreute Person getätigte Ausgaben sowie die praktische Vorbereitung der betreuungsbedürftigen Person auf einen Ortswechsel. Weiters ermöglicht das Gesetz (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 3b und Ärztesgesetz § 50b) die Delegation einzelner, auf die Person bezogene pflegerische und ärztliche Tätigkeiten an Personenbetreuerinnen und -betreuer.<sup>7</sup> Die Personenbetreuung wird am Wohnort der zu betreuenden Person ausgeübt.

### 3.2 Altenbetreuung

#### 3.2.1 Ausbildung

Die Ausbildung zur Altenbetreuerin bzw. zum Altenbetreuer kann auf zwei unterschiedlichen Kompetenzniveaus absolviert werden. Die Ausbildung zur Fach-Sozialbetreuerin bzw. zum Fach-Sozialbetreuer umfasst 1.200 Unterrichtseinheiten Theorie und 1.200 Stunden Praxis. Die Ausbildung zur Diplom-Sozialbetreuerin bzw. zum Diplom-Sozialbetreuer umfasst 1.800 Unterrichtseinheiten Theorie und 1.800 Stunden Praktikum. Beides kann mit dem Schwerpunkt Familien-, Behinderten- oder Altenarbeit abgeschlossen werden. Integrierender Bestandteil der Ausbildung ist, laut Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG §/Artikel/Anlage Art. 3, ein Abschluss in der Pflegeassistent.

### 3.2.2 Berufsbild / Tätigkeitsbereich

#### 3.2.2.1 Fach-Sozialbetreuer/innen mit Schwerpunkt Altenarbeit

Diese Berufsgruppe deckt ein weites Feld der Altenarbeit ab. Der Aufgaben- und Tätigkeitsbereich gliedert sich in einen eigenverantwortlichen Bereich und einen Bereich, der die pflegerischen Befugnisse nach GuKG, welche die Fach-Sozialbetreuerinnen bzw. -betreuer mit Schwerpunkt Altenarbeit aufgrund ihrer Pflegehilfe-Ausbildung haben, betrifft. Der eigenverantwortliche Bereich besteht in der möglichst umfassenden Begleitung, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, einzeln oder in Gruppen, abgestimmt auf ihren Bedarf und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt. Weiters umfasst die Zuständigkeit präventive, unterstützende, aktivierende, reaktivierende, beratende, organisatorische und administrative Maßnahmen zur täglichen Lebensbewältigung. Sie gehen auf körperliche, seelische, soziale und geistige Bedürfnisse und Ressourcen ein und bieten Hilfen zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten für ein möglichst selbstständiges und eigenverantwortliches Leben im Alter. Darüber hinaus bieten sie individuelle Begleitung bei der Sinnfindung und Neuorientierung in der fortgeschrittenen Lebensphase. Zum Tätigkeitsfeld der Fach-Sozialbetreuung gehören zusätzlich die Unterstützung bei der psychosozialen Bewältigung von Krisensituationen, die Entlastung, Begleitung und Anleitung von Angehörigen sowie die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen.<sup>7</sup>

#### 3.2.2.2 Diplom-Sozialbetreuer/innen mit Schwerpunkt Altenarbeit

Dieses Berufsbild erweitert das Handlungsfeld der Fach-Sozialbetreuung um eine theoriegeleitete Ebene. Die Diplom-Sozialbetreuerinnen bzw. Diplom-Sozialbetreuer mit Schwerpunkt Altenarbeit entwickeln somit auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse Konzepte und Projekte, führen diese eigenverantwortlich durch und evaluieren sie.

Sie sorgen für eine altersgerechte Umgestaltung der Wohnumgebung inkl. Beratung über und Besorgung von entsprechenden Hilfsmitteln und Behelfen sowie die Organisation der dafür nötigen Arztbesuche, Behörden- bzw. Versicherungswege. Sie organisieren spezielle Animationsprogramme für Kleingruppen und Einzelpersonen zur Förderung motorischer Fähigkeiten durch Bewegungsübungen sowie spezielle Animationsprogramme zur Förderung der Hirnleistung.

Weiters sorgen sie für Anregung von Kommunikationsprozessen in Kleingruppen und für Einzelne zur Verbesserung des sozialen Klimas unter den Bewohnern und zu den Pflegepersonen. Sie erarbeiten Strategien im Fall akuter Krisensituationen, wie z. B. bei Tod von Angehörigen oder Mitbewohnern, Depression und

Suizidgefährdung, Verwirrung und Desorientierung. Deren methodische Kompetenzen werden durch Pflegekonzepte wie Validation, Kinästhetik, Biografiearbeit ergänzt.<sup>8</sup> Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Abgrenzung dessen, was nun Sozialbetreuung ist und welche Kompetenzen aus der Pflegeassistentenausbildung erwachsen, fließend ist.

### 3.3 Pflegeassistentenberufe<sup>9</sup>

#### 3.3.2.1 Fach-Sozialbetreuer/innen mit Schwerpunkt

#### 3.3.2.1 Fach-Sozialbetreuer/innen mit Schwerpunkt

Die Ausbildung der Pflegeassistenten umfasst insgesamt 1600 Stunden Theorie. Mindestens die Hälfte der Ausbildungszeit ist der praktischen Ausbildung zu widmen. Die Dauer beläuft sich in Vollzeit auf ein Jahr, berufsbegleitend entsprechend länger.

#### 3.3.1.2 Berufsbild / Tätigkeitsbereich

Die Pflegeassistenten handeln nach Anordnung und unter Aufsicht, wobei Aufsicht nicht gleichzusetzen ist mit Draufsicht. Die unmittelbare Anwesenheit eines Angehörigen des gehobenen Dienstes ist folglich nicht in jedem Fall zwingend erforderlich.

Die Kompetenzen reichen von der Mitwirkung beim Assessment über die Durchführung von Pflegemaßnahmen in Delegation bis hin zur Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie. Die Einsatzbereiche der Pflegeassistenten sind der Akutbereich, der Langzeitbereich und die Hauskrankenpflege.

### 3.3.2 Pflegefachassistenten

#### 3.3.2.1 Ausbildung

Die Ausbildung der Pflegefachassistenten umfasst insgesamt 3200 Stunden Theorie. Mindestens die Hälfte der Ausbildungszeit fällt der praktischen Ausbildung zu. Die Dauer beläuft sich in Vollzeit auf zwei Jahre. Im Sinne der Durchlässigkeit kann dieser Abschluss auch als verkürzte Ausbildung nach zweijähriger Praxis in der Pflegeassistenten erworben werden.

#### 3.3.2.2 Berufsbild / Tätigkeitsbereich

Das Tätigkeitsfeld der Pflegefachassistenten umfasst die eigenverantwortliche Durchführung der pflegerischen Aufgaben der Pflegeassistenten sowie Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Als Einsatzbereich ist in erster Linie der Akutbereich zu sehen. Ob diese Berufsgruppe auch in der Hauskrankenpflege zum Einsatz kommt wird die Zukunft zeigen.

Die Kompetenzen der Pflegefachassistenten sind ähnlich jener des gehobenen Dienstes. Die wesentliche Unterscheidung zwischen dem gehobenen Dienst und der Pflegefachassistenten liegt in der fehlenden Planungs- und Anordnungsverantwortung letzterer. Die

Durchführungsverantwortung der vom gehobenen Dienst angeordneten Pflegemaßnahmen liegt freilich bei der Pflegefachassistenten. Das Übernehmen der Durchführungsverantwortung bedeutet, dass die Durchführung der durch den gehobenen Dienst oder durch die Ärzteschaft angeordneten Tätigkeiten nicht unter Aufsicht geschehen muss. Dies unterscheidet die Pflegefachassistenten von der Pflegeassistenten, bei der die Durchführung der übertragenen Tätigkeiten unter Aufsicht der anordnenden Person zu erfolgen hat.

### 3.4 Der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege<sup>10</sup> (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger)

#### 3.4.1 Ausbildung

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst 4.600 Stunden, wobei mindestens die Hälfte der Ausbildung der Praxis zufällt. Die Ausbildung kann derzeit als Fachausbildung ohne Matura oder als Fachhochschulstudium absolviert werden. Die Pflege betreffend ändert das nichts an ihrem Tätigkeitsprofil. Letzteres ermöglicht jedoch ein weiterführendes Studium im konsekutiven Weg.

#### 3.4.2 Berufsbild / Tätigkeitsbereich

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen.

Der gehobene Dienst trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.

<sup>5</sup> Famira-Mühlberger, Ulrike / et al.: Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich. Hrsg. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2017. Online: <https://www.daheimbetreut.at/WIFO-Studie.pdf> [16.12.2018] und [www.statistik.at](http://www.statistik.at)

<sup>6</sup> WKO Wien Online: [https://www.wko.at/branchen/w/gewerbe-handwerk/personenberatung-betreuung/personenbetreuung/Voraussetzungen\\_fuer\\_die\\_Arbeit\\_als\\_Personenbetreuer.html](https://www.wko.at/branchen/w/gewerbe-handwerk/personenberatung-betreuung/personenbetreuung/Voraussetzungen_fuer_die_Arbeit_als_Personenbetreuer.html) [17.12.2018]

<sup>7</sup>RIS: Gewerbeordnung 1994, § 159 Abs. 1-3. Online: <https://www.ris.bka.gv.at/> [16.12.2018] <sup>8</sup> Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005. Online: [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) [18.12.2018]

<sup>9</sup> Gesundheits- und Krankenpflegegesetz: §§ 82, 83, 83a und 92. Online: [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) [19.12.2018]

<sup>10</sup> Gesundheits- und Krankenpflegegesetz: §§ 12-16 und 41. Online: [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) [19.12.2018]

<sup>11</sup> Gesundheits- und Krankenpflegegesetz: §§ 82, 83, 83a und 92. Online: [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) [19.12.2018]

Im Rahmen der Diagnostik und Therapie führen Angehörige des gehobenen Dienstes die ihnen von der Ärzteschaft übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch. Angehörige des gehobenen Dienstes sind berechtigt, nach Maßgabe der Anordnung seitens der Ärzteschaft verordnete Medizinprodukte in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte auch im Bereich der stuhl- und harnableitenden künstlich angelegten Körperöffnungen weiter zu verordnen.

Dies gilt so lange, bis ein sich ändernder Allgemeinzustand der Patientinnen bzw. Patienten die Einstellung der Weiterverordnung oder die Rückmeldung an den Arzt erforderlich machen. Das Tätigkeitsfeld im gehobenen Dienst umfasst bezogen auf die Pflegepraxis alle intramuralen und extramuralen Institutionen, bis hin zur freiberuflichen Tätigkeit. Der gehobene Dienst ist darüber hinaus auch mit der Theoriebildung in der Pflege und weiters mit pflegewissenschaftlicher Arbeit befasst.

Abschließend soll nicht unerwähnt bleiben, dass professionell Pflegenden zur Kompetenzvertiefung in der Betreuung unterschiedlicher Zielgruppen Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung stehen.

Für die Pflege alter Menschen gibt es z.B. die Weiterbildung zur Demenz Nurse im Ausbildungszentrum West (Tirol) [www.azw.ac.at](http://www.azw.ac.at) oder die Weiterbildung Gerontologisch – geriatrische Pflege im Bildungszentrum Haus der Gesundheit. [www.gesundheitsausbildungen.steiermark.at](http://www.gesundheitsausbildungen.steiermark.at).

## RESÜMEE

Während für die 24-Stunden-Pflege nur 200 Ausbildungsstunden empfohlen werden, sind für den Pflege- und höheren Pflegeberuf (Pflegeassistent, Pflegefachassistent, Diplombgesundheits- und KrankenpflegerInnen) 1.600 bis 4.600 Ausbildungsstunden vorgesehen. Die Ausbildung für die Pflegeassistent ist ohne, für den Diplompflegeberuf nur mit Matura (oder ein Äquivalent dazu) an einer Fachhochschule möglich. Da in Österreich eine Ausbildungspflicht bis 18 Jahre besteht ist eine Ausbildung zur Pflegeassistent auch im zweiten Bildungsweg möglich. Wichtig ist die Durchlässigkeit der Ausbildungsstufen.

# PROFESSIONALISIERUNG VS. DEPROFESSIONALISIERUNG

## *Palliative Care*

Assoz. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl, MPH  
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

Folgende Überlegungen scheinen mir für eine Diskussion zur Professionalisierung und Deprofessionalisierung in Palliative Care von Bedeutung:

### 1. Die Generation der Babyboomer wird in den nächsten Jahren in Pension gehen und eine Lücke an Fachkräften auch in der Pflege hinterlassen.

Die Jahrgänge von 1955 bis 1965 machen heute in Deutschland 17 Prozent der Bevölkerung aus. Für alle Geburtsjahrgänge der 1950er und 1960er Jahre sind es sogar 30 Prozent (Berlin-Institut 2018). Für Österreich ist die Situation nicht anders. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre werden oft als „Babyboomer“ bezeichnet. Das Besondere an dieser Generation ist ihre demografische und wirtschaftliche Bedeutung: Als derzeit größte Bevölkerungsgruppe werden sie in den nächsten Jahren am Arbeitsmarkt eine Lücke hinterlassen und den Pflegektor herausfordern (Heimerl, Rösler 2019).

### 2. Gleichzeitig nimmt der Pflegebedarf zu, die Bevölkerung altert, die Babyboomer kommen langsam ins pflegebedürftige Alter.

Die Bevölkerung in Österreich (und nicht nur hier) altert, damit geht auch einher, dass die Anzahl der Menschen, die von einer Demenz betroffen sind, zunimmt. Heute leben in Österreich etwa 130.000 Menschen mit einer Demenz, es wird geschätzt, dass es im Jahr 2050 etwa doppelt so viele sein werden (Demenzbericht 2014). Damit nimmt der Pflegebedarf in Österreich kontinuierlich zu.

### 3. Der Fachkräftemangel in der Pflege wird zunehmend durch Care-Migrantinnen gedeckt.

Menschen überwiegend aus (süd)osteuropäischen Staaten verlassen ihre sozialen Netze, um in Österreich als sogenannte „live-ins“ (24-Stunden-Betreuerinnen) alte und sterbende Menschen zu betreuen. Was für die Familien und die Pflegebedürftigen eine

gute Lösung sein kann, stellt für die Care-Migrantinnen oft eine entgrenzte Arbeitssituation fern von ihren eigenen Familien dar. Wir wissen zu wenig darüber, ob in diesen Sorgebeziehungen die Würde der Beteiligten, sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Care-Migrantinnen gewahrt wird. Wir wissen es auch deswegen nicht, weil es zu wenig Forschung in diesem Bereich gibt.

### 4. Der Ausbau der Palliativversorgung schreitet in Österreich gut voran.

Im Jahr 2015 fand eine parlamentarische Enquete zu „Würde am Ende des Lebens“ statt. Dort wurde eine Unterversorgung im Hospiz- und Palliativbereich in Österreich festgestellt und der weitere Ausbau der Versorgung gefordert. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit sieht bis 2020 einen „österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden“ Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche vor (Lang 2019). Zielwert sind 400 Palliativbetten in Österreich, Ende 2017 waren es bereits 351 Betten (Peltari et al. 2017), das entspricht 44 Betten pro 1 Million Einwohner. Die European Association for Palliative Care schätzt 2010, dass etwa 50 Betten pro 1 Million Einwohner gebraucht werden (EAPC 2010). Die Zahlen wurden allerdings seit damals nach oben revidiert. Der weitere Ausbau der Palliativversorgung ist wünschenswert und zu fordern.

### 5. Für die Betroffenen zählen die Sorgenetzwerke, nicht die Sorgeorte.

Im Projekt „Sterbewelten in Österreich“ haben wir 30 qualitative Forschungsinterviews mit betroffenen Menschen geführt und sie gefragt, was für sie ‚gutes Sterben‘ bedeutet. Unsere Interviewpartnerinnen denken in den Gesprächen über das ‚gute Sterben‘ deutlich mehr über soziale Beziehungen als über konkrete

Sterbeorte nach. Das Sorgenetzwerk (familial, zivilgesellschaftlich und professionell) spielt für die Betroffenen am Lebensende eine besonders große Rolle, es stellt einen Resonanzraum dar, in dem die Betroffenen in Berührung und Austausch mit ihrer Sterbewelt sind (Heimerl et al. 2017). Zusätzlich zum weiteren Ausbau der ohnehin guten Palliativversorgung in Österreich rückt damit die Förderung der Communities, der Sorgenetzwerke und der Angehörigenpflege in den Blick. Caring communities unterstützen die Entwicklung von familialen, zivilgesellschaftlichen und professionellen Netzwerken und sollten zur Public Health Priorität erklärt werden.

## 6. Die Themen Tod und Sterben gehen uns alle an.

Längst schon können wir in Österreich nicht mehr davon sprechen, dass Sterben tabuisiert wird. Das verdanken wir der modernen Hospizbewegung und ihren beiden Gründerinnen, Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders. Damit sind die sterbenden Menschen und ihre Bedürfnisse ein Stück weit wieder in die Mitte unserer Gesellschaft gerückt.

Dort gehört sie auch hin. Sterben ist keine Krankheit, es ist eine Phase des Lebens – oft eine sehr schwere, aber auch oft eine „schöne und erhebende“ (Heimerl et al. 2017). Tod und Sterben geht uns alle an, wir sind hier als Zivilgesellschaft gefordert (Wegleitner et al. 2019). So verstanden stellt Palliative Care eine Demokratisierung von Sorge dar. Wir müssen weiter am guten Zusammenspiel im „Sorge-Mix“ aus Familien, Ehrenamtlichen, Bürger\*innen und professionell Sorgenden arbeiten.

## 7. Caring Community – Sorgende Gemeinde

In jüngster Zeit entwickelt sich eine neue soziale Bewegung, die caring communities (Schuchter, Wegleitner 2017). Sorgende Gemeinden entwickeln soziale Netzwerke und Räume, sozialpolitische Konzepte und soziale Angebote. Sie unterstützen Menschen in jeglicher Lage der Hilfsbedürftigkeit und fördern zivilgesellschaftliches Engagement, bilden Freiwillige aus und koordinieren sie. Sie entwickeln unterstützende Sorge am Arbeitsplatz, in den Vereinen und in den Schulen. Gleichzeitig entwickeln sie professionelle Angebote weiter und ermutigen die ganze Gemeinde zu Engagement. Damit suchen sorgende Gemeinden Antwort auf zentrale Fragen:

△ Wie kann soziale Teilhabe in fragilen Lebensphasen - das heißt in Phasen von schwerer Krankheit, im Alter, in der Demenz, der Hochaltrigkeit und im Sterben - ermöglicht werden?

△ Wie können die Perspektiven und die Bedürfnisse der Betroffenen zum Ausgangspunkt der Gestaltung von formeller und informeller Hilfe und Sorge werden?

## RESÜMEE

Die auf uns zukommenden Herausforderungen im Bereich der Betreuung, Begleitung und Pflege von schwerkranken Menschen und von Menschen mit Demenz lassen sich durch die Forderung nach mehr Professionalisierung und nach dem Ausbau der Versorgungsstrukturen allein nicht lösen. Zu verfolgen ist eine Entwicklung, die die Sorge wieder mehr in die Mitte unserer Gesellschaft holt. Diese Entwicklung kann nicht mit dem defizitorientierten Begriff der De-Professionalisierung beschrieben werden, es geht vielmehr um die geschlechtersensible Öffnung von Sorgeaufgaben in die Gesellschaft hinein (Reitinger, Beyer 2010) und um die Etablierung eines Mixes von familialer, zivilgesellschaftlicher und professioneller Sorgeverantwortung, wie es in der sozialen Bewegung zur Caring Community angedacht ist.

### Literatur:

- Benazha Aranka Vanessa Lutz Helma (2019): Wer sorgt, wenn alle arbeiten? Migrantische 24-Stunden-Betreuung in deutschen Pflegeheimen. Fachzeitschrift Palliative Geriatrie 1/2019, im Erscheinen.
- Berlin-Institut (2018): Die Babyboomer gehen in Rente. Thesenpapier des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung für die Körber-Stiftung. Herausgeber: Körber-Stiftung, Hamburg, 2018. [https://www.koerber-stiftung.de/fileadmin/user\\_upload/koerber-stiftung/redaktion/koerber-demografie-symposien/pdf/2018/Broschuere\\_Koerber-Demografie-Symposium\\_2018.pdf](https://www.koerber-stiftung.de/fileadmin/user_upload/koerber-stiftung/redaktion/koerber-demografie-symposien/pdf/2018/Broschuere_Koerber-Demografie-Symposium_2018.pdf), download vom 28.12.2018
- Demenzbericht (2014): Wancata J. Studien und Hochrechnungen für Österreich. In: Höfler S, Auer E, (Hg.) Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Soziales. <https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/4/5/CH4156/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf>
- EAPC (2010): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal for Palliative Care, 2010; 17(1), 22-33
- Heimerl Katharina, Rösler Petra (2019): Babyboomer: die Wachstumsgeneration als Herausforderung. Fachzeitschrift Palliative Geriatrie 1/2019, im Erscheinen.
- Heimerl Katharina, Wegleitner Klaus, Schuchter Patrick, Egger Barbara (2017): Gespräche über das ‚gute Sterben‘. In: die hospizzeitschrift 75; Schwerpunkt: Gespräche mit Sterbenden, 6-12
- Peltari Leena, Pissarek Anna H., Zottle Peter. (2017). Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2016. Retrieved from [https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ\\_datenbericht\\_web\\_barr.pdf](https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ_datenbericht_web_barr.pdf)
- Reitinger Elisabeth, Beyer Sigrid (Hg) (2010): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe, Frankfurt a.M. Mabuse
- Schuchter Patrick, Wegleitner Klaus (2017): Die Philosophie „Sorgender Gemeinden“: Lebenskunst und Lebensklugheit. In: die hospiz zeitschrift Ausgabe Nr. 74 (03/2017), 18-23
- Wegleitner Klaus, Heimerl Katharina, Schuchter Patrick, Lang Alexander (2019). Die Frage nach dem „guten Sterben“ in Österreich. In: Pinter, G., Likar, R., Cernic, K., et al. (Hrsg.). Ethische Herausforderungen des Alters. Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe.



# BERUF ODER BERUFUNG?

## Soziologische Bewertung von Pflegearbeit an alten Menschen

Rezensiert von: Dr. Peter Fleissner

Die folgende Rezension betrifft Ausschnitte aus der Publikation von Dr.in Tine Haubner: Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2017. Dissertation Jena 2016. Tine Haubner wissenschaftliche Mitarbeiterin am Arbeitsbereich Politische Soziologie an der Universität Jena und Trägerin des Karl Marx Preises 2018.

In Österreich steht die Notwendigkeit der pflegewissenschaftlichen Bewertung des Unterschiedes zwischen „Pflege“ und „Betreuung“ außer Zweifel. Dieser Unterschied reproduziert auch hier die Deprofessionalisierung der Pflege und wertet alle Dienstleistungen ideell und ökonomisch ab. Grundpflegerische Verrichtungen werden an zumeist weibliche Laien- und Hilfskräfte delegiert und so „kostengünstig“ erbracht.

Tine Haubner versucht, den Ausbeutungsbegriff, der von Marx ausschließlich auf Lohnarbeit angewendet wurde, um den Überschuss zu erklären, der es erlaubt, dass der Profit kostenlos angeeignet wird, auch auf ehrenamtliche Arbeit, die nicht entlohnt wird, auszudehnen. Dass im Zuge der heutigen Pflegekrise „eine Stärkung der informellen Laienpflege vorangetrieben wird, wäre bei ‚klassischen Professionen‘, wie Rechtsanwälten oder Ärzten dagegen unvorstellbar“, so Haubner. (Haubner 2017, S. 164)

### Welche Merkmale tragen die Expertenberufe?

Tine Haubner definiert diese auf der Grundlage professionssoziologischer Kenntnisstände, durch monopolisierte Leistungserbringung, durch eine starke Berufsethik, soziales Prestige und hohes Einkommen. Die Pflege hingegen unterscheidet sich deutlich von „vollständigen“ Professionen hinsichtlich Einkommen, Prestige und monopolisierter Leistungserbringung, d. h. die „Ressource“ des professionellen Wissens markiere den Unterschied, der sich dann auch auf das Lohn- und Qualifikationsniveau auswirke. So ließen sich dann Arbeitskräfte kostengünstig nützen und ausbeuten. Die typischen Frauenberufen in der Altenpflege gelten als „Semi-Professionen“, die weniger Ansehen genießen, da sie an „vergeschlechtlichte Handlungsmuster“ anknüpfen, die mit hausarbeitsnahen „Jederfrauqualifikationen“ (Einfühlungsvermögen, Beobachtungsgabe, Empathie und Mitmenschlichkeit) verbunden werden. Darin bestünde der Grund für die qualifikatorische

und materielle Abwertung, die sich in den Pflegeberufen nach wie vor in der wenig scharfen Grenzziehung zwischen professioneller und Laien-Arbeit widerspiegelt und als „Hausarbeit im Krankenhaus“ angesehen werde. Der Beruf werde von Beginn an als „Nischen- oder Ersatzberuf“ konzipiert, daher komme er dem ständisch-ärztlichen Monopol in der Heilkunde nicht in die Quere (ebd., S. 170). Tine Haubner sieht in der Berufskonstruktion drei Ziele: „Deckung eines Personalbedarfs, Beschaffung von Arbeit für eine Gruppe von Frauen, für die sonst schwer Lohnarbeit zu finden wäre, sowie Sinnstiftung.“ Die Altenpflege wäre demnach ein „Beruf für Wiedereinsteigerinnen“ und diene als Auffangbecken für am Arbeitsmarkt benachteiligte oder gescheiterte Frauen.

### Spannungsverhältnis von Qualifikationsanforderungen und Kostensenkungsimperativen

In den Diskussionen um die Pflege spielt häufig das widersprüchliche Spannungsverhältnis zwischen steigenden Qualifikationsanforderungen und anhaltenden Kostensenkungsimperativen eine zentrale Rolle. Seit den späten 1990er Jahren habe sich der Qualifizierungstrend mittlerweile in sein Gegenteil verkehrt. Ab 2007 würden in Deutschland professionelle Pflegekräfte deutlich weniger. Ungelernte Kräfte ersetzen sie zwar, ihre Kompensation sei aber chronisch unterfinanziert. Tine Haubner weist darauf hin, dass in Deutschland mit Beginn 2018 die bisherige Ausbildung durch eine generalistische Ausbildung zur Pflegefachkraft auf der Basis des Pflegeberufsreformgesetzes ersetzt werden wird (ebd., S. 172). Damit reagiert man sowohl auf den Kostendruck als auch auf den eklatanten Nachwuchsmangel, führt aber die „Kultur“ der Qualifikationssenkung weiter. Die bisher vorhandenen drei Curricula für die Ausbildung werden nun zu einer Basisausbildung verschmolzen. Aber auch im akademischen Segment spiele Freiwilligkeit der Fort- und Weiterbildung

eine wichtigere Rolle. Das Prinzip des lebenslangen Lernens wird als Rechtfertigung dafür herangezogen. So wird vermieden, die über die Jahre ausdifferenzierten Kenntnisse in der Altenpflege in ein (teureres) akademisch verpflichtendes Curriculum einzubringen. Im Ergebnis „geht es um eine unspezifische Basisqualifizierung möglichst bereichsflexibler und kostenneutraler Nachwuchskräfte“.

Dadurch werde zwar die Zahl der weiteren Betreuungskräfte erhöht, aber gleichzeitig auch die Deprofessionalisierung, weil es sich bei den zusätzlichen Arbeitskräften nicht um professionelle Altenpflegekräfte, sondern um angelernte Hilfskräfte handle.

### „Informelle Laienpflege als Schatten professioneller Fachpflege“

Schon seit Längerem verweise die sozialwissenschaftliche Forschung darauf, das Verhältnis zwischen formeller und informeller Arbeit nicht dualistisch, sondern in Form eines dynamischen Kontinuums zu betrachten (ebd., S. 174). Die Übergänge wären zwar einerseits fließend, aber andererseits als hochgradig durch staatliche Definition bestimmt zu sehen. Die Altenpflege sei aus informellen Laitätigkeiten hervorgegangen und kämpfe daher als „unvollständige Profession“ gegen noch immer bestehende Tendenzen der Deprofessionalisierung und Informalisierung.

In Deutschland würden die Pflegedienstleistungen in großem Umfang in Form von unbezahlter Eigenarbeit und durch bezahlte, aber informelle Erwerbsarbeit in Privathaushalten erbracht werden. Laienpflege stelle dabei einen „abgespaltenen“ oder „externalisierten“, vor allem aber unbezahlten „Schatten“ professioneller Pflege dar (ebd., S. 174ff.).

Daher trage dieser Prozess zur Reproduktion der Abwertung und damit auch zur Ausbeutbarkeit von Pflegearbeit generell bei. Als anschauliches Beispiel für die noch immer unscharfe hierarchisierende Aufspaltung des Pflegebegriffes zieht Tine Haubner die Spaltung in Grund- und Behandlungspflege heran. Diese Hierarchisierung manifestiere sich in einer gesetzlichen Unterscheidung (in den Sozialgesetzbüchern) und zeitige ausbildungs- und lohnrelevante Konsequenzen. Auch in der internationalen wissenschaftlichen Literatur lasse sich nachweisen, so Tine Haubner, dass die Rekrutierung vermehrt weiblicher und sozial verwundbarer Arbeitskräfte eine bekannte Dynamik darstellt, welche die Erschließung von Neuen oder an Bedeutung verlierenden Wirtschaftsbereichen häufig begleitet.

ILO und Weltbank heben seit einigen Jahren das Potenzial informeller Arbeit hervor, die teils als Auffangnetz für wenig konkurrenzfähige Arbeitskräfte, als Wachstumsmotor, als Aktivierungskatalysator für schwer vermittelbare Arbeitskräfte, als Sicherheitsnetz oder Wachstumsmaschine in Zeiten von Rezession, und nicht zuletzt als Entlastung des Sozialstaates gepriesen wird. Dabei handle es sich um Charakteristika, „die ganz ähnlich auch in pflegepolitischen Debatten über die ‚Unterstützungspotenziale‘ der sogenannten ‚Caring Community‘ als einer ‚sorgenden und fürsorglichen Gemeinschaft‘ aus ‚Nachbarn, Bekannten und Freunden‘ zum Tragen kommen“ (ebd., S. 177).

### RESÜMEE

Die Stärkung der informellen Laienpflege als Krisenbekämpfungsmittel wäre bei klassischen Professionen wie Rechtsanwälten oder Ärzten unvorstellbar. Der Pflegeberuf ist historisch als Nischen- und Ersatzberuf konzipiert und leidet bis heute unter dem Negativimage als „Jedefrau-Tätigkeit“ und daher unter niedriger Entlohnung. Die Stärkung häuslich-informeller Dienstleistungen leistet den Deprofessionalisierungstendenzen weiteren Vorschub.

# PFLEGE DURCH ANGEHÖRIGE

Bärbel Danneberg | Journalistin und Buchautorin

Die meisten Menschen wollen zu Hause, in ihren eigenen vier Wänden, alt werden. Das stellt Angehörige vor emotionale, finanzielle und organisatorische Probleme und entlastet die öffentliche Hand von wohlfahrtsstaatlichen Verpflichtungen. Die große Herausforderung in einer alternden Gesellschaft ist die Frage, wie das Problem langer Lebenserwartung bei knapper Budgetierung sozialstaatlicher Leistungen gelöst und den Betroffenen autonome Entscheidungen für einen menschenwürdigen Lebensabend gewährleistet werden können.

Die meisten pflegenden Angehörigen, nämlich 80,8%, sind weiblich, 31,3% der Frauen sind im Alter zwischen 51 und 60 Jahren (Österreichischer Pflegevorsorgebericht des Sozialministeriums, 2016). Das verweist auf eine weiblich adressierte Problemlösung sozialpolitischer Verantwortung. Doch immer weniger Frauen können oder wollen diesen „Dienst aus Liebe um Gottes Lohn“ leisten. Änderungen im Arbeits- und Pensionsrecht (flexible Arbeitszeiten, prekäre Beschäftigungen, Erhöhung des Pensionseintrittsalters) erschweren zudem den familiären Handlungsspielraum für die Angehörigenpflege. Hinzu kommt, dass die steigende Zahl von Einpersonenhaushalten die Lasten der Sorgearbeit einseitig verteilt.

Welche Alternativen haben Menschen, die nach einer Krankheit oder im Alter den Lebensalltag nicht mehr allein bewältigen können und auf fremde Hilfe angewiesen sind?

Welche Unterstützung und Wertschätzung bekommen pflegende Angehörige? Seit 1. Jänner 2015 gibt es im Rahmen der Qualitätssicherung für die häusliche Pflege das Angebot für Unterstützungsgespräche für pflegende Angehörige mit psychischen Belastungen (BGBl. I Nr. 12/2015). Diese Maßnahme ist niederschwellig konzipiert und soll zur Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen, die sich durch die anstrengende Pflege und Betreuung in der Familie ergeben. Die Palette der Belastungen für pflegende Angehörige reicht von Verantwortung tragen über Verzicht und Einschränkungen und

Angst und Sorge um einen nahen Menschen, viele fühlen sich überfordert und haben Schlafstörungen. Und für mehr als die Hälfte der Befragten, die mehr als zwei Personen pflegen, ist laut Pflegevorsorgebericht der Zeitdruck ein drängendes Problem.

Die Antwort auf das Dilemma zwischen familiärer Verantwortung, individualisierter Versorgung, mangelnder öffentlicher Unterstützung sowie dem strengen Finanzregime in Zeiten des Sozialabbaus würde zunächst heißen, das strategische Schweigen über den Warencharakter in der Pflege zu benennen.

Das Thema häusliche Sorgearbeit wird vorrangig der Eigenverantwortung und Selbstregulierung überlassen. Die Programme neoliberaler Regierungen und „Experten“ aus Unternehmerkreisen sind auf individuelle Ratschläge für den Balanceakt zwischen Arbeit und Familie ausgerichtet. Sie werden vor allem Frauen zugemutet. Care-Arbeit im Familienverband würde bedeuten, den finanziellen Spielraum sowohl der Pflegestufen zu erweitern als auch die meist unentgeltliche Pflegearbeit von vorwiegend Frauen auch ökonomisch zu bewerten.

Würde die Angehörigenpflege entlohnt werden, würde das System häuslicher Pflege zusammenbrechen. Schon bei der Aufhebung der Regresspflicht für pflegende Angehörige offenbarten sich die finanziellen Engpässe und überforderten die kommunalen Pflegeeinrichtungen. So gesehen ist es wichtig, den ökonomischen und politischen Wert der Freiwilligenarbeit zu



benennen und, wenn schon keine marktgerechte Entschädigung so doch die wertschätzende Anerkennung bewusst zu machen, etwa durch sozialpolitische Maßnahmen wie Anrechnung von Pflegezeiten für die Pension oder Erhöhung des Pensionsbezugs durch Pflegeleistungen.

Das wäre vor allem für Frauen, die im Schnitt ohnehin ökonomisch schlechter gestellt sind, eine Erleichterung. Um den Wunsch nach einer optimalen Pflege daheim zu ermöglichen, müssten die mobilen Dienste vor allem auch in den ländlichen Gebieten ausgebaut und Hilfsdienste nicht wie derzeit nach einem finanz- und zeitlichen Regime bemessen werden. Patientennahe Versorgung hieße, die ärztlichen Dienste vor allem am Land zu erweitern, flexibel (z.B. in Gruppenpraxen) zu gestalten, die Aufgabenbereiche von Heimhilfen, Pflegerinnen, 24-Stundenpflege, ambulanten Diensten und Haushaltshilfen klarer zu definieren, sie nicht dem „Pflegewirrwarr“ des privaten Marktes zu überantworten und den Dienst am Menschen besser zu entlohnen. Zu überlegen wäre auch, ob in ländlichen Gemeinden Pflegestationen eingerichtet werden, in denen pflegende Angehörige Information, praktische Hilfe und Unterstützung in ihren nervenaufreibenden Sorgearbeit erhalten.

Auch könnten Mehrgenerationenhäuser das solidarische Miteinander von Jung und Alt fördern. Für bestehende Pflegeeinrichtungen müssten strengere infrastrukturelle und personelle Qualitätskriterien und -kontrollen durchgeführt werden, damit sie ihren Schrecken verlieren, wenn es nicht mehr möglich ist, dass ein Angehöriger daheim versorgt werden kann.

## RESÜMEE

Neoliberale Programme zielen auch in der häuslichen Sorgearbeit vorrangig auf Eigenverantwortung und Selbstregulierung. Unternehmer sorgen sich um den Balanceakt zwischen Arbeit und Familie. Der ökonomische und politische Wert der Freiwilligenarbeit muss durch sozialpolitische Maßnahmen wie Anrechnung von Pflegezeiten für die Pension oder durch höheren Pensionsbezug anerkannt werden. Die mobilen Dienste müssen vor allem auch im ländlichen Raum ausgebaut sowie beratende Pflegestationen aufgebaut werden.



# PFLEGEDREHSCHLEIBE DER STADT GRAZ

Die Pflegedrehscheibe der Stadt Graz ist in den Fachbereich Pflege/Planung/Controlling der Stadt Graz – Sozialamt eingebettet. Dieser Fachbereich wird von mir seit dem Jahre 2001 geleitet. Über die Jahre wurden alle Agenden zum Thema Pflege ( excl. Verrechnung von Pflegeleistungen und Zuerkennung von Heimkostenzuzahlung ) in diesem Bereich angesiedelt.

Mag.a. Norma Rieder | Stadt Graz, Sozialamt | Fachbereich Pflege/Planung/Controlling

## Zu den Aufgaben dieses Fachbereiches gehören u.a.:

△ die Kontrolle der Pflegeheime im Grazer Stadtgebiet gemäß Stmk. PHG ( 20 Heime mit ca. 1700 Plätzen ) als Bezirksverwaltungsbehörde.

△ laufende Modifikation der Regelungen zur Erbringung der Hauskrankenpflege im Grazer Stadtgebiet sowie die Kontrolle der leistungserbringenden Trägerorganisationen ( ÖRK, Hilfswerk Steiermark, Sozialmedizinischer Pflegedienst, Caritas, Volkshilfe ) hinsichtlich der erbrachten Pflegequalität in den Privathaushalten durch unsere Amtssachverständigen der Pflege ( ASV ) und Einhaltung der Regelungen.

△ Überprüfung der Einhaltung der Landesvorgaben in den betreuten Wohnrichtungen ( 265 Plätze mit Fördervereinbarung und Betreibervertrag im Grazer Stadtgebiet ).

△ Laufende Modifikation der Verträge mit den Tageszentrumsbetreibern der Stadt Graz ( 4 TZ, davon 3 Demenztageszentren ) und Überprüfung der Leistungserbringung.

△ Heimbefragungen nach § 13 Stmk SHG: durch Amtssachverständige aus unserem Fachbereich werden bei Pflegebedürftigen, die noch nicht die PG-Stufe IV zuerkannt haben und der Wunsch auf Unterbringung in einem Pflegeheim geäußert wird, pflegfachliche Gutachten erstellt, welche im Falle einer positiven Erledigung die Basis für das behördliche Zuerkennungsverfahren auf Zuzahlung darstellen. Sollten durch die Amtssachverständigen anderweitige Betreuungsformen als ausreichend erkannt werden, unterstützen diese im Rahmen des Casemanagements bei der Implementierung der geeigneten Strukturen aus dem mobilen bzw. semistationären Bereich.

△ Beschwerdemanagement: Unser Fachbereich steht der Bevölkerung – egal in welchem Segment der Pflege die Betreuung in Anspruch genommen wird – im Beschwerdefall als Ansprechstelle zur Verfügung.

△ Gefährdungsmeldungen: von Behörden oder Netzwerkpartnern ( Akutspitäler, Sozialarbeitern, Nachbarn, Hausärzten, Angehörigen usw. ) werden vermutete oder tatsächliche Gefährdungen von pflegebedürftigen Personen an uns gemeldet, welche wir rasch überprüfen und ggf. durch geeignete Interventionen gemeinsam mit den Betroffenen an den Lösungen arbeiten.

Umfang und Komplexität der Aufgaben führten dazu, dass wir unseren Arbeitsbereich stetig organisatorisch weiterentwickelt haben. Ein wesentlicher Punkt für uns war es, den Servicegedanken und die Erreichbarkeit für die Grazer Bevölkerung und unsere Netzwerkpartner zu verbessern.

So haben wir im Jahre 2015 – als Fenster unserer Angebote nach Außen – die Pflegedrehscheibe gegründet und zentrumsnah bei guter Erreichbarkeit und Parkmöglichkeit eine barrierefreie Beratungsstelle eingerichtet, welche täglich von Montag bis Freitag mit einer Amtssachverständigen der Pflege in der Zeit von 10:00 – 15:00 besetzt ist ( in der übrigen Zeit können Anliegen auf Band gesprochen werden ). Diese ASV steht für Auskünfte und kurze Beratungen telefonisch und persönlich zur Verfügung. Sie nimmt auch Anliegen auf, welche einer längeren Begleitung und Unterstützung bedürfen; für diese Fälle erfolgt die Zuteilung an die übrigen ASV, welche im Rahmen von Hausbesuchen die erforderlichen Stützmaßnahmen mit den Betroffenen klären und ggf. in die Wege leiten. Uns war und ist es ein Anliegen, den betroffenen Menschen EINE ZENTRALE Anlaufstelle anzubieten – nämlich die Pflegedrehscheibe -, wo sie möglichst umfassend

und kompetent beraten werden, und es den ohnedies schon sehr belasteten Betroffenen erspart wird, sich mühsam durch den Informationsdschungel durchzuarbeiten und die für sie wesentlichen Informationen zusammenzutragen. Das Modell hat sich bewährt, wird vom Land Steiermark bezuschusst, und mittlerweile erfolgt auch die Ausrollung von Serviceleistung auf die Bezirkshauptmannschaften der Steiermark – mit dem Namen Pflegedrehscheibe. Wir kooperieren intensiv mit dem Land Steiermark und stehen den Verantwortlichen als Pilot mit unseren Erfahrungen zur Verfügung.

Derzeit benötigen wir zur Erbringung aller genannten Aufgaben insgesamt sieben Amtssachverständige der Pflege, welche zusätzlich zur persönlichen Eignung einerseits mehrjährige Berufserfahrung - insbesondere aus dem Bereich der Hauskrankenpflege - und andererseits auch sehr gute Kenntnisse von den regionalen Angeboten mitzubringen haben.

### Entwicklung der Zahlen in der Pflegedrehscheibe (2016-2017-2018)

|                    | Telefonische Anfragen | Persönliche Vorsprache | Hausbesuche |
|--------------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| 2016               | 1034                  | 292                    | 996         |
| 2017               | 1887                  | 346                    | 1578        |
| 2018 (Quartal 1-3) | 2589                  | 383                    | 1308        |

### RESÜMEE

Seit 2015 gibt es die Pflegedrehscheibe in Graz als eine zentrale Anlaufstelle, die umfassend und kompetent betroffene Menschen berät und den belastenden Weg durch den Informationsdschungel erspart. Das Model wird gegenwärtig auch auf die Bezirkshauptmannschaften in der Steiermark ausgeweitet.

# 24-STUNDEN-BETREUUNG

## Ein Realitätscheck

Manuela Juric | Juristin im Pflege- und Sozialbereich

Nicoleta ist 34 Jahre alt. In Rumänien hat Nicoleta in einer Reinigungsfirma gearbeitet, bevor sie Mutter zweier Kinder wurde. Eine Ausbildung im Gesundheitssektor hat sie keine. Am Personalbogen, welchen sie für die österreichische Agentur, durch die sie zukünftig vermittelt wird, ausfüllen muss, macht Nicoleta zaghaft ein Kreuz bei „Deutschkenntnisse – Basiskenntnisse“.

Ein Kleintransporter bringt sie für 70 von der nächstgelegenen rumänischen Großstadt nach Österreich. Im „Bus“ wird gesungen, gelacht, Musik gehört, geschlafen. Nicoleta bemerkt die Müdigkeit des Fahrers, beruhigt sich aber mit dem Gedanken, dass die Fahrt „nur 7 Stunden dauern“ würde. Jetzt arbeitet Nicoleta bei einer österreichischen Familie als 24-Stunden-Betreuerin. Ihre Kinder in Rumänien werden während ihrer Abwesenheit von ihrem Mann versorgt. Mittels WhatsApp und Skype halten sie täglich Kontakt. Für Nicoletas Kinder sei es „ganz

normal“, dass ihre Mutter 28 Tage durchgehend im Ausland ist, um dann 28 Tage wieder zu Hause zu sein. Nicoletas Verdienst als Betreuerin mit Basis-Deutschkenntnissen für eine demenz-erkrankte Person mit Pflegestufe 3 für 28 Tage in einem österreichischen Haushalt: 1400 Euro netto, zusätzlich erhält sie Kost und Logis. Was Nicoleta zu Hause in Rumänien nicht erzählt: Ihre betreuungsbedürftige Person leidet unter starken Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. An manchen Tagen reagiert er aggressiv, an manchen schläft er bis 3 Uhr morgens nicht und benötigt viel Aufmerksamkeit. Gelegentlich äußert er Suizidgedanken, manchmal auch sexuelle Wünsche. Nicoleta verspürt gelegentlich Überforderung, Zuspruch und Ratschläge erhält sie vom Hausarzt des Betreuungsbedürftigen. „Aber wenigstens gibt es hier genug Lebensmittel“, denkt sie sich und fühlt sich zufrieden. Denn auch das ist in vielen Haushalten mangels finanzieller Ressourcen keine Selbstverständlichkeit.

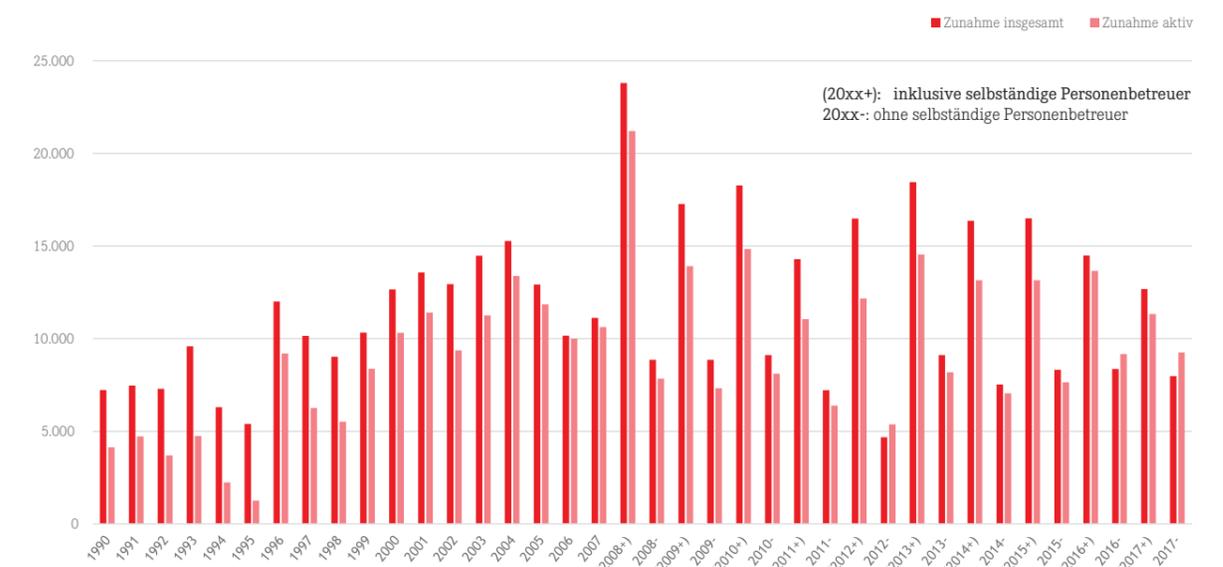
### Von der Selbstständigkeit in die Abhängigkeit

Derzeit sind in Österreich etwa 60.000 PersonenbetreuerInnen tätig, davon der Großteil auf Basis selbstständiger Tätigkeit. Offiziell erbringen sie demnach ihre Tätigkeit unabhängig von Weisungen Dritter. Es ist jedoch kein Geheimnis, dass im Hintergrund dieser „Selbstständigkeit“ oftmals Vermittlungsagenturen agieren, welche den Arbeitsalltag der 24-Stunden-BetreuerInnen bestimmen. Welche Tätigkeiten wann verrichtet werden, wann Pausen gemacht werden dürfen, in welchen Intervallen der Wechsel zweier BetreuerInnen erfolgt und welcher Fahrtendienst in Anspruch genommen wird, sind bestenfalls Bestandteile eines Vermittlungsvertrages zwischen Agentur und Betreuerin, in den meisten Fällen jedoch mündliche und damit arbeitsrechtlich nicht belegbare Weisungen – nicht selten mit dem Zusatz, bei

Missachtung der Weisungen zukünftig nicht mehr vermittelt zu werden.

Der Druck auf 24-Stunden-BetreuerInnen ist groß, die vermeintliche Selbstständigkeit wird hier zu einer Abhängigkeit von den vermittelnden Agenturen, der Vermittlungsvertrag zwischen Agentur und PersonenbetreuerIn rechtlich zum versteckten Dienstverhältnis. Doch auch politisch wurde durch Einführung des Gewerbes der Personenbetreuung eine Situation geschaffen, in welcher das Außenbild der unabhängigen Selbstständigen einer näheren Prüfung nicht standhält. Betrachtet man die statistischen Daten der Wirtschaftskammer Österreich, so stellt man fest, dass der stetige Gesamtanstieg an Kammermitgliedern eng mit dem Gewerbe Personenbetreuung verknüpft ist. Im Jahr 2008 – ein Jahr, nachdem die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung durch den Erlass des Hausbetreuungsgesetzes und der Änderung der Gewerbeordnung erfolgte – verdoppelte sich die Gesamtanzahl der Kammermitglieder. Abzüglich der selbstständigen PersonenbetreuerInnen wäre jedoch eine deutliche Abnahme der Kammermitgliedschaften zu verzeichnen gewesen. PersonenbetreuerInnen stellen demnach mittlerweile die größte Gruppe der Gewerbetreibenden innerhalb der Wirtschaftskammer Österreich dar. Weiters gehören PersonenbetreuerInnen – ebenso wie Vermittlungsagenturen - zur Fachgruppe „Personenberatung und Personenbetreuung“. Eine eigene Fachgruppe für die zahlenmäßig größte Gruppe der Gewerbetreibenden existiert bis dato nicht, und politische Funktionen werden nicht von 24-Stunden-BetreuerInnen besetzt. Obwohl sie innerhalb der Wirtschaftskammer Österreich zahlenmäßig den größten Platz einnehmen, bleiben sie politisch und gesellschaftlich unsichtbar, und auch hier abhängig vom politischen Willen ihrer gesetzlichen Interessensvertretung.

### Zunahme an Kammermitgliedern \* 1990-2017 (aktiv und insgesamt)



## Arbeitsrecht? Nicht für selbstständige 24-Stunden-BetreuerInnen

Fragt man selbstständige PersonenbetreuerInnen nach ihren politischen Forderungen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit, so wird überdurchschnittlich oft der Wunsch nach arbeitsrechtlicher Regulierung der Betreuungstätigkeit, öffentlicher Vernetzung außerhalb der sozialen Medien, professioneller Hilfestellung in Problemsituationen und gewerkschaftlicher Organisation genannt. Arbeitsrechtliche Errungenschaften im beruflichen Alltag bestehen derzeit aus 1:1-Diskussionen zwischen Vermittlungsagenturen bzw. betreuungsbedürftigen Personen/Angehörigen und PersonenbetreuerInnen, die interne Vernetzung und der fachliche Austausch erfolgt derzeit über diverse Plattformen der sozialen Medien, gewerkschaftliche Ideen ersticken ohne Unterstützung rasch im 24-Stunden-Arbeitsalltag der BetreuerInnen.

Was es demnach braucht, ist eine rechtlich gesicherte Unterstützung für PersonenbetreuerInnen: auf arbeitsrechtlicher Ebene, um Pausen und Mindestlöhne zu sichern; auf politischer Ebene, um das Recht auf Selbstorganisation zu ermöglichen; auf fachlicher Ebene, um BetreuerInnen das notwendige Rüstzeug für ihre Tätigkeit mitzugeben; und auf psychosozialer Ebene, um – wie im Gesundheits- und Sozialbereich üblich – durch das Angebot von Supervision, Fortbildungsmöglichkeiten und fachlicher Rücksprache mit Entscheidungsträgern die (Mit-)Verantwortung für die seelische Gesundheit aller AkteurInnen zu tragen.

## RESÜMEE

Die formale, vermeintliche Selbstständigkeit der meisten Betreuungskräfte ist in Wahrheit eine Abhängigkeit von den Vermittlungsagenturen und daher ein verstecktes Dienstverhältnis. Die BetreuerInnen stellen inzwischen die größte Gruppe der Gewerbetreibenden in der Wirtschaftskammer. Es braucht aber eine rechtlich gesicherte Unterstützung auf arbeitsrechtlicher Ebene und auf politischer Ebene durch Selbstorganisation.

# ASPEKTE DER PFLEGE

## In der Arbeit von muslimischen Patientinnen und Patienten

Gernot Galib Stanfel | Musiktherapeut und Lehrer an höheren Schulen

**Allgemeine Aspekte** Seit einigen Jahrzehnten, ab dem Beginn der „Wirtschaftswunderjahren“, und weil durch die Opfer des zweiten Weltkrieges und in maßgeblicher Zahl auch des Holocaust die Arbeitskräfte fehlten, wurden zum Zweck der Besetzung der Arbeitsplätze Leute angeworben, die nicht aus Österreich stammten, sondern zuerst aus Italien, Spanien, später aus der nächstmöglichen Nachbarschaft die Reisefreiheit auch im Osten zuließ, nämlich aus Griechenland und vor allem aus der Türkei und Jugoslawien.

Nicht nur, dass diese Menschen, anders als ursprünglich geplant und angenommen, nicht einfach möglichst unauffällig die, von ihnen erwartete Arbeitsleistung erbrachten und wieder „nach Hause gingen“, sie holten auch ihre Familien nach und beheimateten sich in Österreich als neue, vielfältige Teile unserer Gesellschaft. Das brachte durchaus Konflikte mit sich, die genauso ungeplant waren, wie die feste Anwesenheit dieser Menschen.

Umso mehr, als sich unsere Gesellschaft gerade von der feindseligen und tödlich aggressiven Art sich mit als „fremd“ Wahrgenommenem gerade erst in Form von kollektivem Schweigen darüber „erholt“ hatte. Unter den hier beschriebenen Arbeitsmigranten waren sehr viele Muslime, wodurch die muslimische Präsenz in Österreich wieder eine nennenswerte Anzahl

erreichte, obwohl der Islam an sich ja seit 1912 gesetzlich anerkannt ist. Man darf Migrationsbiographie - und was damit an nachhaltigen emotionalen Auswirkungen verbunden ist - nicht unterschätzen. Erfahrungen von Nicht-Akzeptanz, Ablehnung, Betrogen- und Ausgenutzt - Werden, Gefühl von Undankbarkeit, andererseits, auch Freundschaft, Hilfsbereitschaft, gelebter Nachbarschaft haben fast alle der damals so genannten „Gastarbeiter“ und deren Familien gemacht. Durch das Hinzukommen dieser neuen Bevölkerungsteile hat sich nicht nur unsere Gesellschaft verändert und ist vielfältiger geworden, inzwischen hat unsere Gesellschaft den Wandel durchgemacht, der im Lauf von Generationen üblich ist. Dieser Wandel betrifft aber auch die damals nach Österreich gekommenen Menschen, die einerseits eben „fremd“ in unserer Gesellschaft waren, sondern nun auch „fremd“ gegenüber den jüngeren Generationen sind.

Der allerwichtigste Fokus beim Umgang mit dem Migrationsthema im Allgemeinen und auch im Besonderen bei der von Pflege betroffenen Menschen ist die Trennung von Kultur und Religion. Österreichs Werte sind zu wichtigen Teilen vom Kulturchristentum geprägt, was aber oft nicht gelebte Religiosität bedeutet. Ähnliches gilt auch für Angehörige anderer Religionen und auch natürlich der Muslime. So werden auch bei diesen oft die bei der Herkunft bestimmter Gewohnheiten und als Regeln erlebten Selbstverständnisse Religion und Kultur verwechselt.

Seit 2015 ist die Anzahl der ins Land gekommenen Muslime durch die Flüchtlingsbewegung in Folge der Kriege in Syrien, Afghanistan und Irak sowie der Krisen in Afrika wieder stark durch Zuwanderung gestiegen.

Neben der ausführlich geschilderten Gruppe der als ehemalige Arbeitsmigrantinnen zugewanderten und geflüchteten Menschen muslimischen Glaubens, wird nun der Teil der Bevölkerung Österreichs immer grösser, deren Familie schon seit mehreren Generationen in Österreich beheimatet ist oder die überhaupt keine Zuwanderungsgeschichte in der Familie haben sondern zum Islam als Religion gefunden haben.

## Kultur und Religion

Der allerwichtigste Fokus beim Umgang mit dem Migrationsthema im Allgemeinen und auch mit den Menschen, die der Pflege bedürfen im Besonderen, ist die Trennung von Kultur und Religion. Österreichs Werte sind zu wichtigen Teilen vom Kulturchristentum geprägt, was aber oft nicht gelebte Religiosität bedeutet.

Ähnliches gilt auch für Angehörige anderer Religionen und natürlich auch für Muslime. So werden auch von diesen oft – im Zusammenhang mit Gewohnheiten, Regeln und erlebten Selbstverständnissen - Religion und Kultur verwechselt. Das bedeutet, dass es für das Pflegepersonal von nicht unwesentlicher Bedeutung ist, sich ein gewisses Grundwissen über die muslimische Religion, aber auch über die Kultur, die die zu Pflegenden geprägt haben, anzueignen.

## Grundlegende Aspekte Sauberkeit - Kleidung - Berührung

Im Islam sind Sauberkeit und Hygiene wichtige Aspekte. Das betrifft sowohl die rituelle Waschung vor den fünfmaligen täglichen Gebeten bzw. der Aufrechterhaltung dieses „reinen“ Zustandes. Daneben steht die kulturell erlernte und meistens als notwendig empfundene Sauberkeit nach dem Stuhlgang, wobei der After mit Wasser gewaschen wird. Auch die Mundhygiene oder das Freihalten des Wohnbereiches von der Benützung mit Straßenschuhen fallen darunter.

Man kann sagen, dass bei Muslimen oft die Grenze des Schamgefühls des Körpers weiter außen liegt, als es in unserer Gesellschaft oft sonst üblich ist. Dies betrifft die eigene Integrität, aber vor allem den Kontakt mit dem anderen Geschlecht. Religiös praktizierende Frauen zeigen sich Männern nie unbedeckt oder halb bekleidet. Darunter versteht man auch das Nicht-Tragen von ausgeschnittener Kleidung vor Männern. Es kann sein, dass ältere Damen nicht mehr so viel Wert darauf legen, aber das kann auch ein Aspekt von Selbstabwertung sein. Pflegenden sollten unbedingt darauf achten und immer genug Zeit einräumen, damit Frauen, die Wert darauf legen, immer genug Zeit zu haben vor dem Eintreten eines Mannes ihren Kopf zu bedecken bzw. sich, zu bekleiden. Dies alles kann auch von religiös praktizierenden Männern so gelebt werden, sowohl in ihrem Verhalten Frauen gegenüber, als auch im Einhalten einer gewissen Mindestbekleidung bei sich selbst.

Der Umgang mit körperlicher Berührung ist in diesem Zusammenhang sehr wichtig. Manchmal kann Berührung nur vom eigenen Geschlecht erwünscht sein. Das kann auch das Handgeben betreffen. Die Vermeidung der Berührung der Hand eines Anderen ist als Zeichen des Respektes zu verstehen und nicht als Zeichen der Ablehnung oder Abwertung. Für Pflegenden folgt natürlich daraus, gerade in diesen Bereichen, die notwendige Achtsamkeit zu erlernen. Im Falle der medizinischen Notwendigkeit sind diese religiösen Verhaltensregeln außer Kraft gesetzt, aber die Rücksichtnahme darauf - so es im Pflegealltag möglich ist - wird das Wohlbefinden und die Lebensqualität der muslimischen PatientInnen definitiv erhöhen.

## Ernährung

Im Islam gibt es ein paar wichtige Aspekte der Ernährung: Allgemein am Bekanntesten ist das Ablehnen von Alkohol und Schweinefleisch. Das kann sehr strikt ausgelegt werden, z.B. wenn in Speisen Gelatine enthalten ist oder etwas mit Alkohol zubereitet wurde. Das betrifft viel mehr Lebensmittel als man denkt, z.B. viele Süßigkeiten, Fruchtgummi, aber auch Streichkäse oder Cremetorten. Auch viele Fruchtsäfte werden mittels eines Verfahrens mit einem Produkt aus Knochenresten vom Fruchtfleisch befreit, weswegen manchmal nur „naturtrübe“ Säfte getrunken werden.

Nicht so bekannt ist, dass vielen Muslimen es nicht nur wichtig ist kein Schweinefleisch, sondern ausschließlich islamisch „halal“ geschlachtetes Fleisch zu konsumieren.

### Tagesablauf

Es gibt fünf Gebete: vor Sonnenaufgang, zu Mittag, am Nachmittag, zu Sonnenuntergang, in der Nacht. Viele haben Kalender, Uhren, oder auch Apps am Handy. Das Gebet kann an jedem sauberen Ort verrichtet werden, meist wird zwecks Sauberkeit ein Teppich verwendet. Bei eingeschränkter körperlicher Bewegungsmöglichkeit kann das Gebet auch im Sitzen oder Liegen verrichtet werden. Davor wird meistens die schon erwähnte Waschung verrichtet, für die fließendes Wasser, zumindest aus einem Gefäß, benötigt wird. Einen besonderen Tagesablauf gibt es im Ramadan: Gefastet wird von vor dem Frühgebet bis zum Abendgebet. Fasten bedeutet: Vermeidung von Nahrung, auch nicht trinken, und kein Sex. Da das Fasten keinen körperlichen Schaden bei den Fastenden hinterlassen soll, sind kranke oder eingeschränkte Menschen davon ausgenommen. Andere Ausnahmen wären Reisende oder Schwangere. Pflegenden sollten eine Sensibilität gegenüber diesen geänderten Tagesabläufen und Bedürfnissen haben. Denn auch, wenn es die beschriebenen Ausnahmen vom Fasten gibt, so ist dieses doch oft ein starkes Identifikationsmerkmal, und das Nicht-Wahrnehmen kann das Selbstwertgefühl schwächen und vertrauensbehindernd wirken. Kann ein zu Pflegender das Fasten an einem Tag nicht oder nicht ganz wahrnehmen, will es aber am nächsten Tag wieder versuchen, so ist es angeraten, mit Akzeptanz des Wunsches zu reagieren, auch wenn er vielleicht letztendlich nicht ausgeführt werden kann.

### Islamische Feste

Es gibt im Jahreslauf zwei bedeutende islamische Feste, die, je nach Sprache, als „Eid“ oder „Bayram“ bezeichnet werden. Eines, dreitägig, nach dem Ramadan und eines, viertägig, das „Opferfest“. Der Zeitpunkt ändert sich jedes Jahr, da der islamische Kalender ein Mondkalender ist, und so die Tage um 11 Tage nach Vorne wandern. In ihrer soziologischen Bedeutung sind beide durchaus vergleichbar mit den christlich-kulturellen Festen: Weihnachten und Ostern. Die Familie steht beim Feiern im Mittelpunkt: Man besucht sich, und oftmals kommt die ganze Familie beim ältesten Mitglied zusammen. Das kann dann eben auch in einer Pflegeeinrichtung sein. Traditionell besuchen die Männer am Vormittag des ersten Festtages die Moschee. Speziell zum Ramadanfest werden Geschenke und Süßigkeiten in der Familie verteilt. Die jeweilige Wahrnehmung und Gewichtung dieser Festtage ist bei der muslimischen Bevölkerung individuell. Deswegen kann es zwischen keiner Beachtung und strikter Beachtung sehr große Unterschiede geben.

### Wo pflegen?

Traditionell ist der Wille in muslimischen Familien, die Angehörigen zu Hause zu pflegen, sehr groß. Eine religiöse Begründung dafür gibt es nicht. Sozio-kulturell wird es als ein „Versagen“ bzw. als „Abschieben“, „Undankbarkeit“, oder „Assimilierung“ verstanden, wenn dem Wunsch nach Pflege oder Betreuung zu Hause nicht nachgekommen werden kann. Dennoch gibt es durchaus auch die Wahrnehmung der gut ausgebauten Pflege in Österreich, die auch von muslimischen Menschen in Österreich in Anspruch genommen wird. Das Verhalten in Spitälern und Pflegeeinrichtungen ist, vor allem bei älteren Menschen, kulturell vom Herkunftsland der Familie stark geprägt. So gab es in der Türkei bis vor kurzem kein Essen im Spital. Selbstverständlich brachten die Angehörigen jeden Tag selbst Nahrungsmittel zur Patientin. Außerdem wurde vorausgesetzt, dass gewisse Pflegehandlungen überhaupt nur von den Angehörigen ausgeführt werden. So wird verständlich, dass Anverwandte oftmals den ganzen Tag, möglicherweise auch 24 Stunden, anwesend sind.

### RESÜMEE

Menschen mit muslimischem Glauben in ihrer unterschiedlich gelebten Praxis und kultureller Prägung, werden mehr und mehr zu den selbstverständlich und alltäglich vorhandenen Patientinnen in Pflegeeinrichtungen zählen. Wie man erkennen kann, ist die Kompetenz des Pflegepersonals im Bezug auf muslimische Pflege sowohl im religiösen, als auch im kulturellen Bereich ein Lehrinhalt, der in der Pflegeausbildung einen notwendigen und fixen Platz einnehmen sollte. Dazu müssen entsprechende Ressourcen, sowohl materieller, als auch personeller Natur, geschaffen werden. In den einzelnen Pflegeeinrichtungen sollten die Bedürfnisse der muslimischen Patientinnen eine fixe Verankerung in den Pflege- und Betreuungskonzepten haben. Dafür ist sowohl ein entsprechend ausgebildetes Pflege- und Betreuungspersonal vonnöten, als auch die Schaffung von adäquaten räumlichen und sonstigen Ressourcen in der Planung oder Umgestaltung der Einrichtungen. Auch dafür sind entsprechende finanzielle und personelle Mittel zur Verfügung zu stellen.

### Der Besuch von Kranken - ein religiöses Gebot

Der Besuch von Kranken, besonders der eigenen Familie, ist ein religiöses Gebot, das meist sehr ernst genommen und ausgeübt wird. Das kann bedeuten, dass eine größere Anzahl von Besucherinnen regelmäßig zu einer einzelnen Patientin kommen. Diese Praxis steht immer wieder im Gegensatz zu den hierzulande geübten Gepflogenheiten oder diversen Hausregeln. Hier ist es wichtig, dass das Pflegepersonal entsprechend umsichtig und vorplanend mit dem Thema umgeht. (In vielen Ländern ist es leider auch üblich, dass eine entsprechende medizinische Versorgung nur mit Bestechung zu gewährleisten ist, was zu einem unerwarteten Verhalten der Angehörigen führen kann.) Die Religion gebietet positiv zu denken, zu reden und auf Vertrauen zu setzen. „Allah weiß es am Besten“, „Allah ist groß“ kann von Außen als Realitätsverweigerung oder Flucht wahrgenommen werden, kann aber der Patientin und den Angehörigen viel Halt, Trost und Situationskompetenz geben. Suren und Gebete werden oft ausgesprochen, der Koran kann durchaus sichtbar im Raum liegen oder am höchsten Punkt des Raumes (Kasten, Regal) stehen. Diese Aspekte sollten von den Pflegenden als Mindestmaß an spiritueller Begleitung entsprechend wahrgenommen werden.

Infos zur muslimischen Spitalseelsorge:

<http://www.derislam.at/iggo/?c=content&cssid=Spitalseelsorge&navid=280&par=300&par2=253#st>

### Weitere wichtige Themen

Menschen werden eventuell mit fortgeschrittener Demenz nur mehr in ihrer Kindheitssprache sprechen. Das bedeutet für die Pflegenden, dass die Nachfrage nach der Sprachkompetenz der Angehörigen und die Möglichkeit einer eventuellen Übersetzung definitiv von Vorteil ist. Muslime wollen oft nicht Kirchen oder Kapellen für ihre Gebete benutzen. Auch die Teilnahme an christlichen Feiern oder Festen wird oft aus verständlichen Gründen abgelehnt. Die Möglichkeit eigene muslimische Gebetsräume zu schaffen, sollte unbedingt in die Ausgestaltungskonzepte Eingang finden. Auch das Ermöglichen gemeinsamer religiöser Anlässe, wie das Freitagsgebet, oder der Feste sowie den Ramadan als besonders besinnliche Zeit, sollte in den Betreuungskonzepten für muslimische Patientinnen eine Rolle spielen.



# GEWERKSCHAFTLICHE REPRÄSENTANZ

*In der Arbeit mit alten Menschen*

Willibald Steinkellner | stv. Vorsitzender der Gewerkschaft vida

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird sich bis ins Jahr 2050 fast verdoppeln und auf knapp 750.000 in Österreich steigen. Das ist keine ferne Zukunftsmusik, sondern betrifft schon jene, die heute etwa 50 Jahre alt sind. Die Pflege und Betreuung von älteren Menschen ist heute keine Ausnahmerecheinung, sondern stellt eine der größten Herausforderungen in der österreichischen Gesundheitsversorgung dar. Aktuell sind circa 62.000 Menschen bei Pflegeinstitutionen beschäftigt. Davon arbeiten circa ein Viertel im mobilen Bereich, drei Viertel in Pflegeheimen. 2030 wird man laut Wifo-Prognose 76.000 Beschäftigte benötigen, 2050 sogar mehr als 100.000.

## Fachbereiche für ein gutes Leben

Der Fachbereich Soziale Dienste in der Gewerkschaft vida vertritt die ArbeitnehmerInnen in den mobilen Betreuungsberufen, MitarbeiterInnen im Rettungs- und Krankentransport, ArbeitnehmerInnen in Heimen und Internaten und ArbeitnehmerInnen in privaten Haushalten. Im vida-Fachbereich Gesundheit sind sämtliche MitarbeiterInnen von Privatkrankenanstalten und konfessionellen Einrichtungen Österreichs organisiert, aber auch die Beschäftigten der Sozialversicherung, die MitarbeiterInnen der Bäder und Kuranstalten sowie ArbeiterInnen in Sauna-, Solarien- und Bäderbetrieben, HeilmasseurInnen und die medizinischen

## Fachbereiche für ein gutes Leben

Der Fachbereich Soziale Dienste in der Gewerkschaft vida vertritt die ArbeitnehmerInnen in den mobilen Betreuungsberufen, MitarbeiterInnen im Rettungs- und Krankentransport, ArbeitnehmerInnen in Heimen und Internaten und ArbeitnehmerInnen in privaten Haushalten. Im vida-Fachbereich Gesundheit sind sämtliche MitarbeiterInnen von Privatkrankenanstalten und konfessionellen Einrichtungen Österreichs organisiert, aber auch die Beschäftigten der Sozialversicherung, die MitarbeiterInnen der Bäder und Kuranstalten sowie ArbeiterInnen in Sauna-, Solarien- und Bäderbetrieben, HeilmasseurInnen und die medizinischen MasseurInnen. Diese Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen eint ein gemeinsames Betätigungsfeld – nämlich das Wohlergehen von Menschen. vida verhandelt 17 Kollektivverträge für den Fachbereich Gesundheit und 10 für den Bereich Soziale Dienste. Damit werden die Mindestlöhne für diese Berufe, aber auch die Höhe des Weihnachts- und des Urlaubsgeldes, sowie Arbeitszeit und

Überstunden geregelt. In Österreich gelten die Kollektivverträge für mehr als 95% der ArbeitnehmerInnen.

## Stärke durch viele Mitglieder

Unser zentrales Anliegen in einem kostenorientierten Dienstleistungsbereich ist die stetige Weiterentwicklung der Arbeits- und Lebensbedingungen unserer Mitglieder. Faire Arbeitsbedingungen und gerechte Löhne sind unabdingbare Voraussetzungen für ein Mehr an Lebensqualität. Die aktuelle politische Richtung ist auch eine Herausforderung für die Gewerkschaft vida. Wirtschaft und Profit stehen über allem, der Mensch wird zurückgedrängt. Um dagegen anzukämpfen, brauchen wir die Unterstützung unserer Mitglieder. Nur wenn sich viele Menschen unserer Bewegung anschließen, können wir uns auch in Zukunft für bessere Löhne und Arbeitsbedingungen erfolgreich einsetzen. Ein Einsatz, der immer wichtiger wird.

## Personaldecke erhöhen

Es ist kein Geheimnis, dass die Belastungen für Pflegekräfte in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der mobilen Pflege ständig steigen. Vor den Leistungen der Menschen in der mobilen Pflege und den Betreuungsdiensten kann man nur den Hut ziehen. Die Situation in vielen heimischen Einrichtungen ist dennoch absurd: Während das Patientenaufkommen stark ansteigt, bleibt der Personalstand weitgehend gleich oder sinkt sogar. Das derzeitige Pflege- und Betreuungspersonal wird es nicht mehr schaffen, diese Entwicklung zu kompensieren. Es ist höchste Zeit, die Situation der Betroffenen deutlich zu verbessern. Abhilfe schaffen kann nur

eine bundesweit einheitliche Personalbedarfsberechnung, die keine Schummeleien zulässt. Der Ruf nach mehr Personal verhallt ungehört. Dadurch sinkt nicht nur die Qualität der Pflege, sondern die ständige Mehrbelastung wirkt sich negativ auf die MitarbeiterInnen und deren Gesundheit aus. Viele brennen regelrecht aus. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass 30 Prozent aller Pflegebeschäftigten Burn-out gefährdet sind. Letztlich wird dadurch auch die Leistungsfähigkeit unseres Pflegesystems erheblich geschwächt.

## Unterstützung für 24-Stunden-BetreuerInnen

Im Jahr 2007 wurde die 24-Stunden-Betreuung legalisiert. Vielen Menschen, die sich das finanziell leisten können und die zu Hause ausreichend Platz für die Unterbringung von BetreuerInnen haben, wurde damit ermöglicht, in ihrer gewohnten Umgebung weiterzuleben, auch wenn Angehörige nicht in der Lage sind, sich ausreichend um sie zu kümmern.

Die meisten BetreuerInnen arbeiten mit Vermittlungsagenturen zusammen, sind aber so gut wie immer selbstständig. Gerade diesen hart arbeitenden Menschen fehlen oft Schutz und Unterstützung. Ihre Arbeitswelt ist geprägt von wenig Einkommen, überlangen Arbeitszeiten und mangelnder sozialer Absicherung sowie rechtlicher Unterstützung. Wir von der Gewerkschaft vida haben ein neues Angebot für diese Menschen: vidaflex. Wir haben mit vidaflex die europaweit erste gewerkschaftliche Initiative für Ein-Personen-Unternehmen gegründet. Ziel ist es, Selbstständigen den besten solidarischen Schutz und Unterstützung in der Arbeitswelt zu liefern.

## Starker Schutzschild

Gerade eine starke Vertretung wird für Ein-Personen-Unternehmen immer wichtiger. Sonst besteht die Gefahr, dass sich auch bei uns das Tor zur Ausbeutung öffnet, das wir im Gegensatz zu anderen Teilen dieser Welt durch starke Gewerkschaften zum Glück geschlossen haben. Wir wissen, dass Gruppen ohne gewerkschaftliche Vertretung unterdurchschnittliche Einkommenserhöhungen haben. Hier wollen wir mit vidaflex entgegenwirken.

Die Arbeit in der Pflege und Betreuung ist anstrengend und psychisch belastend. Aber sie ist auch ungemein wichtig. Pflege und Betreuung brauchen Respekt. Nur so funktioniert gute, sorgfältige und liebevolle Versorgung. Und mit vidaflex im Hintergrund können sich die BetreuerInnen genau darauf konzentrieren.

Die von der Politik derzeit hingenommene bestehende soziale Kälte in der 24-Stunden-Betreuung durch Lohndumping, rechtliche und qualitative Unsicherheiten für BetreuerInnen und Betreuungsbedürftige, mangelnde öffentliche Förderung und unseriöse Praktiken von Vermittlungsagenturen muss ein Ende haben.

## Regierung bleibt Lösungen schuldig

Wenig Grund zum Jubeln bietet auch die jüngst angekündigte Pflegereform der Regierung. Sie ist wieder nur eine Ansammlung von Überschriften. Das Papier der Bundesregierung bleibt Antworten auf die großen Fragen der Pflege wie die Finanzierung oder den Personalmangel schuldig. Die Regierung setzt keine neuen Akzente. Im Fokus steht die Förderung der Pflege zu Hause durch Angehörige und ehrenamtlich Tätige. Bestehende Aktivitäten der Pflegevorsorge sollen weitergeführt werden, große Fragen der Systemgestaltung werden vertagt. Die Arbeit der qualifizierten, motivierten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung ist immens wichtig, aber wenig wertgeschätzt. Gerade weil wir wissen, dass in den kommenden Jahren der Bedarf an mobiler Pflege und Betreuungsdiensten in Österreich weiter steigen wird, ist es umso wichtiger, diese Branchen zu stärken und weiter aufzuwerten. Darauf wird sich die Gewerkschaft vida fokussieren.

## Wertschätzung in den Vordergrund rücken

Nur mit ausreichendem Personal kommen wir weg von einer Industrialisierung und hin zu einer noch persönlicheren Komponente. Es darf nicht sein, dass wir Pflege und Betreuung nur mehr in Tätigkeiten messen, für die wiederum nur eine bestimmte Minutenanzahl zur Verfügung steht. Die KlientInnen haben ein Recht auf Menschlichkeit. Soziale Zuwendung und individuelle Betreuung müssen möglich sein. Der zwischenmenschliche Aspekt muss wieder stärker als Arbeitsbestandteil anerkannt werden. Es ist höchste Zeit, die Situation der Betroffenen deutlich zu verbessern. Die Politik ist gefordert, wichtige Weichenstellungen vorzunehmen.

## Es gibt viel Nachholbedarf in Sachen Wertschätzung!

### RESÜMEE

Während das Patientinnenaufkommen stark ansteigt, bleibt der Personalstand weitgehend gleich oder sinkt. Das ist mit der gegenwärtigen Anzahl des Personals nicht mehr kompensierbar. Abhilfe schafft nur eine bundesweit einheitliche Personalbedarfsberechnung. Die Gewerkschaft Vida hat mit vidaflex ein neues Angebot für Ein-Personen-Unternehmen, das das erste europaweit darstellt, erarbeitet. Die Regierung setzt keine neuen Akzente, große Fragen der Systemgestaltung werden vertagt. Soziale Zuwendung und individuelle Betreuung müssen stärker als Arbeitsbestandteil anerkannt und nicht in Minutenzahlen gemessen werden.



# ALTERSARMUT IN ÖSTERREICH

Konsequenzen für die Pflegeversorgung

Herbert Fuxbauer | Bundessekretär des ZVPÖ

Im Jahr 1978 wies die damalige Bundesregierung auf den wesentlichen Zusammenhang von **Armut und Pflegebedarf** hin. Es soll in Österreich Pflege und Betreuung für alle zur Verfügung stehen und solidarisch finanziert werden. Pflegebedürftigkeit darf nicht zum individuellen Risiko werden, vielmehr müssen die Kosten für Pflege und Betreuung für alle leistbar sein. Dies trifft nicht nur auf die Pflege von unversorgten Schwerbehinderten zu, sondern auch auf die Versorgung von Personen, die aufgrund ihres Alters pflegebedürftig sind. Erst am 1. Juli 1993 wurde die Pflegevorsorge Gesetz.

## Armut macht krank

Studien belegen, dass arme Menschen häufiger krank sind als Personen mit ausreichenden finanziellen Ressourcen. Oft sind Krankheit und Pflegebedürftigkeit aufgrund von hohem Alter in vielen Fällen mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden, die sich von Armut betroffene oder gefährdete Menschen nicht ohne Unterstützung leisten können. Einkommensschwache Personen sind gesundheitlich stärker vorbelastet und haben daher einen höheren Pflegebedarf. Menschen mit geringem sozialen Status haben im Alter mehr Jahre an Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit zu erwarten als Menschen mit höherem sozialen Status. So besteht nicht nur ein wahrscheinlicher Mangel an Betreuungs- und Pflegeleistungen, sondern auch die Gefahr, noch weiter in die Armut abzustiegen. Laut Daten der Statistik Austria waren im Jahr 2017 knapp über 14% der Bevölkerung armutsgefährdet. Als armutsgefährdet gilt, wessen Jahreseinkommen unter EUR 14.861 netto liegt. Dazu kommen Ausstattungsarmut (die Ausstattung eines Haushaltes mit langlebigen Konsumgütern unterschreitet einen gesellschaftlichen Durchschnittswert) und Teilhabearmut (die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist nur bedingt möglich).

## Barrieren des Pflegegeldes

Seit 2007 erhalten pflegebedürftige Personen ab der Pflegestufe 3, bei Demenz auch in den Stufen 1 und 2, eine Förderung bei der Beschäftigung eines/einer Hausbetreuers/Hausbetreuerin. Die Förderung kann monatlich bis zu EUR 1.100,- bei unselbständigen Arbeitsverhältnissen oder bis zu EUR 550,- bei Werkverträgen von selbständigen Betreuungskräften betragen und soll die Sozialversicherungskosten der BetreuerInnen abdecken. Bei der Antragstellung wird das Einkommen der pflegebedürftigen Person berücksichtigt. Die Einkommensgrenze beträgt EUR 2.500 netto monatlich, wobei Leistungen wie Pflegegeld, Sonderzahlungen, Familienbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld und Wohnbeihilfen unberücksichtigt bleiben. Die Förderung wird unabhängig vom Vermögen der pflegebedürftigen Person gewährt. Alle diese Regelungen sind aber nicht frei von Barrieren. Es wird das Pflegegeld nur gewährt, wenn ein Antrag gestellt wird und erst ab dem Tag der Antragstellung. Wer auf den Antrag vergisst, damit nicht zurechtkommt oder gar nicht über die Möglichkeit eines Antrages informiert ist, erhält diese Leistung nicht. Auch der Zuschuss bei legaler Beschäftigung von Hausbetreuung wird nur auf Antrag gewährt.

## Kaufkraftverlust des Pflegegeldes

Allerdings ist es nicht gelungen, die Kaufkraft des Pflegegeldes über die Jahre seit 1993 zumindest zu erhalten. Zwischen 1996 und 2008 wurde das Pflegegeld nur einmal an die Teuerung angepasst. In Folge dessen sinkt die Kaufkraft des Pflegegeldes. Laut den in der Österreichischen Zeitschrift für Pfleregerecht (ÖZPR/Manz-Verlag) veröffentlichten Berechnungen des Experten und Richters am Landesgericht Wels betrug etwa der Inflationsverlust des Pflegegeldes in der Stufe 4 26%. Um diesen Verlust auszugleichen, müsste die Geldleistung in dieser Stufe um rund 35% abgehoben werden. Weiters stellt das Pflegegeld keinen Kostenersatz, sondern lediglich einen Zuschuss zu pflegebedingten Mehrkosten dar. Können Pflegeleistungen trotz Zuschuss durch das Pflegegeld nicht abgedeckt werden und reichen auch private Mittel für deren Finanzierung nicht aus, so müssen Betroffene um Sozialhilfe ansuchen. Trotz der Unterstützung durch das Pflegegeld, das unabhängig vom Einkommen gewährt wird, ist Pflegebedürftigkeit nicht vollständig solidarisch abgesichert, sondern stellt zu einem großen Teil immer noch ein individuelles Risiko dar. Pflegebedürftige Menschen, vor allem langzeitpflegebedürftige Personen, sind daher verstärkt von Armut bedroht.

## Pflegegeld-EmpfängerInnen

Die meisten Pflegegeld-EmpfängerInnen beziehen Geld der ersten und zweiten Pflegegeldstufe. 2017 erhielten etwa EUR 121.100 Personen Pflegegeld der Stufe 1, EUR 104.200 bezogen Pflegegeld der Stufe 2. Somit machen diese beiden Kategorien rund die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen aus. Diese Zahlen weisen eindeutig darauf hin, dass der Pflegebedarf und der Bedarf an finanzieller Unterstützung wachsen. Die überwiegende Zahl der mittlerweile rund EUR 452.000 PflegegeldbezieherInnen hat nur ein geringes Einkommen zur Verfügung. Zahlen des BMASK und der Statistik Austria zeigen, dass das Pflegegeld vor allem bei Menschen der unteren Einkommensschichten zur Existenzfrage wird.

Δ Mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen mit Pensionsbezug erhalten eine Pension, die bei, bzw. unter dem Richtsatz für die Ausgleichszulage (EUR 909,40) liegt.

Δ weniger als 1 Prozent der PflegegeldbezieherInnen empfangen Pensionen über der Höchstbemessungsgrundlage von EUR 4.252,67 pro Monat.

## Armutsgefährdung durch Pflegebedürftigkeit

In diesem Zusammenhang ist die besondere Armutsgefährdung von Frauen zu nennen, die 64% der PflegegeldbezieherInnen ausmachen. Sie verfügen – vor allem im Alter – über deutlich niedrigere Pensionen als gleichaltrige Männer (siehe stat. Handbuch d. österr. Soz. Vers. 2018). Rund die Hälfte der Anspruchsberechtigten sind älter als 81 Jahre, wobei davon 3/4 weiblich sind; die meisten männlichen Anspruchsberechtigten sind zwischen 61 und 80 Jahre alt.

Das erhöhte Armutsrisiko erstreckt sich nicht nur auf die jeweilige pflegebedürftige Person, sondern kann ein ganzes Familiensystem betreffen, vor allem, wenn Angehörige die Pflege und Betreuung übernehmen. Die fehlenden Versicherungsjahre der pflegenden Angehörigen beeinflussen in Folge deren Pensionsbezüge negativ, was im weiteren Verlauf das Risiko der Altersarmut erhöht.

Vor allem Frauen, die etwa 80% der Pflege und Betreuung in Privathaushalten übernehmen, sind davon betroffen, da Männer meist erst nach ihrer Pensionierung für Pflegetätigkeiten zur Verfügung stehen. Oft sind sich die BetreuerInnen vor Übernahme der Pflegetätigkeit nicht bewusst, wie wichtig eine eigenständige finanzielle und sozialrechtliche Absicherung ist, und fühlen sich durch die Mitversicherung beim Partner/bei der Partnerin ausreichend versorgt oder sind über die Möglichkeit der beitragsfreien Selbstversicherung nicht informiert.

## RESÜMEE

Fallen Altersarmut und Pflegebedürftigkeit zusammen, sind davon betroffene Menschen nicht mehr in der Lage, die Einschränkungen zu kompensieren. Daher erfordert es einerseits einen Rechtsanspruch auf Pflegeleistungen, zusammen mit der vollständigen Abdeckung der Kosten für Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Und andererseits die dauerhafte Beseitigung von Altersarmut und allen Risiken die dazu führen. Es muss zur Aufgabe der Bundesregierung werden, Sofortmaßnahmen zur Bekämpfung von Altersarmut im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit zu ergreifen. Denn nur eine Politik, die dies auf allen Ebenen und für alle SeniorInnen ermöglicht, verdient den Namen „sozial“.

Betrachtet man die Situation in Altenwohn- und Pflegeheimen, zeigt sich nicht nur die finanzielle Belastung für viele BewohnerInnen, sondern bedeutet diese für die Betroffenen auch ein Stück weit Entmündigung, da ihnen außer einem geringen Taschengeld und einem sehr kleinen Teil des Ersparnen, das für Begräbniskosten zurückbehalten werden darf, kein Geld für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung steht.

Weiters regelt die Pflegevorsorge fast ausschließlich Pflege, die ebenso notwendige pflegeergänzende Betreuung aber weniger bis gar nicht. Die Hausbetreuung ist daher, trotz Legalisierung und Förderung, nur für eine Minderheit erschwinglich. Besonders ausgegrenzte Personen, wie zum Beispiel Wohnungslose, werden von der Pflegevorsorge nur unzureichend erfasst, AsylwerberInnen fast gar nicht.

Die Pflegevorsorge deckt also nur einen Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen, löst aber das Problem der materiellen Grundsicherung nicht.

## Verbesserung des Systems

Um die positive Wirkung des österreichischen Pflegegeldes zu erhalten, ist eine jährliche Valorisierung erforderlich. Weiters muss erkannt werden, dass nicht nur der Pflegebedarf an sich gedeckt werden will, sondern auch pflegeergänzende Betreuung Aufwände verursacht, die für einkommensschwache Personen nur schwer zu leisten sind. Eine wesentliche Forderung ist auch der Ausbau von finanziell erschwinglichen Dienstleistungen.

Zur Gestaltungsfreiheit des/der Einzelnen müssen ein vielfältiges Betreuungsangebot und Leistungen zur Verfügung stehen. Nur so können Eigenständigkeit und Würde älterer Menschen bewahrt und pflegende Angehörige vor der Armutsfalle geschützt werden.

Für pflegebedürftige Personen in besonderen Lebenslagen sind spezifische Versorgungsangebote erforderlich. Damit aber bestehende und hoffentlich entstehende Angebote zielgerecht genutzt werden können, bedarf es ausreichender Information – sowohl bei den Betroffenen selbst als auch bei deren Angehörigen. Dazu müssen einerseits ausreichend Beratungsstellen vorhanden sein und andererseits die MitarbeiterInnen dieser Stellen umfassend sensibilisiert sein.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016  
Butterwege, Christoph; Bosbach, Gerd; Birkwald, Matthias: Armut in Alter – Probleme und Perspektiven sozialer Sicherung (2012 Campus Verlag)  
Fenninger, Erich: Armut und Pflege – Fakten Zusammenhänge Forderungen (2010, Volkshilfe.at) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:  
Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018  
Heitzmann, Karin; Schenk, Martin: Soziale Ungleichheit und Armut: Alter(n) und Pflegebedürftigkeit. In: Handbuch Armut in Österreich (2014, StudienVerlag)  
Rechnungshof Österreich: Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien 2018  
Statistik Austria: TABELLENBAND EU-SILC 2017 - Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.

Denn Armut ist nichts, was man gerne zugibt – im Gegenteil, oft bemühen sich von Armut bedrohte oder betroffene Menschen, diesen Umstand zu verbergen. Zu einem erfüllten, selbstbestimmten Leben bedarf es jedoch nicht nur einer guten pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung, sondern auch die Möglichkeit zur Integration und Teilhabe am sozialen Leben.

**„Wenn ich kein Geld für Kohlen habe, was hilft mir der Mensch, der sie mir aus dem Keller trägt?“**

*(Erich Fenninger – Volkshilfe)*



# ZUR FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH

Mag. Michael Graber | Bundesobmann des ZVPO

**Die Pflege ist selbst ein Pflegefall, eine offene Wunde im österreichischen System der sozialen Sicherheit. Derzeit erhalten 461.000 Personen Pflegegeld der Stufen 1 bis 7. Dieses wird aus Budgetmitteln des Bundes bereitgestellt und beträgt derzeit etwa 2,5 Mrd. Euro.**

Trotz fünfmaliger Erhöhung des Pflegegeldes seit seiner Einführung 1993 hat sich der Wert des Pflegegeldes seither drastisch verringert. Bis 2015 bildeten die Bezieherinnen der Pflegestufe 2 mit 34% die relativ größte Gruppe. Diese bezogen zu Beginn 250.- Euro Pflegegeld und beziehen seit 2016 bis heute 290.- Euro. Das ist zwar ein Zuwachs von 14%, aber gemessen an der offiziellen Inflation ( laut VPI) von 58% im gleichen Zeitraum ein dramatischer Verlust. Um mit dem Verlust an Kaufkraft mitzuhalten müsste das Pflegegeld der Stufe 2 heute knapp 400.- Euro betragen. Ähnlich ist die Situation bei den anderen Pflegestufen. Während es 2012 eine Erleichterung für den Bezug der Pflegestufe 4 gab, was etwa 13.000 Pflegebedürftigen zugutekam, wurde der Zugang zur Pflegestufe 2 für 30.000 Personen verschlechtert. Statt mehr Geld in die Hand zu nehmen, wurde zwischen den Pflegestufen umgeschichtet. Die von der Regierung angekündigte Erhöhung des Pflegegeldes ab Stufe 4 um 1% ab 2020 kann vor diesem Hintergrund nur als völlig unzureichend bezeichnet werden.

Die Bruttokosten der stationären Pflege und Betreuungsdienste der Länder und Gemeinden (in den Heimen und ohne mobile Pflegedienste) betragen laut Berechnungen im Auftrag des Fiskalrats 2015 mehr als 2,6 Mrd. Euro. Davon ist eine Mrd. Euro abzuziehen, die von den betreuten Personen und anderen Einnahmen finanziert wird. Dies hat sich mit dem Wegfall des Pflegeregresses etwas geändert. Die öffentliche Hand – Bund, Länder und Gemeinden - finanzieren somit über 4 Mrd. Euro für die Pflege in Österreich. Das sind etwa 1,3% des österreichischen BIP. Je nach statistischem Konzept und Art der Erfassung ergeben sich auch wesentlich höhere Beträge. Die verschiedenen Finanzströme zwischen Bund und Ländern, in deren Kompetenz die Erbringung öffentlicher Pflegedienstleistungen fällt, steht zwar im Mittelpunkt der politischen Diskussion (siehe Kostenersatz für die Abschaffung des Pflegeregresses) ist aber für die betroffenen Menschen weniger als zweitrangig.

Vor dem Hintergrund der demographischen Prognosen für die Entwicklung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten gewinnt die weitere Finanzierung der zu erwartenden zunehmenden und notwendigen Pflegeleistungen erstrangige Bedeutung. Es charakterisiert eine Gesellschaft, wie sie mit pflegebedürftigen Menschen, ebenso wie mit Behinderten umgeht. Die Regierung hat eine Punktation für eine Pflegereform vorgelegt, die vieles über Imagepflege für die Betreuungspersonen enthält, sich aber über die Art und Weise einer nachhaltigen Finanzierung ausschweigt. Darüber sollen im Auftrag der Regierung Studien über die verschiedenen Modelle in Europa angestellt werden, als ob nicht genügend Vorschläge und Studien in Österreich, selbst regierungsnah, am Tisch lägen.

## Der „Kostendämpfungspfad“ im Gesundheitswesen muss weg

Einer nachhaltigen Finanzierung der Pflege steht aber zunächst der sogenannte „Kostendämpfungspfad“ für alle Gesundheitsausgaben entgegen, den schon die SPÖ/ÖVP-Regierung beschlossen hat. Dieser sieht vor, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht stärker als 3,2% pro Jahr im Zeitraum 2017 bis 2021 steigen dürfen. Dieser Wert leitet sich vom zu erwartenden, geschätzten durchschnittlichen nominellen Wachstum des BIP in diesem Zeitraum ab. Mit anderen Worten: die Gesundheitsausgaben dürfen nicht stärker steigen als das Wirtschaftswachstum. Das betrifft natürlich auch die Ausgaben für die Pflege. Das ergibt eine Begrenzung der gesamten Bruttoausgaben für die Pflegeleistungen der Länder und Gemeinden von 3,6 Mrd. (2016) auf maximal 4,5 Mrd. Euro bis 2021.

Die zu erwartende Zunahme der notwendigen Pflegekosten für diesen Zeitraum wird nach Berechnungen im Auftrag des Fiskalrats je nach Prognosevariante von mit bis zu 5,2 Mrd. Euro angegeben, d.h. es fehlen bis zu etwa 700 Mill. Euro zur

Abdeckung der zu erwartenden Pflegekosten der Länder und Gemeinden in den nächsten drei Jahren. Erfolgt hier keine Wende zugunsten der Gesundheit und der Pflege, ist mit weiteren Einsparungen, Reduzierung der öffentlichen Leistungen und deren Verlagerung durch steigende Selbstbehalte, Spitals- oder Rezeptgebühren oder Wiedereinführung von Ambulanzgebühren zu Lasten der betroffenen Menschen und deren Familien zu rechnen.

Bis zum Jahr 2030 rechnen die genannten Prognosen mit einem jährlichen Wachstum zwischen 4,4 und 6,2 Prozent für die gesamten staatlichen Pflegekosten, was deutlich über dem sogenannten „Kostendämpfungspfad“ von 3,2% liegt. Am stärksten wachsen dabei die Pflegedienstleistungen (die die Länder und Gemeinden zu erbringen haben) mit 5,8 bis 7,8 Prozent und die Kosten der geförderten 24-Stunden-Pflege mit 4,2 bis 7,0 Prozent jährlich. Vor diesem Hintergrund ist ersichtlich, dass bezüglich der Finanzierungsbasis zur Abdeckung der Pflegekosten in den nächsten Jahren und im nächsten Jahrzehnt Feuer am Dach ist. Als erstes ist auf jeden Fall der sogenannte „Kostendämpfungspfad“ zu liquidieren, auch wenn das dem sogenannten Fiskalpakt im Rahmen der EU, dem alle Parlamentsparteien zugestimmt haben, widersprechen sollte. Es ist mehr als zynisch, es ist menschenverachtend, die Gesundheitsaufwendungen im Allgemeinen und die für die Pflege im Besonderen einer, gemessen an der Gesamtbevölkerung, absolut und relativ wachsenden Bevölkerungsgruppe an eine statistische Größe wie das BIP zu binden.

## Pflegeversicherung?

Im Prinzip stehen zwei Modelle zur Abdeckung des zusätzlichen Aufwandes zur Verfügung: eine obligatorische Pflegeversicherung nach dem Modell der Krankenversicherung oder die Finanzierung aus Budgetmitteln. Beim Versicherungsmodell gibt es ebenfalls zwei Varianten: Die Pflichtversicherung im Rahmen der Sozialversicherung oder die Versicherungspflicht. Letztere ermöglicht privaten Versicherungskonzernen, einen Teil des zusätzlichen Prämienvolumens an sich zu ziehen.

In der BRD gibt es seit 1995 eine obligatorische Pflegeversicherung für alle, die in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind, mit einem Beitragssatz von 3,05% ab 2019, der je zur Hälfte von den Krankenversicherten und den Arbeitgebern aufgebracht wird. Kinderlose Versicherte zahlen 3,3%, wobei der Zuschlag von 0,25% allein vom Versicherten zu zahlen ist. PensionistInnen müssen den gesamten Pflegeversicherungsbeitrag alleine aufbringen, werden also am stärksten belastet, was dem Grundsatz einer solidarischen Versicherung krass widerspricht. Der Beitragssatz wurde seit Bestehen der Pflegeversicherung von 1% im Jahr 1995 auf nun über 3% erhöht. Ein abschreckendes Beispiel.

Die letzte Beitragserhöhung von 0,5% ab 2019 erfolgte mit der Begründung, dass die Pflegeversicherung ein Defizit von 3,1 Mrd. Euro aufweise. Gleichzeitig weisen die Budgets des Bundes, der Länder und Gemeinden, selbst die Sozialkassen der BRD einen Überschuss für 2017 zusammen von über 36 Mrd. Euro auf! Für Österreich würde eine Pflegeversicherung dieses Zuschnitts für einen mittleren beitragspflichtigen Verdienst (Arbeiter und Angestellte zusammen gerechnet) von 2.569.- Euro (2017) eine zusätzliche Belastung von etwa 470.- Euro pro Jahr bedeuten, falls die andere Hälfte die Dienstgeber zahlen, was bei der derzeitigen Regierung durchaus nicht unbedingt zu erwarten ist.

Legt man das bisherige Aufteilungsverhältnis in der Krankenversicherung zwischen ArbeitnehmerInnen und DienstgeberInnen zugrunde, steigt der Versicherungsbeitrag auf 500.-Euro. Eine Pflegeversicherung zusätzlich zur bisherigen Krankenversicherung ist also nur akzeptabel, wenn sie aus zusätzlichen Dienstgeberabgaben und/oder aus einer wertschöpfungsbezogenen basierten Dienstgeberabgabe zur Krankenversicherung finanziert wird. Da die Regierung gleich im ersten Jahr ihres Bestehens die Unternehmen mit 500 Millionen Euro durch die



Senkung der Dienstgeberbeiträge zur Allgemeinen Unfallversicherung „entlastet“ hat, ist eine solche Variante äußerst unwahrscheinlich. Das Argument, dass mit der Finanzierung der Pflege im Rahmen der Sozialversicherung diese der Budgetwillkür der Regierung entzogen sei, wurde schon bisher durch die Praxis unterlaufen: einerseits wurde der gesetzliche „Kostendämpfungspfad“ auch der Krankenversicherung aufgezwungen, andererseits die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung durch die Installierung eines Übergewichts der Kapital- und Regierungsvertreter faktisch ausgeschaltet und der Krankenversicherung ein Investitionsverbot auferlegt. Unklar ist auch, ob das bisherige Pflegegeld durch eine Pflegeversicherung finanziert werden soll oder auch die Beiträge des Bundes und der Länder zum Pflegefonds oder nur die zusätzlich zu erwartenden Aufwendungen. Sollten alle diese Aufwendungen durch eine Pflegeversicherung finanziert werden, reichen die genannten 500.- je Arbeitnehmerinnen und Dienstgeberinnen sicher nicht aus. Unklar ist auch, ob und wie Pensionistinnen in eine solche Pflegeversicherung einbezogen sein würden.

### Kurzfristige und nachhaltige Finanzierung ist möglich

Die meisten Expertinnen, einschließlich des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) plädieren für eine nachhaltige Finanzierung der Pflege auf Basis des aus Steuermittel finanzierten Budgets. Dafür spricht auch, dass es schon jetzt bewährte Finanzierungsinstrumente wie das Pflegegeld gibt, die ausgebaut werden können. Die SPÖ – in Opposition – fordert eine zusätzliche Pflegemilliarde pro Jahr, allerdings ohne anzugeben, wie diese finanziert werden soll. Frühere Vorschläge, wie etwa eine Finanzierung aus zweckgebundener Vermögens- und/oder Erbschaftsteuer, wurden fallen gelassen. Natürlich wäre eine solche zusätzliche Milliarde sofort finanzierbar, würde beispielsweise auf die zusätzliche Bundesheermilliarde, auf die nun auch der Bundespräsident besteht, verzichtet. Oder es würde die geplante Senkung der Körperschaftsteuer (die Einkommensteuer der Konzerne) im Rahmen der geplanten Steuerreform von über eine Mrd. Euro fallen gelassen.

Es ist aber fraglich, ob eine nachhaltige Finanzierung mit einer Milliarde auskommen kann. Denn die meisten Kostenschätzungen gehen vom derzeitigen Gehaltsniveau im Pflegebereich aus. Es fehlen aber bereits heute tausende Pflegekräfte, und der Fehlbedarf wird sich in den nächsten Jahren auf über 40.000 fehlende Personen summieren. Ohne grundlegende Änderung der Einkommens- und Arbeitsbedingungen, d.h. auch ohne zusätzliche Gehalts- und Personalaufwendungen, ist hier aber keine Wende möglich. Reine Imagekampagnen für den Pflegeberuf sind Augenauswischerei.

Eine Zweckwidmung für die nachhaltige Finanzierung der Pflege auf eine einzuführende Vermögens- und Erbschaftssteuer bleibt auf der Tagesordnung. Eine Zweckwidmung gibt es schon jetzt, allerdings bei der Umsatzsteuer. Der Beitrag des Bundes zum

Pflegefonds, der einen Beitrag zur Sicherung der Langzeitpflege durch die Länder leistet, wird vom Ertrag der Umsatzsteuer von vornhinein abgezogen, bevor diese im Rahmen des Finanzausgleichs auf die Gebietskörperschaften aufgeteilt wird. Ziel muss es allerdings sein, die Finanzierung der Pflege aus dem Gerangel um den Finanzausgleich zwischen dem Bund, den Ländern und Gemeinden herauszunehmen und herauszuhalten. Möglich wäre auch eine Zweckwidmung der Erträge höherer Besteuerung privater Krankenversicherungen und der Einnahmen aus der Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung.

Wenn die Pflege zu Hause eine Zukunft haben soll, was dem Wunsch vieler alter Menschen entspricht, dann nur, wenn einerseits das Pflegegeld wesentlich erhöht und entsprechend valorisiert wird und der Zuschuss zur 24-Stunden-Betreuung zumindest verdoppelt oder eine Ausfallhaftung durch die öffentliche Hand übernommen wird. Denn sonst bleibt die Pflege zu Hause, insbesondere die 24-Stunden-Betreuung, ein Privileg vermögender Menschen. Viele können sich die Pflege zu Hause nicht leisten. Der Ausbau der institutionellen Pflege in diesem Bereich ist auch ein wichtiger Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger. Denn es steht zu befürchten, dass die Regierung die Weichen noch mehr in Richtung auf pflegende Angehörige, d.h. überwiegend zu Lasten der Frauen, stellt. Dafür spricht, dass in den Plänen der Regierung der Schwerpunkt auf „entlastende“ Maßnahmen für pflegende Angehörige gelegt wird, was nur die zusätzliche Belastung verschleiern und die öffentliche Hand aus der Verantwortung nimmt. Solange auf diesem Gebiet finanziell und institutionell nichts Grundlegendes geschieht, bleiben alle anderen Maßnahmen Kosmetik und die Pflege alter Menschen eine der offenen Wunden des Sozialstaates.

Die Frage der Finanzierung der Pflege rührt also an Grundfragen unserer Gesellschaft: Mehr für die Pflege oder mehr fürs Militär; mehr für die Erhöhung der Profite oder Umverteilung von oben nach unten für die Sicherheit pflegebedürftiger Menschen; Politik für die Reichsten oder eine sozial vorsorgende Politik, die der Pflege bedürftiger und hilfloser alter Menschen Vorrang einräumt; Fortsetzung der bisherigen Politik, oder energische Maßnahmen, die die Pflege zu Hause von den alleinigen Schultern der Frauen nimmt.

### RESÜMEE

Eine nachhaltige, sozial verträgliche Finanzierung der Pflege muss über das Budget erfolgen. Zusätzliche Finanzierungsquellen sind zweckgebundene Vermögen- und Erbschaftsteuern u.a. Eine Bindung der Aufwendungen nicht an die Erfordernisse der Pflege, sondern an das Wirtschaftswachstum ist strikt abzulehnen. Eine Pflegeversicherung nach dem Vorbild der BRD scheidet nach Meinung des ZVPÖ aus.

# ZVPÖ



SEIT 95 JAHREN  
FÜR DICH AKTIV

Impressum: Der ZVPÖ ist eine Interessensvertretung aller Pensionistinnen und Pensionisten, Rentnerinnen und Rentner sowie Befürsorgten. Er ist ein überparteilicher Verband und lässt sich ausschließlich von den Interessen der älteren Generation und von keiner Parteipolitik leiten. Die Mitgliedschaft und Mitarbeit ist daher von keiner Partei und keinem Glaubensbekenntnis abhängig. In seiner überparteilichen Tätigkeit nimmt er kritisch zu allen Fragen Stellung, die die Interessen der älteren Generation berühren. Er kämpft für den Frieden, für eine fortschrittliche Entwicklung in den gesetzlichen Bestimmungen der Sozialversicherung und tritt entschieden gegen alle Versuche, die soziale Sicherheit in Österreich zu verschlechtern, auf. Der Zentralverband der Pensionistinnen und Pensionisten Österreichs ist mit Expertenstatus im Österreichischen Seniorenrat vertreten.

Redaktion: Michael Graber  
Projektleitung: Rudi Gabriel  
Resümee zusammengefasst von: ZVPÖ  
Zitiervorschlag: ZVPÖ (Hrsg.): Offene Wunde Pflege – Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine menschengerechte Pflegevorsorge, 2019

Für den Inhalt der Beiträge sind die jeweiligen Autor/innen verantwortlich.

Grafik, Konzept und Umsetzung: Jennifer Kraus

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger: © ZVPÖ 2019  
Z., Praterstraße 54/8A | Tel.: 01/214 65 73 | E-Mail: office@zvpoe.at | www.zvpoe.at



# Kontakt | ZVPÖ

Wien / Praterstraße 01 / 214 65 73  
office@zvpoe.at

ZVPÖ



Offene Wunde:

# PELEGE

Bestandsaufnahme und  
Perspektiven für eine  
menschengerechte  
Pflegevorsorge