DISSERTATION

Titel der Dissertation

Wohin mit den Alten in Österreich?

Bestandsaufnahme, institutionelle Analyse und ExpertInnenwissen zur Pflegevorsorge

Verfasserin

Mag[a]. Verena Moser-Siegmeth

Angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr[in].phil)

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 092 122
Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:	Soziologie
Betreuer:	Univ.-Prof. Dr. Anton Amann

Inhalt

1 Vorwort ... 5

1.1 Forschungsfragen ... 6

1.2 Methodik und Aufbau der Arbeit ... 6

2 Der Altersstrukturwandel in Österreich ... 8

2.1 Einleitung ... 8

2.2 Demografische Rahmenbedingungen ... 11

2.3 Veränderung des Krankheitspanoramas ... 15

2.4 Entfamiliarisierung und Singularisierung ... 18

2.5 Pflege und Betreuung durch Angehörige ... 21

2.5.1 Unterstützungsleistungen durch den Staat ... 21

3 Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung, Angebot und Nachfrage ... 23

3.1 Private Einrichtungen ... 24

3.1.1 24-Stunden-Betreuung ... 24

3.2 Mobile Einrichtungen ... 26

3.2.1 Besuchsdienst/Begleitdienst ... 27

3.2.2 Heimhilfe ... 27

3.2.3 Pflegehilfe ... 27

3.2.4 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege ... 28

3.2.5 Reinigungsdienst ... 28

3.2.6 Wäschepflegedienst ... 28

3.2.7 Essen auf Rädern ... 28

3.3 Primary Nursing, Care- und Case-Management ... 29

3.4 Stationäre Einrichtungen ... 30

3.4.1 Alten- und Pflegeheime, betreutes Wohnen ... 30

3.4.2 Sonderform: Kurzzeitpflege ... 32

3.5 Teilstationäre Einrichtungen ... 33

3.6 Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Österreich ... 34

4 Auswirkung von Sozialpolitik auf die Lebenslage ... 37

4.1 Lebenslagen im Alter ... 38
4.2 Übersicht ... 39
4.2.1 Selbstständige, alleine lebende alte Menschen ... 40
4.2.2 Hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen ... 41
4.2.3 Alte MigrantInnen ... 42
5 Die Pflegevorsorge in Österreich Kompetenzverteilung und Finanzierung ... 46
5.1 Gliederung des Sozialrechts ... 46
5.2 Krankheit vs. Pflegebedürftigkeit ... 47
5.3 Gesetzliche Grundlagen – die 15a-Vereinbarung ... 47
6 Das Pflegegeldgesetz ... 61
6.1 Das Bundespflegegeldgesetz ... 61
6.2 Das Landespflegegeldgesetz ... 107
6.3 Anmerkungen ... 107
7 Organisation und Finanzierung des Pflegegeldes ... 115
7.1 Finanzierung des Bundespflegegeldes ... 116
7.2 Landes- und Gemeindeaufwendungen ... 117
8 Organisation der Pflegevorsorge in den einzelnen Bundesländern ... 119
8.1 Burgenland ... 119
8.2 Kärnten ... 121
8.3 Niederösterreich ... 126
8.4 Oberösterreich ... 127
8.5 Salzburg ... 130
8.6 Steiermark ... 134
8.7 Tirol ... 138
8.8 Vorarlberg ... 142
8.9 Wien ... 146
8.10 Resümee ... 150
9 Pflegemängel ... 152
9.1 Nationales Qualitätszertifikat für Heime (NQZ) ... 153
10 Pflegenotstand ... 155
11 Gesetzliche Grundlagen der Pflege ... 157

11.1 Gehobener Dienst ... 157
11.1.1 Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche ... 158
11.1.2 Einsatzbereiche ... 159
11.2 Pflegehilfe ... 160
12 Forschungsmethodik ... 161
12.1 Wer gilt als Experte? ... 161
12.2 Vorstellung der ExpertInnen und deren spezifischer Beitrag zum Thema ... 162
12.3 Der Interviewleitfaden ... 165
12.4 Von der Datenerhebung zur Auswertung ... 168
13 Auswertung ... 169
13.1 Mindestens so ein gutes Qualitätsmanagement wie in der Fliegerei ... 169
13.1.1 Pflegerische Fragen gehen über die Fragen der Ärzte hinaus ... 171
13.2 Wenn Strukturen und Rahmenbedingungen nicht passen, dann kann eine Vielzahl von Menschen die Hilfeleistung nicht erfahren ... 174
13.2.1 Aber wo werden wir die Mittel hernehmen? ... 177
13.3 Innovationen der Betreuungsformen werden nötig sein ... 178
13.4 Sie müssen ja nicht, manche wollen das ... 180
13.4.1 Initiativen bis hin zur Einbindung von freiwilligen Menschen ... 183
13.5 Wenn es notwendig wird, dass man nach ihnen schaut ... 184
13.6 Das Heim als Netzwerk ... 187
13.7 Die Krankenhausstrukturen sind für alte Menschen konterproduktiv ... 188
13.8 Da braucht es ein neues Gesellschaftsbild ... 189
13.9 Der Pflegeberuf hat in Österreich keinen besonderen Status ... 191
13.10 Die MigrantInnen scheinen in meiner Erlebniswelt gar nicht auf! ... 195
14 Conclusio ... 200
15 Literatur ... 204
16 Tabellen- und Abbildungsverzeichnisse ... 210
17 Abkürzungsverzeichnis ... 212
Anhang

1 Vorwort

Einer alten Weisheit folgend:
„Eine Gesellschaft erkennt man daran,
wie sie mit ihren Kindern und Alten umgeht.“
(Aus dem Interview mit Peter Mader, Ombudsmann für Pflege und Heime)

„Österreich altert dramatisch“ – wenn den statistischen Berechnungen Aufmerksamkeit geschenkt wird – in den nächsten Jahren, signifikant. Statistische Berechnungen versuchen dies zu beweisen. Einerseits ist die Tendenz eines ständig wachsenden Lebensalters erfreulich, jedoch wirft sie auch die Problematik der Versorgung der alten Menschen auf. In den höchsten Altersstufen steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden massiv an. Ein Großteil der Pflegeleistungen findet innerhalb der Familie statt, doch wie wird sich die Veränderung der klassischen Familienformen darauf auswirken? Wer pflegt, wenn sich die Kernfamilie in alle Winde zerstreut und nach Scheidung neue Beziehungen eingegangen werden? Noch ist es nicht so weit, denn Pflege findet, zumindest derzeit noch, in klassischer Familienstruktur statt, wo zumeist die Frau ihren Mann oder die Tochter die Eltern versorgt, eine Veränderung ist aber bereits jetzt absehbar. Der Staat Österreich hat mit seiner Einführung der Pflegevorsorge bereits Rahmenbedingungen geschaffen, um Altern in den eigenen vier Wänden möglich zu machen. Ob dies für alle Gesellschaftsschichten finanziell „leistbar“ ist, wird oft in den Medien diskutiert. Neue Gesetze wurden geschaffen, um z.B. 24-Stunden-Pflege zu legalisieren, die Diskussion über eine längst fällige Anhebung des Pflegegeldes wurde ebenfalls bereits geführt.

Die derzeit zu lösende Hauptaufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems liegt darin, die vorhandenen finanziellen Ressourcen mit den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Einklang zu bringen, wobei das größte Problem in allen modernen Gesundheits- und Sozialsystemen darin liegt, dass sich die individuellen und gesellschaftlichen Anspruchshaltungen geändert haben. Die Ursachen dafür sind im gewandelten Verständnis von Gesundheit und Krankheit, im medizinisch-technischen Fortschritt, im demografischen Wandel und in den strukturinternen Problemen der Gesundheitssicherung zu finden.

1.1 Forschungsfragen

Österreichs Gesundheits- und Sozialpolitik ist seit einigen Jahren bestrebt, die einerseits durch statistische Prognosen gewonnenen Daten und die andererseits aus empirischen Studien gewonnenen Erkenntnisse für eine optimale Versorgung zielführend umzusetzen. Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieser Arbeit die Ergründung von Betreuungsmöglichkeiten außerhalb der bereits bestehenden Versorgungsstrukturen.
In diesem Sinne stellen sich die Forschungsfragen wie folgt dar:

- Wie stellen sich ExpertInnen eine innovative Betreuungsform für schwer pflegebedürftige alte Menschen vor?
- Wie schätzen ExpertInnen die derzeitige Situation ein, sind die gesundheits- und sozialpolitischen Bestrebungen, den demografischen Entwicklungen gerecht zu werden, spürbar?
- Was muss sich an strukturellen Bedingungen für Pflegende und die Empfänger von Pflege ändern?
- Welche Entwicklungen gibt es, um auch MigrantInnen ein ihren Bedürfnissen entsprechendes Altern zu ermöglichen?

1.2 Methodik und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit gliedert sich in zwei große Abschnitte, wobei der erste Abschnitt Aufschluss über allgemeine Bedingungen des Altersstrukturwandels darstellt. Dieser beinhaltet einen Überblick über die derzeit in Österreich gültigen gesetzlichen Gegebenheiten sowie eine Bestandsaufnahme und Analyse der Institutionen im Status quo.
Der Auswirkung von Sozialpolitik auf die Lebenslage älterer Menschen wird insofern Rechnung getragen, indem dieses Konzept auf selbstständige und allein lebende Menschen, auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen und alte MigrantInnen angewendet wird.
Da der erste Teil dieser Arbeit den Zustand der Pflegevorsoge in Österreich widerspiegeln soll, stammt die dafür herangezogene Literatur vorwiegend aus Österreich, wobei hingegen die Problematik der MigrantInnen, bezogen auf Gesundheit und Sozialpolitik, durch Publikationen aus Deutschland und Österreich ergänzt wird.

Teil zwei geht mit der Hilfe von qualitativen ExpertInneninterviews, ausgewertet nach Meyring und Bogner, der Suche nach neuen Möglichkeiten der Versorgung nach. Hierbei liegt der Schwerpunkt vor allem auf der Suche nach innovativen Betreuungseinrichtungen für besonders betreuungsbedürftige alte Menschen, zu denen z.B. demente Menschen und Menschen mit einer hohen Pflegegeldstufe (ab Stufe 5) gerechnet werden.

2 Der Altersstrukturwandel in Österreich

2.1 Einleitung

Nur sehr schwer lässt sich eine Konfrontation mit dem Anwachsen einer „grauen“ Gesellschaft vermeiden. Die Presse und andere Medien tendieren gerne dazu, Schreckensszenarien heraufzubeschwören, jedoch sollte eine vernünftige Beschäftigung mit diesem Thema ganz andere Ergebnisse bringen und das Potenzial, welches in der Zunahme der älteren Menschen steckt, nicht außer Acht lassen. Älter werden wird, so *Amrhein* (2004), in dominierenden Kompetenz- und aktivitätstheoretischen Ansätzen der Gerontologie als Phase gewertet, in welcher gesellschaftliche Strukturen und Normen unwichtiger und individuelle Ressourcen wichtiger werden. In den letzten Jahren wird Altern zunehmend als schwerwiegendes und folgenschweres Problem definiert. An der Art und Häufigkeit und der Unruhe, die dieses Thema in der Lage ist, in Diskussionen auszulösen, wird deutlich, dass es über ein soziales und individuelles Problem hinauszugehen droht (vgl. *Backes* 1997). Seit dem Ende des Ersten Weltkrieges lässt sich anhand statistischer Daten ein demografisches Altern in Österreich beobachten. Ebenfalls zu erkennen ist, dass Österreichs Bevölkerung auch in den kommenden Jahrzehnten weiterhin deutlich altern wird.

Nach den Ergebnissen der aktuellen Prognose der Statistik Austria wird die Bevölkerung Österreichs auch in Zukunft weiterhin stark wachsen, und zwar bis auf 9,52 Mio. im Jahr 2050. Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen derzeit 22% der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren, so werden es mittelfristig (2020) rund 26% sein, langfristig (ca. ab 2030) sogar mehr als 30%.

Die stärksten Bevölkerungszunahmen haben, bedingt durch die Zuwanderung, die Bundesländer Wien und Niederösterreich zu erwarten. Auch in den beiden westlichsten Bundesländern Vorarlberg und Tirol sowie in Oberösterreich und im Burgenland wächst die Bevölkerung deutlich. Nur im südlichsten Bundesland Kärnten stagniert sie und dürfte künftig sogar geringfügig unter dem derzeitigen Niveau liegen. Der Alterungsprozess wird im Wesentlichen alle Bundesländer betreffen, allerdings mit unterschiedlicher Intensität. Wien wird sich mittelfristig zum demografisch jüngsten Bundesland Österreichs entwickeln.

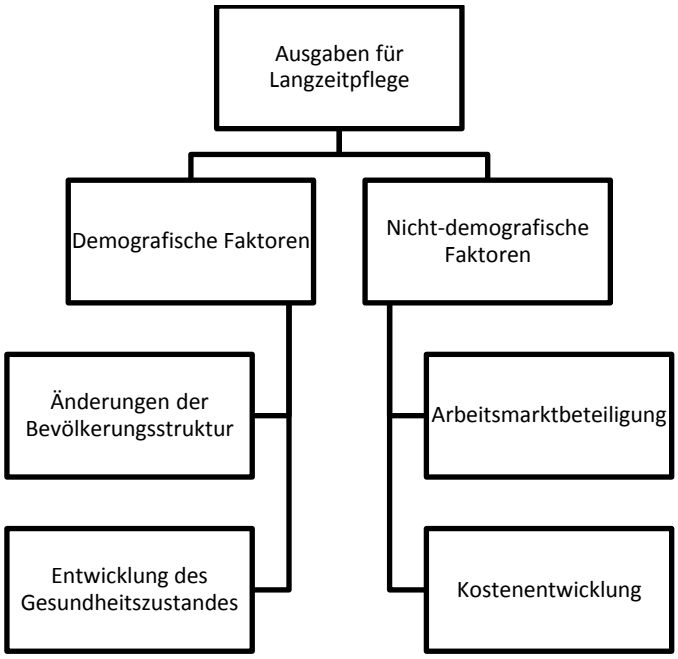
Dass das Alter als eigene Lebensphase gesehen werden kann, ist der Etablierung des Wohlfahrtsstaates mit seinen Pensionen und Rentensystemen zu verdanken. Jede

Veränderung in der Größe und Zusammensetzung einer Bevölkerung ist das Resultat der Fertilität, Mortalität und Migration (vgl. *Kytir, Münz* 2000).
Zentrale Grundlagen für ein positives Altern sind die soziale Absicherung und die Schaffung eines Angebotes zur Teilnahme am politischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben auch im Alter.
Auf Grundlage eines Bundesgesetzes über die Förderung von Anliegen älterer Generationen (Bundes-Senioren-Gesetz, BGBI. I Nr. 84/1998 vom 21.06.1998) wird auch die von Seniorenorganisationen durchgeführte Beratung, Information und Betreuung mit öffentlichen Mitteln unterstützt. Zur Finanzierung dieser Aufgaben stellt der Bund jährlich EUR 1,609.000 zur Verfügung (*BMSG* 2004). Das BMSG setzte zwischen 2002 und 2004 folgende Schwerpunkte:

- Lebenslanges Lernen
- Aktion Seniorensicherheit
- Psychologische Intervention zum Übergang ins Seniorenheim, Leitfaden für das Pflegepersonal
- Reifeprüfung für Unternehmen 2004
- Alt werden zu Hause

Die Seniorenpolitik ist eine der Kernaufgaben der Sozial- und Familienpolitik und ein Garant für die Festigung der Solidarität zwischen den Generationen und die Wahrung des sozialen Zusammenhalts.
Jedoch liegt die Aufgabe des Staates nicht nur in der Schaffung von Rahmenbedingungen für die psychosoziale Förderung des Wohlbefindens von älteren Menschen, sondern der Staat muss auch den sich in Veränderungsprozessen befindlichen demografischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen – im konkreten Fall: dem Anstieg der Zahl von alten Menschen.
Die älter werdende Bevölkerung und der sich daraus ergebende steigende Bedarf nach Gesundheitsdienstleistungen stellt für Österreich eine finanzielle Herausforderung dar.
Mit einer Zunahme an alten Menschen steigen die Ausgaben für Langzeitpflege, da sich demografische Faktoren – wie aus Abb. 1 ersichtlich – aus einer Änderung der Bevölkerungsstruktur (Alter, Geschlecht, Haushaltsstruktur) und der Entwicklung des Gesundheitszustandes ergeben (*Mühlberger et al.* 2008: 14).

Abb. 1: Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege



Quelle: Österreichisches Institut für Wirtschaftsförderung (WIFO) 2008

Die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems wird immer wieder positiv bewertet. So ergab eine Studie des *ÖBIG* (2008) unter dem Titel „Die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich“ folgende kurz zusammengefasste Ergebnisse.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (ausgedrückt in den Indikatoren behinderungsfreie Lebenserwartung und Kindersterblichkeit) liegt Österreich im Durchschnitt der EU-15-Mitgliedsstaaten.

Die Analyse der Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems war ebenfalls ein zentraler Punkt dieser Studie. Dieser wurde mittels der Gesundheitsausgabenquote, der durchschnittlichen jährlichen Steigerung der Gesundheitsausgaben und der Ausgaben nach Sektoren analysiert. Hier schneidet Österreich insbesondere beim Ausgabenwachstum der letzten zehn Jahre gut ab, da es mit durchschnittlich 2,4% deutlich sowohl unter dem EU-15- (3,8%) als auch unter dem OECD-Durchschnitt (4,3%) lag.

Die österreichische Bevölkerung bewertet sowohl ihren subjektiven Gesundheitszustand als auch ihre Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem als gut.

Die Sozialverträglichkeit des Gesundheitssystems hat hohe Priorität bei den österreichischen Entscheidungsträgern. Im Hinblick darauf konnte festgestellt werden, dass Österreich seiner

Bevölkerung einen sozial ausgewogenen Zugang zu den Gesundheitsleistungen gewährleistet (z.B. gemessen durch die jährliche Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen).
Betrachtet man hingegen die Effizienz der österreichischen Gesundheitsleistungen (gemessen anhand der stationären Aufnahmen und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern), musste festgestellt werden, dass Österreich im EU-27-Vergleich konstant überdurchschnittliche Werte aufweist. In diesem Segment ist daher, besonders wenn man den überdurchschnittlich hohen stationären Ausgabenanteil berücksichtigt, ein Effizienzpotenzial denkbar.
Unter Berücksichtigung der überdurchschnittlichen Werte im stationären Bereich und der Arztbesuchshäufigkeit kann abschließend zusammengefasst werden, dass die österreichischen Aufwendungen für Gesundheit, bezogen auf die wirtschaftliche Situation und das umfangreiche, qualitativ hochwertige Gesundheitsangebot, im OECD-Vergleich niedrig sind. Das österreichische Gesundheitssystem scheint daher nicht nur zu den besten in Europa, sondern auch zu den effizientesten zu gehören (*ÖBIG* 2008).

Ob sich Österreich diesen Zustand auch für die Zukunft erhalten kann, ist fraglich. Sicher ist jedoch, dass geschicktes und vorausdenkendes Agieren der Gesundheits- und Sozialpolitik vonnöten sein wird, vor allem, um den sich im Wandel befindlichen demografischen Bedingungen Rechnung tragen zu können.

2.2 Demografische Rahmenbedingungen

Verfolgt man die Entwicklung der österreichischen Altersstruktur über einen längeren Zeitraum, so ergibt sich das Bild einer kontinuierlichen Ausdehnung der Alterspopulation, wie anhand Tabelle 1 erkannt werden kann.

Tab. 1: Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen	Kinder, Jugendliche		Erwerbsalter			Ältere Menschen		
				0 bis 14 Jahre	0 bis 19 Jahre	15 bis 59 Jahre	15 bis 64 Jahre	20 bis 64 Jahre	60 Jahre und älter	65 Jahre und älter	75 Jahre und älter
1869	4.497.880	2.235.402	2.262.478	1.268.478	1.686.009	2.844.257	2.995.409	2.577.878	385.145	233.993	53.192
1880	4.963.528	2.448.644	2.514.884	1.454.992	1.894.102	3.048.801	3.228.362	2.789.252	459.735	280.174	63.949
1890	5.417.360	2.672.067	2.745.293	1.615.032	2.111.963	3.301.410	3.482.497	2.985.566	500.918	319.831	78.786
1900	6.003.845	2.968.237	3.035.608	1.779.184	2.338.976	3.677.312	3.879.988	3.320.196	547.349	344.673	92.641
1910	6.648.310	3.284.667	3.363.643	1.984.334	2.598.182	4.037.910	4.263.426	3.649.578	626.066	400.550	103.155
1934	6.760.044	3.248.173	3.511.871	1.601.541	1.994.900	4.330.092	4.623.107	4.229.748	828.411	535.396	148.429
1951	6.933.905	3.217.240	3.716.665	1.587.804	2.028.320	4.262.843	4.612.694	4.172.178	1.083.258	733.407	220.976
1961	7.073.807	3.296.400	3.777.407	1.584.629	2.101.811	4.189.200	4.615.973	4.098.791	1.299.978	873.205	294.137
1971	7.491.526	3.533.694	3.957.832	1.822.332	2.334.406	4.160.599	4.607.597	4.095.523	1.508.595	1.061.597	353.875
1981	7.555.338	3.572.426	3.982.912	1.510.564	2.168.746	4.591.116	4.898.780	4.240.598	1.453.658	1.145.994	457.105
1985	7.564.984	3.591.249	3.973.735	1.383.802	2.008.527	4.680.947	5.107.367	4.482.642	1.500.235	1.073.815	495.758
1990	7.677.850	3.675.559	4.002.291	1.345.495	1.859.455	4.786.713	5.185.743	4.671.783	1.545.642	1.146.612	530.433
1995	7.948.278	3.834.075	4.114.203	1.415.837	1.873.469	4.964.413	5.329.993	4.872.361	1.568.028	1.202.448	488.360
2000	8.011.566	3.874.717	4.136.849	1.365.466	1.850.715	4.994.701	5.410.260	4.925.011	1.651.399	1.235.840	567.703
2005	8.225.278	3.998.952	4.226.326	1.317.793	1.805.880	5.104.510	5.573.121	5.085.034	1.802.975	1.334.364	631.335
2006	8.267.948	4.022.516	4.245.432	1.304.156	1.796.894	5.151.823	5.585.940	5.093.202	1.811.969	1.377.852	643.915
2007	8.300.954	4.040.089	4.260.865	1.286.619	1.784.458	5.168.909	5.601.431	5.103.592	1.845.426	1.412.904	654.438
2008	8.336.549	4.058.635	4.277.914	1.269.556	1.770.673	5.186.511	5.629.109	5.127.992	1.880.482	1.437.884	662.239

Quelle: Statistik Austria, Volkszählungen (bis 1981); Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1985). Revidierte Ergebnisse für 2005 bis 2007. Erstellt am 27.05.2009.

Durch das Absinken der Geburtenrate kommt es zu einer Veränderung (siehe Tabelle 2) der Altersstruktur der Gesellschaft; diese lässt sich anhand von drei Grundtendenzen beschreiben. Erstens kommt es zu einer allgemeinen Steigerung der Lebenserwartung, diese basiert primär auf einem Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit, allgemein auf einer Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität – die Aussicht auf ein Leben bei guter Gesundheit steigt ständig, auch sichtbar an der Steigerung der sogenannten weiteren Lebenserwartung, ebenso die Möglichkeit, dass vier Generationen gleichzeitig nebeneinander leben. Zweitens wird die Zunahme der Altersgruppe der über 60 jährigen bis ins Jahr 2030 spürbar sein – nämlich dann, wenn die Baby-Boom-Generation ins Pensionsalter eintritt. Die dritte Grundtendenz ist der Faktor, dass viele junge Menschen erst sehr spät Kinder bekommen. Die Ursache liegt darin, dass junge Paare keine positiven Rahmenbedingungen zur Ermunterung vorfinden, Kinder großziehen zu wollen. Ebenso ist die angemessene Möglichkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sozial- und firmenpolitisch noch (immer) nicht gegeben und bedarf noch weiterer Entwicklung und Verbesserung.

Tab. 2: Fertilität, Geburtenentwicklung und Kinderzahl 1998 bis 2008

Indikator	Kalenderjahr										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Fertilität, Geburtenentwicklung und Kinderzahl										
Geburtenrate (Lebendgeborene auf 1.000 der Bevölkerung)	10,2	9,8	9,8	9,4	9,7	9,5	9,7	9,5	9,4	9,2	9,3
Gesamtfertilitätsrate (Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau)	1,37	1,34	1,36	1,33	1,39	1,38	1,42	1,41	1,41	1,38	1,41
Nettoreproduktionsrate	0,66	0,64	0,66	0,64	0,67	0,66	0,68	0,68	0,68	0,67	0,68
Durchschnittliches Fertilitätsalter											
insgesamt	28,0	28,2	28,2	28,4	28,6	28,8	28,8	29,0	29,2	29,4	29,5
bei der Geburt des 1. Kindes	26,2	26,3	26,4	26,5	26,8	26,9	27,0	27,3	27,5	27,6	27,8

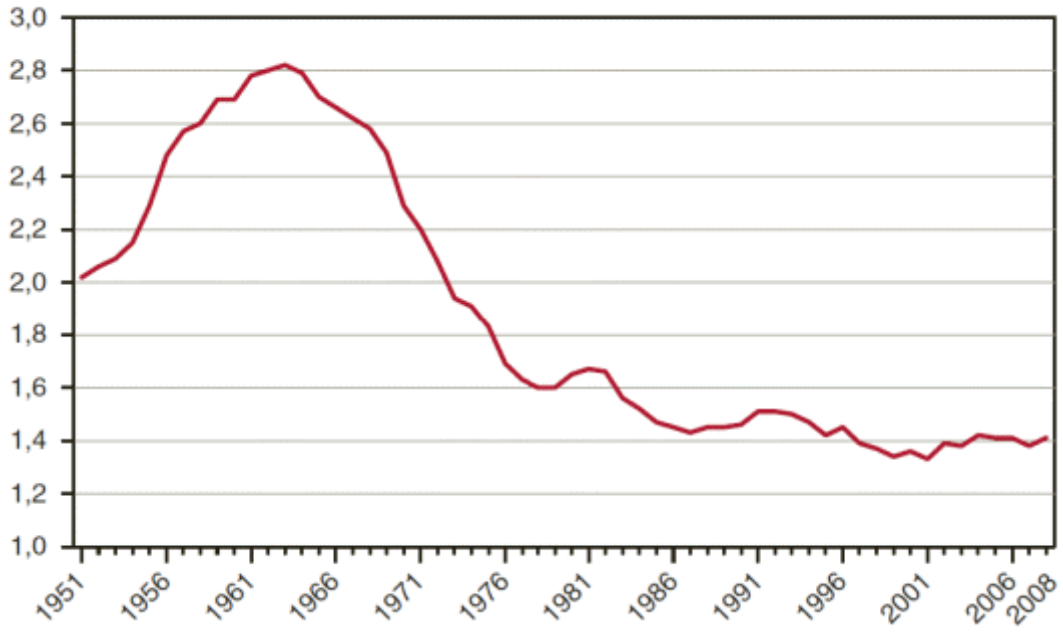
Quelle: Statistik Austria, Demografische Indikatoren. Erstellt am: 09.07.2009.

Zweifellos wird die Pflegeproblematik in den nächsten Jahren zunehmen. Nicht nur, weil es in den kommenden Jahren immer mehr ältere Menschen geben wird und es dadurch zu einem Anstieg von Pflegebedarf kommt, sondern auch durch die sinkende Anzahl der Kinder, die in vielen Fällen bis jetzt bereit waren, Pflege innerhalb der Familie zu übernehmen. Ebenfalls ist durch den Anstieg von berufstätigen Frauen damit zu rechnen, dass in den Familien Pflegepotenzial verloren gehen wird (vgl. *Majce* 2000).

Der Altersstrukturwandel in Österreich hat in den letzten Jahren zu spezifischen und bisher in dieser Form nicht gegebenen Relationen zwischen Altersgruppen geführt. Zahl und Anteil der Kinder und Jugendlichen (Personen unter 19 Jahren) sind in vielen Regionen gesunken, während die Bevölkerung im nichterwerbsfähigen Alter (64 Jahre und älter) zahlen- und anteilsmäßig stark an Gewicht gewonnen hat. Die erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 64 Jahren hatte in den letzten Jahren vor allem durch Zuwanderung aus dem In- und Ausland, insbesondere in den Stadtagglomerationen, starke Zuwächse verzeichnet. Im ländlichen Lebensraum war dagegen ein Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung in unterschiedlichem Ausmaß zu beobachten. Am 01.01.2007 lebten in Österreich 1,8 Mio. Kinder und Jugendliche (0 bis 19 Jahre), das entspricht etwa einem Fünftel (22%) der Gesamtbevölkerung. Die höchsten Anteilswerte verzeichneten die Bundesländer Vorarlberg (25%), Tirol und Oberösterreich (je 23%). Dies ist einerseits auf die über dem Bundesdurchschnitt liegende Fertilität zurückzuführen, anderseits auf die anhaltend hohe Zuwanderung jüngerer Menschen und Familien aus dem Ausland. Rund 5,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner standen am 01.01.2007 im erwerbsfähigen Alter zwischen 19 und 64 Jahren, das entspricht 62% der Gesamtbevölkerung. Über dem landesweiten Durchschnitt lag nur die Bundeshauptstadt Wien mit 64%. Zum Stichtag waren rund 1,4 Mio.

Menschen 65 Jahre und älter, was 17% der Gesamtbevölkerung ausmachte. Nach Bundesländern zeigte sich, dass die Anteile älterer Personen im Burgenland (20%), in Kärnten, Niederösterreich und in der Steiermark (18%) über dem landesweiten Durchschnitt lagen. In Oberösterreich (16%), Salzburg, Tirol (je 15%) und Vorarlberg (14%) lag der Altenanteil darunter (*ÖSTAT* 2008).

Abb. 2: Durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau seit 1951



Quelle: Statistik Austria. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Revidierte Ergebnisse für 2001 bis 2007. Erstellt am: 02.06.2009.

Auch anhand anderer struktureller Veränderungen ist ein spezifischer Wandel der Gesellschaft zu sehen. Familienstrukturen ändern sich, es gibt mehr ältere Arbeitnehmer (55 – 64 Jahre), ein Plus an Pensionisten (65 – 79 Jahre) und mehr Menschen, die über 80 Jahre alt werden.

Die Übergänge zwischen den Lebensabschnitten werden zusehends verwaschener, dies ist nicht nur bei älteren Menschen zu bemerken, sondern auch bei der jüngeren Generation, die bestimmte Lebensphasen, z.B. Abschluss des Studiums, Zugang zur Erwerbstätigkeit, erstes Kind, erst später erreichen. In der Literatur wird so z.B. von *Rosenmayr* (1996) von einem chancenreichen dritten, einem eingeschränkten vierten und einem meist abhängigen fünften Lebensabschnitt als Produkt des sich ändernden Lebensverlaufes gesprochen. In diesem

Zusammenhang – bezogen auf das Alter – kann von einer „Verjüngung des Alters“ (vgl. *Schroeter* 2006) gesprochen werden.

Ältere Menschen sehen nicht nur jünger aus, sondern auch die Kompetenz und die Leistungsfähigkeit haben sich in den letzten Jahren zunehmend verbessert. Dass ältere Menschen sich heute jünger und vitaler einschätzen, ist nicht nur ein Ausdruck individueller Lebensführung, sondern vor allem auch das Ergebnis einer Verkettung sozio-kultureller Rahmungen. Und so sind auch Zufriedenheit und Wohlbefinden im Alter zunächst einmal subjektive Konstruktionen, die von einer Vielzahl wechselwirkender Faktoren (u.a. Gesundheitsstatus, finanzielle und soziale Sicherheit, soziale Integration und Partizipation, Wohn- und Wohnumfeldbedingungen, Arbeits- und Freizeitbedingungen, Wissensstand und adaptive Kompetenzen) nachhaltig beeinflusst werden (*Schroeter* 2000: 91-93.).

2.3 Veränderung des Krankheitspanoramas

Alter ist nicht identisch mit Krankheit, jedoch ist das höhere Lebensalter durch eine Zunahme der Morbidität, insbesondere der Multimorbidität und Behinderung geprägt. Dank medizinischer Forschung und Steigerung der Lebensqualität erhöht sich für viele Menschen die Aussicht auf ein langes Leben. Die „todbringende Trias“: Pest, Hunger und Krieg, welche große Teile der Bevölkerung in der vorindustriellen Gesellschaft (wie z.B. die Pest ungefähr 25 Mio. Menschen) dahinraffte, gehören der Vergangenheit an. Mit der Verlängerung des Lebens sind jedoch neue Herausforderungen auf uns zugekommen. Die wesentlichste Rolle zur Aufrechterhaltung eines optimalen Zustandes spielt dabei das Gesundheitssystem.

Gesundheit gilt für Menschen aller Altersstufen als wichtiges Gut. Gesundheit bedeutet aber nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern wird von einer Vielzahl positiver Aspekte beeinflusst. Dazu zählt die Fähigkeit, sein Leben bewältigen zu können, psychisch und physisch ausgeglichen zu sein oder zufriedenstellende soziale Beziehungen zu pflegen. Die Bedeutung dieser Faktoren wird oft erst mit dem Auftreten von (chronischen) Krankheiten oder im höheren Lebensalter und den damit vermehrt auftretenden gesundheitlichen Problemen sowie Einschränkungen im Alltagsleben bewusst. Um gültige Aussagen über den gesundheitlichen Zustand der österreichischen Bevölkerung zu treffen, werden in regelmäßigen Abständen Gesundheitsbefragungen durchgeführt. Sie bilden eine wichtige Datenquelle für die populationsbezogene Dokumentation und Analyse der Zusammenhänge von Morbidität, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren sowie der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Bevölkerung. Dadurch lassen sich Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten nach Alter,

Geschlecht und weiteren soziodemografischen Einflussfaktoren erkennen (*vgl. Klimont et al.* 2007).

Im Laufe der letzten Jahrzehnte stieg die Lebenserwartung der in Österreich lebenden Menschen in beträchtlichem Maße.

Im Durchschnitt der vergangenen 15 Jahre (1991 bis 2006) lag der jährliche Zugewinn für Frauen bei 0,25 Jahren, für Männer bei 0,32 Jahren. Das ergibt in Summe ein Plus von 3,7 Jahren für Frauen und ein Plus von 4,8 Jahren für Männer, wobei die Lebenserwartung (bei Geburt) für Frauen mit 82,7 Jahren (2006) immer noch deutlich über jener der Männer mit 77,1 Jahren liegt (*Klimont et al.* 2007: 14).

Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Anzahl der Krankheiten, wobei Anhaltspunkte über die Verbreitung wichtiger chronischer Krankheiten aus Gesundheitsbefragungen gewonnen werden. Zu den im Alter am häufigsten vorkommenden chronischen Krankheiten gehören Beschwerden der Gelenke und des Stützapparates.

Mehr als ein Drittel der über 15-Jährigen (2,6 Mio. Personen) gab an, eine chronische Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben (1,2 Mio. Männer, 1,4 Mio. Frauen). Chronische Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter zu. Frauen sind davon in allen Altersgruppen stärker betroffen als Männer. Während nur jeder sechste 15- bis 29-Jährige ein dauerhaftes gesundheitliches Problem hat (125.000 Männer, 140.000 Frauen), sind es bei den über 75-Jährigen etwa zwei Drittel der Bevölkerung (140.000 Männer, 300.000 Frauen) (*Klimont et al.* 2007).

Tabelle 3 zeigt die Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit in unterschiedlichen Altersgruppen auf.

Tab. 3: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit

Alter	2006/07	
	Personen in 1.000	mind. eine chron. Krankheit
	Insgesamt	
Insgesamt	**6.991,9**	**64,8**
15 bis unter 30	1.545,5	43,7
30 bis unter 45	1.957,7	55,2
45 bis unter 60	1.665,7	71,7
60 bis unter 75	1.172,6	84,3
75 und mehr	650,3	91,5
	Männer	
Insgesamt	**3.367,6**	**60,4**
15 bis unter 30	784,3	39,7
30 bis unter 45	985,6	51,8
45 bis unter 60	827,9	68,4
60 bis unter 75	548,1	82,3
75 und mehr	221,7	88,0
	Frauen	
Insgesamt	**3.624,3**	**69,0**
15 bis unter 30	761,2	47,9
30 bis unter 45	972,1	58,7
45 bis unter 60	837,9	74,9
60 bis unter 75	624,5	86,0
75 und mehr	428,5	93,3

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am 14.10. 2009.

Etwa zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr beginnen gehäuft demenzielle Erkrankungen und allgemeine Abbauprozesse, sodass hier die Schattenseiten des Alters überwiegen könnten.
Eine gültige Aussage darüber, wie sich das Krankheitsspektrum und die damit verbundene Betreuungsbedürftigkeit in Zukunft entwickeln werden, lässt sich nicht genau formulieren, wesentlich realistischer ist es, Annahmen über die Veränderungen der altersbedingten Morbidität zu treffen. In der Literatur bewegen sich die Antworten auf diese Frage zwischen zwei Extremen. Die einen schließen von der demografisch bedingten Zunahme an alten Menschen auf ein starkes Wachstum des Betreuungsbedarfs, andere dagegen rechnen infolge medizinischen Fortschritts und Veränderung von Lebensstilen mit einem Rückgang der Morbidität. Welche der beiden Varianten eher der Realität entspricht, hängt stark von den zukünftigen Entwicklungen und Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen ab und natürlich auch von den Daten, die zur Überprüfung/Stützung der jeweiligen These vorhanden sind bzw. eingesetzt werden. Die Zahl der betreuungsbedürftigen Personen wird sich unterschiedlich entwickeln, je nachdem, wie stark der Schwerpunkt medizinischer Leistung und

medizinischer Innovationen auch in der Prävention oder ausschließlich in der Behandlung akuter, unmittelbar lebensbedrohender Krankheiten liegt (vgl. *Badelt* et al. 1995).
Durch die Zunahme der Multimorbidität werden die Anforderungen an das Gesundheitssystem komplexer, es wird nach einem differenzierten Versorgungssystem, in welchem unterschiedliche Angebote und Strukturen zusammenwirken, verlangt (*Hasseler, Meyer* 2004: 27).

2.4 Entfamiliarisierung und Singularisierung

Das heute häufig zu hörende sozialpolitische Argument, dass die Familie wieder stärkere Unterstützung zur Pflege ihrer alten Familienmitglieder erhalten sollte, weil das von alters her ihre Aufgabe gewesen sei, geht von falschen Vorstellungen über die historischen Familienformen aus.
Im Gegenteil: Der heutige Anstieg an Vier- und Fünf-Generationen-Familien ist, historisch gesehen, eine völlig neuartige Erscheinung. Die Drei-Generationen-Familie war in der vorindustriellen Zeit viel seltener anzutreffen, als häufig eigentlich angenommen wird. Die damals niedrige Lebenserwartung führte dazu, dass Enkel selten ihre Großeltern erlebten und wenn, dann meist nur den Großvater. Die Ursache dafür lag in der hohen Todesrate der Frauen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (*Schneewind* 2000: 27). Erst durch medizinische Forschung bzw. Intervention und einen höheren ökonomischen Lebensstandard konnte die Anzahl der Drei-Generationen-Familie zunehmen.

Eng verbunden mit der Familienstruktur gestaltet sich die Haushaltsstruktur.
Heutzutage teilen sich ältere Menschen nur mehr selten eine Wohnung mit ihren Kindern und Enkelkindern (Koresidenz), jedoch leben in den meisten Fällen, wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, die Familien in relativ großer Nähe zusammen.

Tab. 4: Räumliche Distanz mindestens eines Großelternteiles, insgesamt

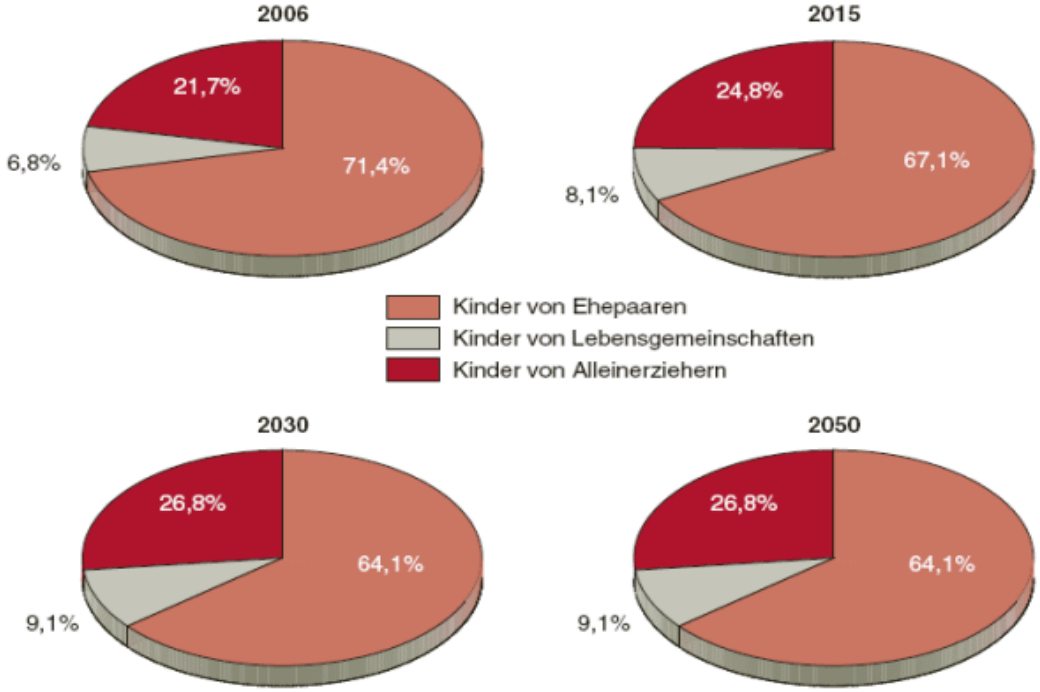
Alter, Gemeindetyp, Bundesland	Personen mit mind. einem lebenden Großelternteil	Kürzeste Entfernung, in der mind. ein Großelternteil lebt						
		in selber/m Wohnung/ Haus	bis 15 Gehminuten	15 Geh- bis 30 Autominuten	30 – 6 0 Autominuten	1 – 6 Autostunden	mehr als 6 Autostunden	unbe-kannt
	in 1.000	in %						
Insgesamt	**2.970**	**14,3**	**24,7**	**25,9**	**12,3**	**9,1**	**10,0**	**3,8**

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Familie", September 2001

Das Wort „Singularisierung“ ist ein oft gebrauchter Ausdruck, andere sprechen in diesem Zusammenhang hingegen von Entfamiliarisierung. Bei beiden Begrifflichkeiten handelt es sich, wenn man an die Institution Familie denkt, um eine Veränderung von klassischen Sozialformen.

Es verändert sich nicht nur das Bild von der Familie bzw. der familialen Lebensform, sondern damit verbunden auch die Stellung der Geschlechter, der Kinder und der Generationen. Auch wenn sich die Familie verändert hat, bedeutet das nicht ihren Untergang oder das unaufhaltsame Aufstreben einer „egoistischen Single-Gesellschaft“. Die hohen Scheidungsziffern in der gegenwärtigen Gesellschaft sind – aus der Sicht der Soziologie – ein Indiz für ein selbstbestimmtes Leben. Auch wenn Ehe und Familie in der Gesellschaft krisenanfällig und instabil sind, so bedeutet die Entwicklung nicht das Ende dieser Traditionsinstitution. Paare lassen sich scheiden, doch häufig gehen sie neue Verbindungen ein, es kommt zu Fortsetzungsehen und zu Wahlverwandtschaften. Inwieweit jedoch diese neuen Verbindungen bereit sind, Pflege zu übernehmen, ist unklar klar ist jedoch, dass die Familie nicht länger der Garant für Hilfe und Unterstützung alter Menschen sein kann und sein wird, wie dies bisher der Fall war.

Abb. 3: Kinder in Familien nach dem Familientyp – 2006, 2015, 2030 und 2050 in Prozent



Quelle: Statistik Austria. Erstellt am 11.11.2008.

Zumindest derzeit wird die Pflegetätigkeit innerhalb der Familie doch noch sehr oft von weiblichen Angehörigen übernommen. Faktoren, wie zum Beispiel die zunehmende Berufstätigkeit der Frau oder das im Anstieg begriffene Alter der pflegenden Frauen, können sich hemmend auf die Übernahme der Pflegetätigkeit auswirken. Somit müssen die Menschen lernen, dass sie außerhalb der Familien und traditionellen Lebensformen auf Sozialbeziehungen und Hilfe angewiesen sein werden und mit höherem Lebensalter auch zu nicht verwandten Personen Beziehungen aufbauen und ev. deren Hilfe in Anspruch nehmen müssen, wenn die Familie den nötigen Rückhalt verweigert.

Kommt es zu Schwierigkeiten, dann geht es häufig um die finanzielle Belastung, die eine Pflegebedürftigkeit für einen Haushalt bedeutet und nicht selten in einem finanziellen Desaster für den Betroffenen endet; ebenfalls geht es um die Belastungen der Angehörigen, hier sind es vor allem die großen psychischen und physischen Anforderungen, denen sie ausgesetzt sind.

In der von der Politik geförderten Stärkung der familiären Pflege liegen jedoch noch weitere Probleme. Die Angebote an Angehörigenschulung stellen einen kontrollierten Eingriff in die sensible Lebenswelt pflegerischer Beziehungen dar. Die ungleichen Erwartungen von professionell Pflegenden und privat pflegenden Angehörigen treffen aufeinander.

Kontrollfunktion und Beratungsfunktion vermitteln Misstrauen in die Pflegequalität der Laien. Das Resultat sind vorprogrammierte Konflikte, die entstehen können, wenn Laienpflege professionellen Standards unterworfen wird.
Diese professionellen Eingriffe stellen sich oft als heikel heraus, wenn sie nicht von Pflegebedürftigen und Angehörigen gewollt werden.
Dietz bezeichnet die Konstellation zwischen Pflegenden, Pflegebedürftigen und Angehörigen als fragile Dreierbeziehung, diese wird von den Gesetzgebenden als zentrales Leistungselement gewollt, ja sogar – mit gesetzlichem Vorrang ausgestattet – regelrecht zur Zukunftsformel der Altenpflege hochkonzipiert: Angehörigenpflege + ergänzender ambulanter Pflegemarkt = Sicherung der Versorgung und Qualität (*Dietz* 2002: 38).

Im Gegensatz zur professionellen Pflege spielt sich die familiäre Pflege in der Privatsphäre ab, ohne Skandale und ohne aufzufallen – jedenfalls meistens.

2.5 Pflege und Betreuung durch Angehörige

2.5.1 Unterstützungsleistungen durch den Staat

Um pflegende Angehörige zu unterstützen, beschloss der Staat die Möglichkeit einer

- begünstigten Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger sowie eine
- begünstigte Weiterversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger (*BMSK* 2009).

Das bedeutet, dass in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines nahen Angehörigen, mit einem Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3, die Möglichkeit einer begünstigten Selbst- bzw. Weiterversicherung besteht. In diesen Fällen übernimmt der Bund den fiktiven Dienstgeberbeitrag.
Im Rahmen der Weiterversicherungsmöglichkeit werden diese Personen insofern begünstigt, dass durch die Übernahme des fiktiven Dienstgeberbeitrages durch den Bund der/die pflegende Angehörige nicht 22,8%, sondern nur 10,25% der Bemessungsgrundlage als Beitrag zu leisten hat.

Bei der begünstigten Selbstversicherung beträgt der Eigenbeitrag, den der selbstversicherte Angehörige zu leisten hat, im Jahr 2008 monatlich € 149,30. Die Differenz auf den vollen Pensionsversicherungsbeitrag trägt der Bund.
Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2007, BGBL. I Nr. 31/2007, ist es im Bereich der begünstigten Weiter- oder Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines nahen Angehörigen insoweit zu einer Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger gekommen, als eine Verpflichtung des Bundes zu einer zeitlich befristeten Tragung der überwiegenden bzw. gesamten Beitragslast zugunsten freiwillig pensionsversicherter pflegender Angehöriger mit Wirkung ab 1. Juli 2007 geschaffen wurde.

Mit § 77 Abs. 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) und den gleichartigen Parallelregelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen wurde vorgesehen, dass der Bund, neben der schon bislang vorgesehenen Übernahme des Dienstgeberbeitrages, nunmehr für längstens 48 Kalendermonate auch die Hälfte jenes Beitragteils übernimmt, der auf die freiwillig versicherte Pflegeperson entfällt (Dienstnehmerbeitrag), wenn ein naher Angehöriger mit Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 4 gepflegt wird; hat der nahe Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 5, so trägt der Bund die Beiträge für längstens 48 Kalendermonate zur Gänze (*BMSK* 2007c: 9).

3 Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung, Angebot und Nachfrage

Vor dem Hintergrund der internationalen Entwicklung und der Bedarfsprognosen in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Bundesländer ist anzunehmen, dass die Bedeutung der ambulanten Pflege auch in Österreich zunehmen wird. Die bereits jetzt bestehende Schnittstellenfunktion in der häuslichen Versorgung, wie Unterstützung der hausärztlichen Betreuung, Begleitung der Angehörigenpflege und Koordination der unterschiedlichen Hilfsangebote, wird sich aufgrund veränderter gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Veränderungen weiter ausgestalten. Ein zunehmender Bedeutungszuwachs wird zu erwarten sein, da zukünftig alle Patienten-/Betreutengruppen in der ambulanten Versorgung mit erhöhten therapeutischen Bedarfen anzutreffen sein werden. Diese müssen angemessen und nach neuestem Stand versorgt werden. Die sozialpolitische Herausforderung heißt also: die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, da ansonsten die ambulante Versorgung als Achillessehne in der Kultur der Hilfe gesehen werden könnte.

Wird der Ausbau der ambulanten Versorgung nicht vorangetrieben, so stehen wir in einigen Jahren vor einem finanziellen humanitären Fiasko, nämlich der Unfinanzierbarkeit der dann notwendigen Heimplätze.

Amann wies bereits vor zehn Jahren auf die dringende Notwendigkeit von unterstützenden Leistungen gegenüber Familie und Nachbarschaft hin – „dass sie auch weiterhin den Bedarf so abfangen kann, wie sie es bisher getan hat, damit sie auch in Zukunft die Rolle weiterhin so spielen kann, die ihnen bereits aus Gewohnheit zugedacht worden ist“ – bedarf es gezielter Ergänzung und Unterstützung (*Amann* 1998: 23).

Soll der Lösungsweg der Pflege also innerhalb der Häuslichkeit beschritten werden, dann muss sich die Pflegepolitik in die bestehenden Versorgungsarrangements rasch und wirksam integrieren. Dabei wird die Pflegepolitik Auswirkungen auf alle anderen Versorgungssysteme zeigen. Entscheidend dabei ist jedoch, dass sich der Reorganisationsprozess an den Bedürfnislagen der Menschen orientiert (*Asam, Altmann* 1995: 25). Es gilt, die Frage zu stellen, welcher Pflegebedarf abgedeckt werden muss, damit weiterhin ein Großteil der alten Menschen zu Hause leben kann, auch wenn sie Hilfe benötigen. Den wesentlichsten Anteil unter der Prämisse einer ganzheitlichen Altenpflege nehmen – nach wie vor – die ambulanten Dienste ein, hier treffen sich die Intentionen der professionellen Altenarbeit mit jenen der Finanzpolitik. Wenn es gelingt, die ambulante Strategie weiterzuverfolgen, so können sich völlig neue Versorgungsmodelle wie „selbstorganisierte Wohn- und Pflegeformen“ für die Zukunft abzeichnen; gelingt dies nicht, so steht die stationäre Option auch noch weiterhin im

Raum. Heute zeichnet sich mehr und mehr ab, dass stationäre Pflege, wenn auch in differenzierter Form (z.B. für demenziell Erkrankte und abseits vom traditionellen Pflegeheim), auch in Zukunft zum Angebotsrepertoire gehören wird müssen. Jedoch möchte ich von der Annahme ausgehen, dass die zukünftigen Senioren gerade miterleben, wie derzeit die Pflegebedürftigen versorgt werden, sodass sie bereit sein könnten, nach neuen Formen des Helfens für sich selbst zu suchen. Aber: Erst die Akzeptanz des eigenen Alters schafft die Voraussetzung, sich für Notfälle vorzubereiten und aktive Vorsorge zu treffen.

Da der Bereich der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen einem raschen Wandel unterworfen ist, wäre es künftig erforderlich, die Planung als einen dynamischen Prozess zu sehen. Eine kontinuierliche Überwachung und Evaluierung der neuen Entwicklungen im Hinblick auf Struktur und Qualität ist notwendig, um rasch und effizient auf Änderungen hinsichtlich des Leistungsangebotes reagieren zu können.
Ebenfalls vonnöten ist eine stark verbesserte österreichweite Berichterstattung über das Leistungsangebot und dessen Inanspruchnahme, um eine laufende Übersicht über die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen zu erhalten; das wiederum soll als Grundlage für die Feststellung dienen, welche Weiterentwicklung erforderlich ist.
Die nachfolgende Übersicht soll über die in Österreich derzeit angebotenen Möglichkeiten Aufschluss geben.

3.1 Private Einrichtungen

Da ein großer Anteil an Pflege innerhalb der Familie stattfindet, wurde vom Staat 1998 die Möglichkeit geschaffen, Pensionsversicherungszeiten zu erwerben. Das kann – vor allem für den hohen Anteil an Frauen, nämlich diejenigen, die nach der Kinderbetreuung direkt in die pflegerische Versorgung ihrer Angehörigen wechseln – von großer Bedeutsamkeit sein.

3.1.1 24-Stunden-Betreuung

Rund 80 bis 85% aller pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt (BMSK 2007c). In den letzten Jahren wurde von Familien immer wieder auf illegale Betreuungskräfte aus den östlichen EU-Mitgliedsstaaten zurückgegriffen, im Spätsommer 2006 begann vor diesem Hintergrund eine intensive Diskussion zur Pflegethematik. Auslöser dafür waren Anzeigen im Rahmen des Ausländerbeschäftigungsrechtes gegen illegale

Pflegepersonen. Die Politik reagierte und setzte aus diesem Grund eine Novelle zur Ausländer-Beschäftigungsverordnung (BGBL. II Nr. 405/2006) in Kraft.
Als wesentliche Kriterien für eine legale 24-Stunden-Betreuung gilt:

- Die Pflege und Betreuung muss in einem Privathaushalt erfolgen.
- Die zu betreuende Person muss einen Bezug von Pflegegeld ab der Stufe 3 oder eine vergleichbare Leistung haben.
- Arbeitgeber dürfen nur der pflegebedürftige Mensch selbst, pflegende Angehörige oder eine inländische Pflege- oder Betreuungseinrichtung sein.

Das BGBL. I Nr. 33/2007 Hausbetreuungsgesetz sowie die ebenfalls mit BGBL. Nr. 33/2007 in Kraft getretene Novelle zur Gewerbeverordnung 1994 schaffen nun die arbeits- und gewerberechtliche Grundlage für eine legale bis zu 24-Stunden-Betreuung in privaten Haushalten in Form eines unselbstständigen Betreuungsverhältnisses mit Arbeitsvertrag oder als Form eines selbstständigen Betreuungsverhältnisses mit Werkvertrag (*BMSK* 2008).

Durch neue Vereinbarungen ist es für pflegebedürftige Menschen möglich, sich auf legale Art und Weise versorgen zu lassen, jedoch ist anzunehmen, dass die Organisation einer 24-Stunden-Betreuung durch die Angehörigen und nicht durch den Pflegebedürftigen selbst erfolgt und dass die Angehörigen durch berufliche Tätigkeit belastet sind. Hier übernehmen die bereits vielerorts sesshaften Gesundheits- und Sozialzentren bzw. Sozial- und Gesundheitssprengel eine wichtige Schnittstellenfunktion in der Versorgung.

Um die Qualität der Betreuung zu sichern, wurde in der Stammfassung des §21b Abs. 2 Z 5 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen jener der HeimhelferInnen nach der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe entspricht, von den Betreuungskräften verlangt. Die bisherigen Erfahrungen in der Vollziehung des § 21b BPGG haben jedoch gezeigt, dass bei bereits länger andauernden Betreuungsverhältnissen gleich zu achtende Kompetenzen der Betreuungskräfte vorliegen, die im Sinne einer praxisnahen Umsetzung der 24-Stunden-Betreuung ebenfalls als adäquater Qualitätsstandard im Rahmen der Förderung der 24-Stunden-Betreuung berücksichtigt werden sollen. Diesen Erfahrungswerten Rechnung tragend, wurden in einer im April 2008 in Kraft getretenen Novelle zum BPGG geregelt, dass für den Fall, dass der Förderwerber von der betreffenden Betreuungskraft bereits seit zumindest sechs Monaten den Erfordernissen einer sachgerechten Betreuung entsprechend

betreut wurde, der nötige Qualitätsstandard als erfüllt anzusehen ist und – sofern die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind – eine Förderung in Anspruch genommen werden kann. Weiters kann der entsprechende Qualitätsstandard durch eine Befugnis der Betreuungskraft gemäß §§ 3b oder 15 Abs. 7 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) oder auf Grund des § 50b des Ärztegesetzes 1998 nachgewiesen werden. Eines der drei Qualitätskriterien muss ab 01.01.2009 erfüllt sein, um eine Förderung zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung erhalten zu können (BMSK 2007c).

Laut dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2007 wurden bis August 2008 2.293 Anträge zur Gewährung der finanziellen Unterstützung eingebracht, von denen 1.372 bewilligt wurden.

Eventuelle Problematiken, die sich aus der Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung ergeben, werden zu einem späteren Zeitpunkt (im empirischen Teil) näher angesprochen.

3.2 Mobile Einrichtungen

Zielsetzung der mobilen Dienste ist, den Verbleib der pflegebedürftigen Personen zu Hause zu ermöglichen, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und Angehörige und andere Betreuungspersonen so weit wie möglich zu entlasten. Generell zeigt sich ein Trend zum Einsatz von höher qualifiziertem Personal, wobei das größte Augenmerk auf die Ausweitung der Berufsgruppe der Alten/Pflegehelfer- und AltenfachbetreuerInnen gelegt wird. In allen Bundesländern hat die Anzahl der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zugenommen. Der Bereich der Heimhilfe hingegen hat sich in wesentlich geringerem Ausmaß ausgeweitet oder sogar reduziert.

Die in vielen Gemeinden eingerichteten Gesundheits- und Sozialzentren bieten ein breit gefächertes Angebot an. Sie informieren über die in den Gemeinden zur Verfügung stehenden sozialen Dienste und beraten Angehörige über zweckmäßige Hilfsmittel. Ebenfalls erheben sie die Bedarfslage der einzelnen KlientInnen und erstellen ein individuelles Betreuungskonzept, wobei sich die Bewilligung der Betreuungsleistungen sowie der Leistungsumfang an den Bedürfnissen der KlientInnen orientieren.

Ein Projekt, durchgeführt im Bereich der Altenpflege in Dänemark, lohnt sich an dieser Stelle noch erwähnt zu werden, angemerkt muss jedoch werden, dass in Dänemark der Staat Hauptverantwortlicher für die Altenpflege und -betreuung (in Österreich hingegen ist es die Familie) ist. Wie in Österreich ist auch in Dänemark das Ziel, vorrangig alte Menschen so

lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu belassen. Der dänische Staat hat zu diesem Zweck die Durchführung von präventiven Hausbesuchen seit 1996 gesetzlich verankert. So werden alle Menschen ab 75 Jahren zweimal im Jahr von geschultem Personal besucht. Ziel der Hausbesuche ist es, den Hilfebedarf der älteren Menschen abzuschätzen und sie über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Die Ergebnisse können den Erfolg dieser Hausbesuche beweisen.

Um auch in Österreich den Bedürfnissen der alten Menschen gerecht zu werden, müssen der Staat, der Markt, der informelle Sektor und das bürgerschaftliche Engagement sich miteinander vernetzen, um überhaupt alltagspraktisch und problembezogen auf die Schnittstelle zwischen Lebenswelt und professioneller Versorgung wirken zu können.

3.2.1 Besuchsdienst/Begleitdienst

Die Hauptaufgabe des Besuchsdienstes liegt in der Förderung der Selbstständigkeit sowie die Sicherung sozialer Grundbedürfnisse. Zu den Aufgaben zur Förderung der Selbstständigkeit gehören: Begleitung oder Erledigung bei und von Arzt- und Behördenwegen, die Begleitung bei Rollstuhlfahrten, Einkäufen und Besorgungen. Zu den Aufgaben zur Sicherung sozialer Grundbedürfnisse lassen sich die Erledigung der Korrespondenz, die Aufrechterhaltung der Kontakte zu Nachbarn, Angehörigen und Freunden, aber auch die Begleitung zu Aktivitäten wie Kino, Theater etc. zählen (vgl. *Pöltner* 2006).

3.2.2 Heimhilfe

HeimhelferInnen unterstützen ihre KlientInnen bei der Aufrechterhaltung des Haushaltes (Einkauf, Sauberhalten der Gebrauchsgegenstände, Wäsche, Kleidung usw.), bei der Förderung und Erhaltung körperlichen Wohlbefindens (Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Zubereitung von Mahlzeiten usw.), bei der Förderung der Selbstständigkeit durch Motivation zur selbstständigen Ausführung von täglichen Aktivitäten (wie abstauben, Blumen gießen, Begleitung beim Einkauf usw.) und bei der Sicherung sozialer Grundbedürfnisse (Aufrechterhaltung der Kontakte zu Nachbarn, Angehörigen, Freunden usw.) (vgl. *Pöltner* 2006).

3.2.3 Pflegehilfe

Unter der Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes sowie von ÄrztInnen umfasst die Pflegehilfe die Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Das

Ziel der Pflegehilfe ist die Förderung und Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens sowie die Schaffung und Erhaltung des Pflege- und Betreuungsmilieus. Der Tätigkeitsbereich der PflegehelferInnen umfasst die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen wie Körperpflege, Mobilisation, Inkontinenzversorgung, Medikamenten- sowie Nahrungsverabreichung und Lagerung; weiters die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen wie zum Beispiel die Wundversorgung oder Stomaversorgung sowie die soziale Betreuung der KlientInnen und die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten (*Pöltner* 2006: 232).

3.2.4 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege schafft die Möglichkeit, die KlientInnen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung medizinisch zu versorgen (*Pöltner* 2006: 232). Es steht eine ganzheitliche Betreuung im Vordergrund, die nach dem Prinzip der aktivierenden und reaktivierenden Pflege, sowie Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit gestaltet werden soll. Die Behandlung erfolgt nach Anordnung der behandelnden ÄrztInnen und umfasst medizinische Leistungen wie zum Beispiel die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung, Kanülen-, Stoma- oder Katheterpflege (vgl. *Pöltner* 2006).

3.2.5 Reinigungsdienst

Die MitarbeiterInnen des Reinigungsdienstes übernehmen schwere häusliche Tätigkeiten wie Großreinigung, Fenster putzen, Türen-, Möbel- und Bodenpflege (vgl. *Pöltner* 2006).

3.2.6 Wäschepflegedienst

Die Wäsche der KlientInnen wird gewaschen, gebügelt und wieder gebracht, auf Wunsch wird auch ein Nähservice durchgeführt (vgl. *Pöltner* 2006).

3.2.7 Essen auf Rädern

KlientInnen, welche nicht mehr in der Lage sind, ihr Essen selbst zuzubereiten, können je nach regionalem Angebot ein Mittagessen zugestellt bekommen (*Pöltner* 2006: 233).

3.3 Primary Nursing, Care- und Case-Management

Der Begriff des Primary Nursing ist ein Begriff aus dem anglo-amerikanischen Raum, er bezeichnet eine/n diplomierte/en Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger mit umfassendem Wissen und Erfahrung. Die Aufgabenbereiche umfassen Assessment, Pflegeplanung, Evaluation, Delegation und Kontrolle sowie die Organisation von Zusatzleistungen. Die Tätigkeiten des Primary Nursing decken sich in mancher Hinsicht mit dem Case-Management.
Die Kernaufgabe der Primary Nurse ist es, für den/die KlientInnen die optimale Betreuungsform zu finden und diese laufend zu evaluieren und anzupassen.
Obwohl die Begriffe Care- und Case-Management oft diffus benutzt werden, gibt es bedeutende Unterschiede; das Care-Management, Versorgungsmanagement oder die Pflege-organisation zielen auf die Koordinierung und Steuerung der Versorgungsstrukturen, das Case-Management hingegen ist eine einzelfallorientierte Ausgestaltungssystematik des Care-Managements, die sich auf konkrete unterstützende Hilfeplanung konzentriert. Methodologisch handelt es sich bei beiden Konzepten um Vernetzungsstrategien.

Case-Management zeichnet sich vor allem durch eine präventive Absicht aus: Ziel ist es, eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Ebenfalls zählt das Case-Management zu den Methoden der organisierten Empowermentstrategien. Unter Empowerment versteht man einen Prozess, der darauf abzielt, die Kräfte zu erwecken, die einen Menschen dazu befähigen, seinen Lebensplan und seinen Lebensalltag mit größeren Anteilen an Eigenregie zu gestalten (*Schroeter* 2006); insofern kann Care- und Case-Management als Instrument zur Gewinnung von Empowerment angesehen werden.
Empowerment zielt dabei auf die Erlangung von Kontrollkompetenz und Selbstständigkeit und wirkt so „gezielt auf die Ressourcen und Stärken der Menschen, auf ihre Potenziale zur Lebensbewältigung und -gestaltung – auch unter den eingeschränkten Bedingungen des Mangels oder vor dem Hintergrund vielfältiger persönlicher und sozialer Defizite“ (*Stark* 1996: 108).

Care- und Case-Management sind zwei Modelle, welche zwar beide auf Kooperation und Vernetzung zielen, aber auf unterschiedlichen Ebenen wirksam werden. Care-Management wirkt auf die Meso- und Makro-Ebene, indem es dazu eingesetzt wird, als kooperatives Steuerungselement zur Vernetzung von sozialen Versorgungssystemen zu wirken, geht es

hingegen um die individuelle Handlungsebene, so ist es das Case-Management, welches in der gesellschaftlichen Mikro-Ebene wirkt.

3.4 Stationäre Einrichtungen

3.4.1 Alten- und Pflegeheime, betreutes Wohnen

Alten- und Pflegeheime stellen die stationäre Langzeitpflege und -betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Personen bereit. Der Bereich der stationären Betreuung umfasst ein breites Spektrum von Angebotsformen, die im Sinne eines differenzierten und auf unterschiedliche Bedürfnisse ausgerichteten Leistungsangebotes vom Wohnangebot für (noch) nicht hilfsbedürftige Personen bis hin zur Versorgung schwerst pflegebedürftiger und chronisch kranker Personen reicht. Dem unteren Ende des Spektrums lassen sich die Angebote betreutes Wohnen oder Seniorenwohnungen und -wohngemeinschaften zuordnen, dem oberen Ende des Spektrums hingegen Pflegeheime und Pflegeanstalten für chronisch Kranke.

Alten- und Pflegeheime befriedigen sowohl Wohn- als auch Betreuungsbedürfnisse alter hilfs- und/oder pflegebedürftiger Menschen: Das klassische Altenheim bietet Unterkunft und Grundversorgung für Personen, die nicht mehr ohne Hilfestellung im eigenen Haushalt leben können, aber keine dauernde Pflege benötige; Pflegeheime stellen über Wohnung und Grundversorgung hinaus auch ständige Pflege bereit (*ÖBIG* 2004). Soziale und kulturelle Bedürfnisse sollten in beiden Einrichtungstypen abgedeckt werden. Ein aktivierendes, dem Leben außerhalb der Institution weitgehend entsprechendes Milieu wird angestrebt.

Seniorenwohnungen sind Wohnungen für alte Menschen, die sich durch Barrierefreiheit und ihre Nähe zu den Einsatzstellen mobiler Dienste oder durch ihre Nähe zu Altenwohn- bzw. Pflegeheimen auszeichnen. Sie stellen eine Alternative zum klassischen Altenheim oder zur Betreuung durch mobile Dienste dar.

In der Regel mietet der Bewohner eine zentral gelegene barrierefreie und altengerechte Wohnung, meist in einer speziellen Wohnanlage. Darüber hinaus muss er ein Paket an Grundleistungen des Betreuungsservices annehmen, für die monatlich eine Betreuungspauschale zu entrichten ist. Diese Grundbetreuung umfasst Beratung und Informationsleistungen sowie die Notrufsicherung, zusätzlich werden noch mobile Wahlleistungen – wie z.B. Mahlzeiten, Reinigungs- oder Pflegeleistungen – angeboten, die in Form sozial gestaffelter Kostenbeiträge nach den landeseinheitlichen Richtlinien bezahlt werden müssen. Die Bewohner schließen einen Miet- und Betreuungsvertrag.

Diese Wohnform unterliegt nicht den heimrechtlichen Bestimmungen (*ÖBIG* 2004: 63).

Derzeit unterliegt die Betreuung von alten Menschen einem Wandel. Die Nachfrage nach Wohnplätzen sinkt aufgrund immer besserer Wohnverhältnisse, hingegen steigt die Nachfrage nach Pflege und intensiver Betreuung. Dieser Zustand wird durch die Zunahme an Menschen mit demenziellen Erkrankungen und anderen pflegeintensiven Beeinträchtigungen im Alter verursacht. Folge dieses Strukturwandels ist eine veränderte Anforderung an die Träger von Alten- und Pflegeheimen.

Die Schwerpunktsetzung auf den Ausbau von Pflegeheimen und den oftmals gänzlichen Verzicht auf Altenheime ist nur dann zielführend, wenn es gelingt, Fehlplatzierungen zu vermeiden und das entsprechende substitutive Angebot an mobilen pflegerischen und sozialen Diensten, teilstationärer Betreuung sowie an alternativen Betreuungsformen (wie z.B. Seniorenwohngemeinschaften) aufzubauen (*ÖBIG* 2004). Das Ziel ist – für Menschen, die nur fallweisen Pflegebedarf haben – vordergründig mobile Betreuung einzusetzen.

Generell ergeben sich folgende Kernproblematiken:

- <u>Umstrukturierung des Heimplatzangebotes</u>
  Erhöhung des Angebotes an Pflegeplätzen und eine Verringerung des Angebotes an reinen Wohnplätzen.
- <u>Zeitgemäße Ausstattung der baulich-räumlichen Strukturen</u>
  Mit einer Veränderung im Heimplatzangebot steht auch die Verbesserung der baulich-räumlichen Bedingungen in Zusammenhang. Ein Reinvestitionsbedarf ist erforderlich, um die Bauten auf einen modernen Standard zu bringen.
- <u>Erhöhung der Zahl der Pflege- und Betreuungspersonen</u>
  Generell ist ein zusätzlicher Bedarf an Pflegepersonen gegeben, der ganz Österreich betrifft.
- <u>Qualitätssicherungsmaßnahmen</u>
  Betreffen die Fort- und Weiterbildung des Personals und die Umsetzung der Heimgesetze, denen vielfach noch nicht ausreichend entgegengewirkt wurde.

3.4.2 Sonderform: Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist die vorübergehende stationäre Pflege eines pflegebedürftigen Menschen, der sonst zu Hause betreut wird, mit dem Ziel zum einen der Stabilisierung und Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und zum anderen der Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Pflegende Angehörige können bei Urlauben oder Krankenständen, aber auch bei physischer oder psychischer Überlastung von dieser Einrichtung Gebrauch machen. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt eines pflegebedürftigen Menschen oder bei vorübergehender Intensivierung des Pflegebedarfes kann Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Generell wird die Kurzzeitpflege nicht in eigens dafür vorgesehenen Einrichtungen, sondern innerhalb von Alten- und Pflegeheimen angeboten.

Um der zusätzlichen finanziellen Belastung entgegenzuwirken, wird nahen Angehörigen, die seit mindestens einem Jahr den pflegebedürftigen Menschen mit der Pflegestufe vier betreut haben, eine Zuwendung als Zuschuss zu jenen Kosten gewährt, die im Falle einer Verhinderung dieser Hauptpflegeperson anfallen.

Bei einer Ausgangslage 2002 mit 631 Kurzzeitpflegeplätzen wird eine Aufstockung auf 984 Plätze im Jahr 2010 von den Ländern angestrebt (*ÖBIG* 2004: 62).

Das Institut für Pflegewissenschaft führte 2006 eine Untersuchung zum Thema „Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme für pflegende Angehörige“ (*BMSK* 2006: 17) durch. Einige der wichtigsten Anliegen, die auch von Angehörigen geäußert wurden, stellen sich folgendermaßen dar:

- Es bedarf einer generellen Erhöhung des Angebotes, auch in Akutfällen.
- Die Einrichtungen müssen wohnortnah tätig sein.
- Es bedarf quantitativer Erhebungen, um den tatsächlichen Bedarf besser abschätzen zu können.
- In Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollte das Prinzip des „offenen Hauses für pflegende Angehörige“ verwirklicht werden, mit einem Erstbesuch zur Besichtigung und zum Abbau von Vorurteilen, einem umfassenden und gezielten Assessment am Beginn des Aufenthaltes und einer an der Lebenswelt der Pflegebedürftigen anknüpfenden Leistungserbringung.

Das vorrangigste Ziel aller österreichischen Bundesländer – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – sollte jedoch ein flächendeckendes Angebot sein, welches auch kurzfristig Hilfe

für Pflegebedürftige und deren Angehörige wirksam werden lassen kann. Warum diese kurzfristige Pflegeübernahme so bedeutungsstark ist, lässt sich mit einer Studie der niederösterreichischen Krankenanstalten aus dem Jahr 1994 zeigen.

- Fehlbelegungen nach Einschätzung der Ärzte: 14,2%
- Fehlbelegungen nach Einschätzung der Pflegekräfte: 18,64%

Unter Fehlbelegung wird an dieser Stelle verstanden, dass das Versorgungsangebot der jeweiligen Station nicht dem Versorgungsbedarf entspricht oder dass der stationäre Aufenthalt die notwendige Behandlungsdauer übersteigt (*Weisz, Hartl* 2009).

Die Ursache der relativ großen Unterschiede in der Einschätzung zwischen Pflegekräften und Ärzten möchte ich an dieser Stelle nicht weiter verfolgen.

Nach den Aussagen der befragten Personen war die Situation hinsichtlich der „Fehlbelegungen“ für den Jahresdurchschnitt der jeweiligen Einrichtung grundsätzlich repräsentativ, es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Zahl der „Fehlbelegungen“ in der Urlaubszeit und um die Feiertage noch höher ist (*Badelt et al.* 1995: 142). Ich möchte hier von der Annahme ausgehen, dass diese Zahlen – auch aufgrund meiner persönlichen Erfahrung – als realistisch angesehen werden können und die Problematik der Versorgung in Urlaubszeiten ausgezeichnet widerspiegeln, dazu ist noch zu bemerken, dass solange das Akutkrankenhaus Vorteile aus der Belegung von Betten mit Pflegefällen ziehen kann, eine Änderung eher unwahrscheinlich ist.

3.5 Teilstationäre Einrichtungen

Teilstationäre Dienste stellen entsprechend dem Prinzip abgestufter Dienste für pflegedürftige Personen ein Zwischenglied zwischen der Betreuung zu Hause und der Aufnahme in ein Pflegeheim dar.

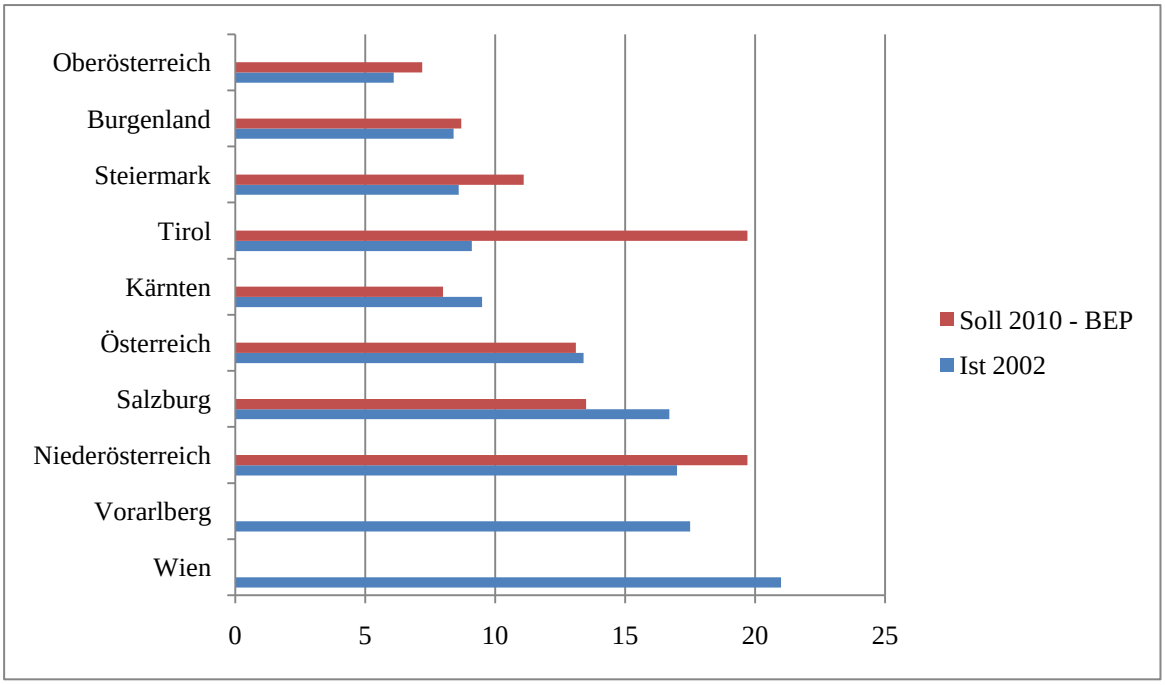
Die teilstationären Dienste in Form von Tagespflege, Tagesbetreuung und Tageszentren stellen einen relativ neuen Versorgungsbereich für pflegebedürftige Personen dar. Primäre Zielgruppe sind Menschen mit funktionellen Einschränkungen und/oder psychischen Veränderungen, die den Alltag nicht mehr alleine bewältigen können und durch mobile Dienste unterversorgt, durch stationäre Pflege jedoch überversorgt wären (*ÖBIG* 2004). Um ein Tageszentrum in Anspruch zu nehmen, muss die Betreuung des pflegebedürftigen Menschen durch informelle oder durch professionelle Hilfe ergänzt werden, ebenfalls muss die Transportfähigkeit der KlientInnen gegeben sein.

Ziel dabei ist, das Angebot an teilstationärer Betreuung primär in städtischen Regionen auszubauen und dabei weitere Erfahrungen mit der Akzeptanz dieses Angebotes und der Nachfrage zu sammeln. Der Ausbau dieser Einrichtungen kann für Angehörige bedeuten, dass sie bei der Betreuung entlastet werden und/oder ihre eigene Berufstätigkeit aufrecht erhalten können. Die Angebotsform der teilstationären Betreuung ist außerhalb Wiens noch relativ wenig etabliert, und zwar unter anderem deshalb, weil diese aufgrund der erforderlichen geografischen Erreichbarkeit eher urbane Strukturen voraussetzt. Zu beachten ist, dass Tageszentren einen großen Personalbedarf und damit hohe Kosten des Leistungsangebotes verzeichnen. Ferner ist zu beachten, dass die KlientInnen ihren eigenen Haushalt weiterfinanzieren müssen, so können einkommensschwache Personen von einer Inanspruchnahme ausgeschlossen werden. Als wichtigster Punkt hat sich in der jüngeren Zeit das „Transportproblem“ herausgestellt.

3.6 Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Österreich

In einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern soll bis 2010 „ein qualitäts- und bedarfsgerechtes“ Angebot verfügbar sein. Mit Hilfe der folgenden zwei Diagramme kann der Ausbaubedarf einerseits an notwendigem Personal (im mobilen Bereich der Versorgung) und andererseits an der Anzahl der Heimplätze anschaulich dargestellt werden. Die Daten der folgenden Diagramme stammen vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und sollen den Iststand von 2002 mit dem Sollstand 2010 vergleichen.

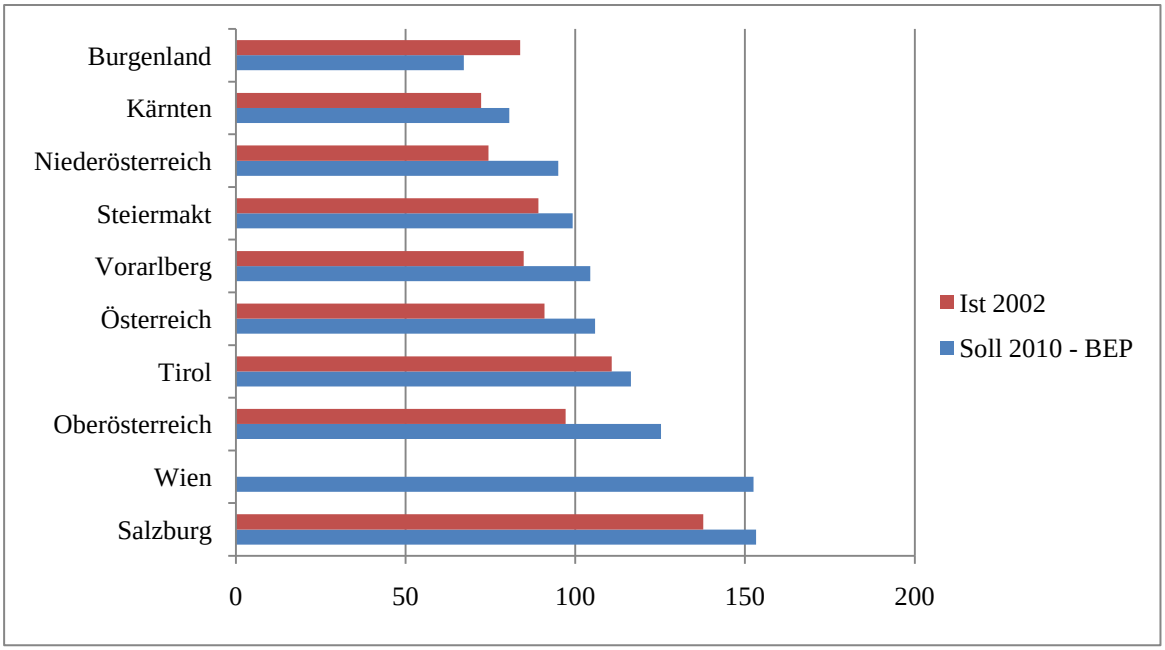
Abb. 4: Mobile Dienste in Ö. – Sollstand an Pflege- und Betreuungspersonen pro 1.000 Einwohner über 75 Jahre im Jahr 2010 auf Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne und Iststand im Jahr 2002.



VZÄ pro 1.000 EW 75+

Quelle: ÖBIG 2004 – eigene Berechnungen nach Auskünften der Ämter der Landesregierungen
VZÄ = Vollzeitäquivalente (Basis 40-Stunden-Beschäftigung)
BEP = Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

Abb. 5: Alten- und Pflegeheime in Österreich – Sollstand an Heimplätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren im Jahr 2010[i] im Vergleich zum Iststand 2002



Heimplätze pro 1.000 EW 75+

Quelle: ÖBIG 2004 – eigene Berechnungen nach Auskünften der Ämter der Landesregierungen

Um zu einer möglichen Berechnung des zukünftigen Betreuungsbedarfes (2030) zu kommen, stellten *Badelt* et al. (1995) Überlegungen hinsichtlich der unterschiedlichen demografischen Entwicklungen und Änderungen im Ausmaß altersspezifischer Morbidität an.
Ausgehend davon, dass der Bedarf an Altenhilfeleistungen von einer Vielzahl von Variablen beeinflusst wird, wurden folgende in den Modellrechnungen berücksichtigt:

- Die demografische Entwicklungen für die Jahre 2010 und 2030,
- die Einflüsse unterschiedlicher Bedürftigkeitsintensitäten (geringer, mittlerer, hoher Betreuungsbedarf) und
- die Entwicklungen des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Auswirkungen auf das quantitative Ausmaß altersspezifischer Morbidität.

Es werden drei unterschiedliche Nachfrage- bzw. Bedürftigkeitsszenarien in die Modellrechnungen einbezogen, welche als Szenario „Status Quo“ (Betreuungsbedürftigkeit unverändert für die Zukunft), Szenario „Long Life“ (die durchschnittliche Lebensdauer wird durch medizinisch-technische Maßnahmen verlängert – insbesondere bei lebensbedrohenden chronisch-degenerativen Krankheiten) und Szenario „Better Health“ (es werden im Gesundheitssystem vermehrt präventive Maßnahmen eingesetzt) bezeichnet werden.

- Unterschiede in der Versorgungsstruktur, also unterschiedliche Annahmen über die Entwicklung stationärer und ambulanter Einrichtungen der Altenhilfe; dabei werden Alternativen mit den Bezeichnungen „Ausbau stationär“ und „Ausbau ambulant“ skizziert.

Die dazu angestellten Berechnungen verdeutlichen, wie sehr die zukünftige Entwicklung des Betreuungsbedarfes in Österreich von gesundheitspolitischen Überlegungen beeinflusst wird. Wenn Ressourcen verstärkt in die Prävention fließen, so wird auch die Zunahme der Zahl betreuungsbedürftiger Menschen deutlich geringer ausfallen.
Unter Annahme des Szenarios „Better Health“ werden im Jahr 2030 645.000 Menschen betreuungsbedürftig sein und im Szenario „Long Life“, wo der Schwerpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen auf einem weiteren Ausbau der Akutversorgung liegt, werden im selben Jahr rund 960.000 Menschen betreuungsbedürftig sein (vgl. *Badelt* et al. 1995).

4 Auswirkung von Sozialpolitik auf die Lebenslage

Mit der Ausdifferenzierung des modernen Zentralstaates begann die Sozialpolitik ihre Aufgaben im Ausgleich der Klassengegensätze zu sehen. Sie leistet einen wesentlichen Beitrag zur Vorbeugung und Vermeidung von Armut und schafft die Voraussetzungen für sozialen Zusammenhalt und die Bewältigung des sozialen, demografischen und ökonomischen Wandels. In Österreich überwiegen gegenüber den Sachleistungen die monetären Leistungen, dies drückt sich sehr stark bei den Familienleistungen und Sozialleistungen für ältere und pflegebedürftige Personen aus.

Eine Sozialpolitik für alte und ältere Menschen umfasst sämtliche das Leben im Alter betreffenden Bereiche staatlichen und öffentlichen Handelns (vgl. *Schulz-Nieswandt* 2006; *Bäcker* et al. 2008). Sozialpolitik ist, so *Amann*, ebenso der gezielte Eingriff des Staates in die Lebensverhältnisse von Menschen, um gegebene Strukturen zu verändern oder neue zu schaffen. Die Eingriffe beziehen sich auf die Bereiche der Produktion und der Reproduktion in ihren gesellschaftlichen und kulturellen Dimensionen, ihre Mittel sind jene, die das System der (Konkurrenz-) Demokratie entwickelt hat. Die Folgen sozialpolitischer Eingriffe sind immer Gestaltung der Lebenslagen von einzelnen oder Gruppen von Menschen (*Amann* 2000: 56 f.). Die 1959 von *Weisser* vorgenommene Definition sieht Lebenslage „als den Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die er bei ungehinderter und gründlicher Selbstbestimmung als bestimmend für den Sinn seines Lebens ansieht“ (*Weisser* 1978: 386).

Bei dem Lebenslagekonzept (vgl. dazu *Amann* 2000; *Backes* 1997; *Clemens* 2000, 2004; *Backes, Clemens* 2008) handelt es sich um ein mehrdimensionales und auf die Analyse (gesellschaftlicher) Problemsituationen abzielendes Konzept. Lebenslagen sind mehr als durch Einkommen bestimmte materielle Lebenssituationen, denn hierdurch werden vielmehr bestimmte Positionen und Einflussmöglichkeiten innerhalb einer hierarchisch geordneten, gesellschaftlichen Machtstruktur verteilt. Lebenslage heißt aber auch laut *Amann* (2000) „Spielraum“, wobei der Spielraum desto größer ist, je mehr Elemente die Auswahlmenge enthält. Wichtig ist – im Zusammenhang mit dieser Arbeit – die Qualität der Elemente, gemessen am Grad der Interessenbefriedigung.

4.1 Lebenslagen im Alter

Im Hinblick auf die Notwendigkeit einer differenzierten Altenhilfe möchte ich im folgenden Abschnitt den Versuch wagen, das Konzept der Lebenslagen anzuwenden, und zwar vor dem Hintergrund, dass von „dem Alter“ nicht mehr die Rede sein kann, sondern in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand, der sozioökonomischen Lebensbedingung und des individuellen Lebensstils sich das Alter in den unterschiedlichsten Facetten zeigt.

Es gibt nach wie vor Armut und soziale Deprivation im Alter, die ansteigende Zahl von aktiven und rüstigen Senioren weist aber auf sich verändernde Bedürfnisse hin. Der Zeitpunkt des Ausstieges aus dem Berufsleben wird oft als zentrales Ereignis gesehen, welches den eigentlichen Beginn des „Alters“ andeutet. Als Themen soziologischer Analyse, so *Backes* (1997: 103), werden ältere Arbeitnehmer, Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, Übergang in den Ruhestand, Lebensqualität im Alter, soziale Ungleichheit und Alter, Lebenslage allgemein und einzelner benachteiligter Gruppen im Alter, alte Frauen, Einkommenssituation und Armut, Wohnen und Selbstständigkeit in der gewohnten Umgebung, Gesundheit, soziale Kontakte mit und außerhalb der Familie, Familie als Versorgungskapazität im Alter herangezogen.

Mit den Jahren hat sich auch die innere Struktur der Lebensphase Alter gewandelt (*Backes, Clemens* 2008) und das Alter wird zunehmend multikulturell.

Deshalb werden im folgenden Kapitel drei Personengruppen mit Problembereichen in ihren speziellen Lebenslagen konfrontiert.

- Alleine lebende, selbstständige alte Menschen
  Nicht nur materielle oder gesundheitliche Probleme werden Versorgungsbedarf induzieren, sondern auch soziale Isolation und mit ihr Einsamkeit.
- Pflegebedürftige alte Menschen
  Diese werden aufgrund der Entwicklung der familialen Hilfssysteme immer weniger ausreichend versorgt und dadurch stärker auf professionelle Hilfe angewiesen sein.
- Alte MigrantInnen
  Diese Personengruppe wird zukünftig neue Anforderungen an das bereits etablierte System stationärer und ambulanter Altenhilfe mit sich bringen.

4.2 Übersicht

Zusammenfassend lassen sich die Handlungs- und Dispositionsspielräume der Lebenslage nach *Naegele* (1998: 110) wie folgt darstellen:

1. der Vermögens- und Einkommensspielraum;
2. der materielle Versorgungsspielraum: Er bezieht sich auf den Umfang der Versorgung mit übrigen Gütern und Diensten, insbesondere des Wohnbereichs, des Bildungs- und Gesundheitswesens inkl. Art und Ausmaß infrastruktureller Einrichtungen, Dienste und Angebote des übrigen Sozial- und Gesundheitswesens;
3. der Kontakt-, Kooperations- und Aktivitätsspielraum: Er betrifft die Möglichkeiten der Kommunikation, der Interaktion, des Zusammenwirkens mit anderen sowie der außerberuflichen Betätigung;
4. der Lern- und Erfahrungsspielraum: Er steckt die Möglichkeiten der Entfaltung, Weiterentwicklung und der Interessen ab, die durch Sozialisation, schulische und berufliche Bildung, Erfahrungen in der Arbeitswelt sowie durch das Ausmaß sozialer und räumlicher Mobilität und die jeweiligen Wohn-Umweltbedingungen determiniert sind;
5. der Dispositions- und Partizipationsspielraum: Er beschreibt das Ausmaß der Teilnahme, der Mitbestimmung und der Mitgestaltung in den verschiedenen Lebensbereichen;
6. der Muße- und Regenerationsspielraum sowie der Spielraum, der durch alternstypische psycho-physische Veränderungen, also vor allem im Gesundheitszustand, und in der körperlichen Konstitution bestimmt wird und
7. schließlich der Spielraum, der durch die Existenz von Unterstützungsressourcen bei alternstypischer Hilfe- und Pflegeabhängigkeit aus dem familialen und/oder nachbarschaftlichen Umfeld bestimmt ist.

Wobei sich diese Handlungsspielräume in der sozialen Wirklichkeit, wie auch an den gewählten Beispielen (selbstständige und pflegebedürftige Menschen und MigrantInnen) erkennbar sein wird, überschneiden.

4.2.1 Selbstständige, alleine lebende alte Menschen

Das Alleinleben im Alter ist selten eine freiwillig gewählte Lebensform, meist stellt der Verlust des Partners durch Tod die häufigste Ursache dar. Von dieser Situation sind vor allem ältere Frauen (vgl. dazu *Hörl, Kytir* 2000) und weniger ältere Männer betroffen. Im Gegensatz zum Alleinleben als individuell gewählter Lebensstil bei Jüngeren, ist das Alleinleben im Alter eine durch Veränderungen erzwungene Lebensform.

Materielle Situation

Nach den Ergebnissen des Alterssurveys 2002, einer Befragung älterer Menschen nach deren Lebensbedingungen und materiellen Verhältnissen, kann die Einkommenssituation des älteren Bevölkerungsteils im Allgemeinen als gut bezeichnet werden. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen liegen in den höheren Altersgruppen zwar unter denen der jüngeren Befragten, diese Unterschiede sind aber nicht als gravierend zu bewerten, sondern entsprechen dem erwartbaren Rückgang der Einkommen nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Für den Durchschnitt der Bevölkerung im Ruhestand kann also von einer befriedigenden Einkommenssituation ausgegangen werden.

Herkunft, Ausbildung und erreichte berufliche Position bestimmen letztlich auch im Alter die materielle Lebenslage, so *Backes, Clemens* (2008: 16).

Wohnsituation und familiale Integration

Wie bereits eingangs erwähnt, wohnen ältere Menschen meist nicht mit ihren Kindern in einem Haushalt, sondern wohnräumlich von ihnen getrennt, jedoch in nicht allzu weiter Entfernung. *Rosenmayr* stellte 1996 fest, dass – entgegen vielen früheren Auffassungen – die Beziehungen zwischen älteren Menschen und ihren erwachsenen Kindern mit gutem Einvernehmen auch ohne Haushaltsgemeinschaft möglich sind.

Einsamkeit und Isolation

Sinnvoll ist es hier, zwischen dem Begriff der sozialen Isolation, der die objektiven Kontaktmöglichkeiten eines Menschen bezeichnet, und dem Begriff der Einsamkeit, unter welchem das subjektive Erleben sozialer Eingebundenheit zu verstehen ist, zu unterscheiden. Der isolierte alte Mensch stellt, so *Lehr* (1996), nur eine kleine Gruppe dar. Worauf jedoch nicht vergessen werden darf ist, dass es zu einer physiologischen Verkleinerung des sozialen Netzwerkes kommen könnte, was zu sozialen Schwierigkeiten führt.

Schlechte Gesundheit, schlechte Wohnbedingungen, geringe materielle Ressourcen, Kinderlosigkeit und alleine leben gelten als Risikofaktoren für Isolation.

4.2.2 Hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen

Mit fortschreitendem Alter erhöht sich das Risiko für alte Menschen, ihre selbstständige Lebensführung aufgeben zu müssen, ebenso erhöht sich die Gefahr, für verschiedene Alltagsaktivitäten auf Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk angewiesen zu sein. Wenn Hilfe nicht verfügbar ist, droht nicht selten ein Umzug in ein Heim.

Gesundheitszustand

Der Anstieg an chronischen Krankheiten und Multimorbidität führt zu einer starken funktionellen Beeinträchtigung. Ausschlaggebend bei alten Menschen ist jedoch der subjektiv empfundene Gesundheitszustand, welcher nicht immer mit dem ärztlichen – objektiv wahrgenommenen – übereinstimmen muss.

Wohnsituation

Pflegebedürftige ältere Menschen werden vornehmlich zu Hause betreut, oft sind die schlechten Wohnverhältnisse mitverantwortlich, dass Pflegebedarf zunimmt oder überhaupt erst entsteht. Aufgrund der oftmals vorliegenden schlechten finanziellen Situation von alten pflege- und hilfsbedürftigen Menschen ist ein Umzug in eine besser ausgestattete Wohnung nicht immer möglich (vgl. *Feuerstein, Havel* 2000). Daraus ergibt sich, dass bei bereits vorhandenen Einschränkungen der Selbstständigkeit die ungünstigen Wohnverhältnisse als zusätzlicher Verstärker wirksam werden.

Soziale Beziehungen

Für hilfs- und pflegebedürftige Menschen ist die Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen oft aus Mangel an Körperressourcen, verursacht durch gesundheitliche Probleme, nicht mehr möglich.

Mit fortschreitendem Alter wird dem Phänomen der sozialen Beteiligung eine neue Rolle zugedacht, denn die in den vorherigen Lebensphasen vorprogrammierte oder erzwungene soziale Beteiligung fällt weg und es ist nur mehr individuelle Initiative, die soziale Aktion auslöst. Kontakte zu Familienangehörigen stellen in den meisten Fällen den wichtigsten

Bezug zur Umwelt dar. Tod oder Wegzug bekannter Personen kann zu einem Zusammenbrechen der sozialen Netzwerke und somit der Selbstständigkeit führen.

4.2.3 Alte MigrantInnen

MigrantInnen kommen in Österreich meist aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, besonders zwischen 1991 und 1997 ist die Zahl der ZuwanderInnen[1] angestiegen. In manchen Aufnahmeländern mit einer längeren Migrationsgeschichte wie Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Schweden wurde man schon vor einiger Zeit auf diese Gruppe aufmerksam gemacht (vgl. *Fernández de la Hoz, Pflegerl* 2000). In Österreich hingegen stecken Forschungsergebnisse zum Thema Pflege und Migration noch in den Kinderschuhen. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil aus gesundheitlichen, finanziellen und familiären Gründen nicht wieder in ihre Heimatländer zurückkehren wird und hier ihren Lebensabend verbringen wird.
Um den Bedürfnissen der MigrantInnen gerecht zu werden, fehlt es an einschlägigen Untersuchungen in Österreich, so *Reinprecht* (2006), auch verfügt die amtliche Bevölkerungsstatistik über keinerlei Daten, die Rückschlüsse auf Zahl, gesellschaftliche Stellung, Einwanderungsverlauf, Einbürgerungs- und Mobilitätsverhalten von ArbeitsmigrantInnen zulassen würden. Dieser Mangel an Forschungsergebnissen führt dazu, dass sich der Möglichkeitsraum für ein autonomes und sozial eingebundenes Älterwerden im Kontext mit der Migration verengt (*Reinprecht* 2006: 7).

Krankheitsspektrum

Bei den ArbeitsmigrantInnen spiegelt sich die Spezifik der Belastungen wider, die für den Migrationshintergrund kennzeichnend sind; die jahrelange körperliche Schwerarbeit vieler hat zur Folge, dass sie aufgrund ihrer Arbeitsbiografien eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit aufweisen werden (vgl. *Fernández de la Hoz, Pflegerl* 2000). Auch durch die psychosoziale Belastung, die sich durch ein Altern in der Fremde ergibt, wird sich das Krankheitsspektrum ausdehnen. Aus einer Studie (*Fernández de la Hoz, Pflegerl* 1999) geht

[1] Anzahl der Einbürgerungen 2004: 42.174; 2005: 35.417; 2006: 26.259; 2007: 14.041.

hervor, dass Spitälern ein sehr großer Stellenwert zugewiesen wird – dieser ev. sogar bei der Entscheidung für die Migration eine bedeutsame Rolle gespielt hat.

Familiale Netzwerke

Generell kann von einer starken Familienorientierung bei MigrantInnen gesprochen werden. Die Familien halten in der Immigration an ihren Vorstellungen familialer Sorge fest, da sie dadurch ihr Familienkonzept schützen, denn die Familie ist die Grundlage der eigenen Identität, was vor allem auf Familien mit kollektivistischer Orientierung zutrifft. Für russlanddeutsche Familien ist es z.B. nicht akzeptabel, dass ein Mensch in ein Altenheim kommt, da dies gegen die Pflicht der intergenerativen gegenseitigen Hilfe verstoßen würde. Mit großem Unverständnis reagieren sie auf die Angebote professioneller Helfer, den Pflegebedürftigen doch besser im Altenheim unterzubringen, damit es der pflegende Angehörige leichter hat. Nicht selten entziehen sie sich nach solchen Erfahrungen dem Kontakt mit professionellen Helfern (*Schnepp* 2006: 68). Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass das Muster der räumlichen Konzentration der ausländischen Bevölkerung auch den Trend zur Bildung von ethnischen Subkulturen mit eigenen Unterstützungsmöglichkeiten verstärkt hat. Ein Netzwerk sozialer und kultureller Einrichtungen ist entstanden, von der Lebensmittelversorgung bis hin zu Gaststätten und Geschäften. Diese Einrichtungen haben nicht nur eine Dienstleistungsfunktion, sondern gerade für ältere MigrantInnen bieten sie einen potenziellen Quell der Unterstützung.

Das Zusammenleben in einem Mehrgenerationenhaushalt stellt aber nicht die einzige Wohnform älterer MigrantInnen dar, die herausragende Bedeutung der Familie darf nicht den Blick darauf verstellen, dass viele MigrantInnen im Alter alleinstehend sind. Diese Singlehaushalte betreffen laut den Wiener Studien auf 20 Prozent (Senior Plus) und 27 Prozent (Aktiv ins Alter) der befragten MigrantInnen zu. Unter den Singles befinden sich Personen, die als Ledige gekommen und auch noch im Alter alleinstehend sind, vielfach aber auch verwitwete oder geschiedene Personen, unter letzeren viele Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (*Reinprecht* 2006: 197). Auch wenn es sich letzten Endes um relativ wenige Menschen (im Gegensatz zur österreichischen Restbevölkerung) handelt, so muss auch den Bedürfnissen dieser Gruppe Rechnung getragen werden und eine Versorgungsstruktur geschaffen werden.

Materielle Situation

Über die Einkommenssituation von MigranInnen gibt es aus Österreich keine offiziellen Befunde, in Deutschland liegt das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen bei 1.310EUR/Person, Ausländer hingegen erreichen ein Einkommen von 871 EUR/Person. Daraus ergibt sich, dass ältere MigrantInnen über geringere bzw. sehr geringe finanzielle Ressourcen verfügen, da sie vorwiegend in jenen ökonomischen Branchen beschäftigt sind, deren Wettbewerbsfähigkeit durch billige Arbeit garantiert wird. Dazu kommt noch ein sehr ausgeprägtes Sparverhalten in dieser Gruppe, was sich v.a. dadurch begründen lässt, dass viele MigrantInnen ihre Angehörigen in den Herkunftsländern unterstützen und später wieder zurückkehren wollen. Es ist anzunehmen, dass sich diese Fakten mit einer Verbesserung der Bildungssituation der nächsten Generationen jedoch zukünftig ändern werden.

Wohnsituation

Bei der Betrachtung der Wohnsituation von ZuwanderInnen aus der Türkei und dem ehemaligem Jugoslawien zeigt sich, dass sie deutlich niedrigeren Standards ist als bei ÖsterreicherInnen. Sprachbarrieren, abnehmende Mobilität im Alter, Vorurteile der Wohnungsanbieter, schlechte Wohnverhältnisse (mangelnde Ausstattung, geringe Wohnungsgröße) werden zu zusätzlichen Belastungen, da sie den Alltag, die Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Aktivität erschweren (*Dietzel-Papakyriakou* 1993a: 50). Die „Senior Plus Studie“ (1999) hebt hervor, dass die Wohnsituation ein wichtiger Faktor im Hinblick auf die Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist und die großen Belagszahlen ein größeres Reservoir an Pflegeressourcen bieten, jedoch die beengten Verhältnisse zugleich Stress erzeugen und die Betreuung, insbesondere durch soziale Dienste, erschweren *(Reinprecht 1999: 101).*

Daraus lässt sich schließen, dass in der Regel nur geringe Möglichkeiten bestehen (fehlende Anpassungsmöglichkeit an die Bedürfnisse eingeschränkter alter Menschen), eine optimale Versorgung und Betreuung älterer MigrantInnen in der häuslichen Umgebung sicherzustellen.

Altern in der Fremde oder Rückkehr?

Besonders betrachtet muss an dieser Stelle der oftmals vorhandene Wunsch vieler MigrantInnen werden, in ihr Geburtsland zurückzukehren, obwohl objektive und subjektive Bedingungen dem gegenüberstehen. Aus diesem Grund wird die Rückkehrorientierung auch mit dem Phänomen der „Rückkehrillusion“ beschrieben, jedoch kann leicht übersehen werden, dass diese Orientierung von zentraler Bedeutung für den Lebensentwurf war und ist.

Nicht zu vergessen ist, dass es sich hierbei um ein bestimmtes Moment des Migrationsprojektes handelt, das sinnstiftend für die Lebensplanung wirkt und kompensierend für die Auseinandersetzung mit Belastungen ist (vgl. *Brandenburg* 2004). *Dietzel-Papakyriakou* (1993b), die diese Orientierung explizit als migrationsspezifische Ressource verstanden wissen wollen, stellen fest, dass die Rückkehrorientierung während des gesamten Migrationsverlaufes als Entlastungs- und Bewältigungsmechanismus im Alltag diente. Sie wurde eingesetzt, um zum Beispiel Anpassungsleistungen gegenüber der Einwanderergesellschaft ausweichen zu können, als eine Technik der inneren Distanzierung von den tatsächlichen Verhältnissen¸ ihre Beibehaltung im Alter stellt einen migrationsspezifischen „Alternsstil“ dar.

Ältere MigrantInnen äußern ihre Bedürfnisse gegenüber den Trägerorganisationen noch kaum. Deutlich wird, dass die Alterspolitik und die Altenhilfe neben den demografischen Herausforderungen sich auch stärker den multikulturellen Aufgaben stellen müssen.

5 Die Pflegevorsorge in Österreich Kompetenzverteilung und Finanzierung

Nicht nur in Österreich, sondern im ganzen europäischen Bereich ist die Pflegevorsorge immer wieder eines der Hauptthemen in sozialpolitischen Diskussionen. In der öffentlichen Diskussion wird das Gesundheitswesen meist mit dem Krankenversicherungssystem, das heißt mit der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall identifiziert. Der Bericht über die soziale Lage (2003–2004) besagt, dass in den gesamten EU-Mitgliedsstaaten zwischen einem Siebtel und einem Drittel des Bruttoinlandsproduktes über die sozialen Sicherungssysteme umverteilt werden (*BMSGK* 2004), denn demografische und gesellschaftliche Entwicklungen führten dazu, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, von einem individuellen zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem geworden ist, dessen Größenordnung die Möglichkeiten der individuellen Vorsorge übersteigt. Eine Reaktion darauf war die Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich, die mit 1. Juli 1993 wirksam wurde.

5.1 Gliederung des Sozialrechts

Generell wird das System der sozialen Sicherheit in Österreich von Wissenschaft und Praxis in drei Bereiche gegliedert: die Sozialversicherung, die Sozialentschädigung und die Sozialhilfe.

Die Kennzeichen der Sozialversicherung (Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung) sind, dass die versicherten Personen eine Risikogemeinschaft bilden und durch ihre Beiträge die Leistungen finanzieren (Versicherungsprinzip), wobei diese in ihren Anspruchsvoraussetzungen und in ihrer Höhe gesetzlich festgelegt sind.

Die Sozialentschädigung bezieht sich vor allem auf jene Personengruppen, für die der Staat aus bestimmten Gründen eine besondere Verantwortung zu tragen hat (z.B. Kriegsopfer, Opfer politischer Verfolgung, Verbrechensopfer). Die Ansprüche entstehen dabei durch bestimmte Ereignisse, die im jeweiligen Gesetz ausdrücklich genannt sind (Prinzip der Kausalität). Auch in der Sozialentschädigung werden gesetzlich bestimmte Leistungen erbracht, sie werden jedoch nicht durch Beiträge, sondern aus dem allgemeinen Budget des Bundes finanziert.

Die Sozialhilfe ist von ihrer Idee her nicht auf standardisierte Fälle, sondern auf individuelle Notlagen ausgerichtet. Typischerweise werden daher auf den Einzelfall zugeschnittene Leistungen erbracht, die auch nur dann gewährt werden, wenn andere Leistungen nicht zur Verfügung stehen oder nicht ausreichen (Prinzip der Subsidiarität). Die Sozialhilfe wird aus dem Budget der Länder finanziert (*Rubisch* et al. 2005).

5.2 Krankheit vs. Pflegebedürftigkeit

Etwa 99% der österreichischen Bevölkerung (einschließlich der mitversicherten Angehörigen) sind in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen, diese erbringt ihre Leistungen jedoch nur, wenn der Versicherungsfall der Krankheit vorliegt. Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne währt dabei so lange, wie die Behandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe) von einer Aussicht auf Besserung des Zustandes oder zumindest auf Verhinderung einer Verschlechterung getragen ist. Wenn dies nicht mehr der Fall ist, dürfen die Krankenversicherungsträger keine Leistungen mehr erbringen.

In Österreich wird streng zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit unterschieden. Dennoch kommt es vor, dass Personen aus sozialen Überlegungen im Krankenhaus belassen werden (z.B. weil kein Pflegeplatz zur Verfügung steht). Gerade das Pflegegeld und der Ausbau der sozialen (ambulanten, teilstationären und stationären) Dienste sollen, so *Rubisch* et al. (2005), dazu beitragen, dass diese Personen aus dem Krankenhaus entlassen und zu Hause oder in einem Pflegeheim betreut werden können.
Die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen werden in drei Bereiche nämlich Krankenbehandlung, Grundpflege (z.B. An- und Auskleiden, Essen, Körperpflege) und hauswirtschaftliche Betreuung zusammengefasst.
Entsprechend der oben angeführten sozialversicherungsrechtlichen Definition von Krankheit gehört auch nur die Krankenbehandlung zum Aufgabenbereich der Sozialversicherung.

5.3 Gesetzliche Grundlagen – die 15a-Vereinbarung

Es ist meine Absicht, die folgenden Gesetzesgrundlagen, da sie in verschiedenen Bundes- und Landesgesetzblättern niedergelegt sind, immer wieder Novellierungen erfahren haben und im Kontext dieser Dissertation gewissermaßen das gesetzliche „Rahmenwerk“ darstellen, wiederzugeben.

Zu erwarten ist, dass auch künftig noch weitere Novellierungen des Bundespflegegeldgesetzes erfolgen werden. Da auf diesem Gesetz die Diskussion der ExpertInnen aufbaut und diese auf jeden Fall im Kontext der aktuellen Gesetzeslage zu sehen ist, möchte ich diese nicht vorenthalten.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, hat sich durch den Anstieg der Zahl hochbetagter Menschen zu einer sozialpolitischen Herausforderung entwickelt. Die Zahl der über 80-jährigen Personen erhöht sich ständig und wird auch weiterhin stark ansteigen. Um sich auf die wachsende Anzahl betagter Menschen vorzubereiten, wurde in den 90er-Jahren die Pflegevorsorge in Österreich neu geregelt und umfasst seither folgende wesentliche Ziele:

- Die Schaffung von bundeseinheitlichen, nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelten Geldleistungen, die Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen und Honorierung ihrer Pflegeleistung.
- Die Förderung des Ausbaus sozialer Dienste mit dem Vorrang für ambulante Dienste.
- Die Ermöglichung einer Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen hinsichtlich der Betreuungsform.

Das seit 1993 bestehende Bundespflegegeldgesetz und die korrespondierenden Landespflegegeldgesetze ersetzten die bis dahin bestehende große Zahl verschiedener Geldleistungen, die sowohl von der Höhe als auch von den Anspruchsvoraussetzungen her sehr unterschiedlich waren. Zusätzlich zur Umgestaltung und Ausweitung der monetären Geldleistungen wurden längerfristige Pläne zum Ausbau der sozialen Dienste erstellt. Dafür wurde 1994 eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) beschlossen, in der die Länder die Verpflichtung übernommen haben, bis zum Jahr 2010 für einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten zu sorgen.

Mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen wurde 1993 vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz ein Arbeitskreis für Pflegevorsorge eingerichtet. Vorrangige Aufgabe dieser Arbeitsgruppe ist die Beschäftigung mit der Neugestaltung und Weiterentwicklung der Pflegevorsorge, welche in Kooperation mit Bund, Ländern und Sozialpartnern agiert.

Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern
gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder
für pflegebedürftige Personen

Artikel 1

Bundesweite Pflegevorsorge

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, auf der Grundlage der bundesstaatlichen Struktur Österreichs die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche ein umfassendes Pflegeleistungssystem an Geld- und Sachleistungen zu schaffen.

(3) Die Pflegeleistungen werden unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit gewährt.

(4) Unter gleichen Voraussetzungen werden gleiche Leistungen als Mindeststandard gesichert.

Artikel 2

Geldleistungen

(1) Zur teilweisen Abdeckung des Mehraufwandes an Hilfe und Betreuung sichern die Vertragsparteien Pflegegeld zu, das nach dem Bedarf abgestuft ist.

(2) Die Voraussetzungen für die Gewährung von Pflegegeld des Bundes werden mit dem Bundespflegegeldgesetz geregelt. Die Länder verpflichten sich, bis 30. Juni 1993 Landesgesetze und Verordnungen mit gleichen Grundsätzen und Zielsetzungen wie der Bund zu erlassen und bis spätestens 1. Juli 1993 in Kraft zu setzen.

(3) Die Gewährung des Pflegegeldes nach dem Bundespflegegeldgesetz geht der Gewährung nach landesgesetzlichen Vorschriften vor.

(4) Das Pflegegeld ist mit Wirkung vom 1. Jänner 1994 und mit Wirkung vom 1. Jänner 1995 mit dem Anpassungsfaktor gemäß § 108 f. des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung zu vervielfachen.

(5) Auf die Gewährung des Pflegegeldes besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen ein Rechtsanspruch.

(6) Die Länder werden Vereinbarungen gemäß Artikel 15 a B-VG treffen, um bei Wohnsitzwechsel des Anspruchsberechtigten zwischen den Ländern Unterbrechungen bei der Auszahlung des Pflegegeldes zu vermeiden.

Artikel 3

Sachleistungen

(1) Die Länder verpflichten sich, für einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten (soziale Dienste) für pflegebedürftige Personen zu sorgen, soweit zu deren Erbringung nicht Dritte gesetzlich verpflichtet sind.

(2) Erbringen die Länder die dem Mindeststandard entsprechenden Sachleistungen (Art. 5) nicht selbst, so haben sie dafür zu sorgen, dass die sozialen Dienste bis zu dem in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen (Art. 6) festgelegten Bedarf an qualitäts- und bedarfsgerecht nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von anderen Trägern erbracht werden.

(3) Die Länder haben darauf hinzuwirken, dass von den Trägern der sozialen Dienste insbesondere die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften eingehalten werden. Ehrenamtlichkeit der Pflegekräfte soll weiterhin unterstützt werden.

(4) Werden für die Erbringung der Pflegeleistungen Kostenbeiträge von den pflegebedürftigen Personen eingehoben, so sind soziale Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Artikel 4

Organisation

(1) Die Länder verpflichten sich, dafür Sorge zu tragen, dass die sozialen Dienste, aufbauend auf den bestehenden Strukturen, dezentral und flächendeckend angeboten werden.

(2) Die Länder werden insbesondere dafür sorgen, dass

a) alle angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste koordiniert und
b) Information und Beratung sichergestellt werden.

Artikel 5

Mindeststandard der Sachleistungen

Der Mindeststandard der Sachleistungen hat dem Leistungskatalog und den Qualitätskriterien für die ambulanten, teilstationären und stationären Dienste (Anlage A) zu entsprechen.

Artikel 6

Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

Zur langfristigen Sicherung des genannten Mindeststandards verpflichten sich die Länder, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung Bedarfs- und Entwicklungspläne gemäß Anlage B zu erstellen sowie diese innerhalb der vereinbarten Erfüllungszeitpunkte gemäß Anlage B umzusetzen.

Artikel 7

Sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen

Der Bund verpflichtet sich, eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung der pflegenden Personen zu ermöglichen.

Artikel 8

Verfahren

Die Vertragsparteien verpflichten sich, in ihren jeweiligen Gesetzen übereinstimmende Klagsmöglichkeiten hinsichtlich der Geldleistungen beim zuständigen Landes- (Kreis-) gericht als Arbeits- und Sozialgericht bzw. Arbeits- und Sozialgericht Wien vorzusehen.

Artikel 9

Gegenseitige Informationspflicht und Datenschutz

(1) Die Vertragspartner kommen überein, in ihre jeweiligen Gesetze eine Verpflichtung aufzunehmen, wonach die Entscheidungsträger und die übrigen Träger der Sozialversicherung, die Bezirksverwaltungsbehörden und Ämter der Landesregierungen auf Verlangen einander sowie den Gerichten die zur Feststellung der Gebührlichkeit und Höhe des Pflegegeldes erforderlichen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes betreffend Generalien der Anspruchsberechtigen oder Anspruchswerber, Versicherungsnummer, Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Personenkreis, Art und Einschätzung der Gesundheitsentschädigung, das sind Daten aus ärztlichen Befunden und Sachverständigengutachten, sowie Art und Höhe von pflegebezogenen Geldleistungen zu übermitteln haben.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, in ihre jeweiligen Gesetze eine Ermächtigung im Sinne des § 7 des Datenschutzgesetzes, BGB1. Nr. 565/1978, aufzunehmen.

Artikel 10

Finanzierung

(1) Der Aufwand für das Pflegegeld ist vom Bund und den Ländern im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche zu tragen. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben den Aufwand für das Pflegegeld in dem Ausmaß selbst zu tragen, als dies auf Grund kausaler Behinderungen geleistet wird.

(2) Der Aufwand im Sinne des Artikels 3 ist von den Ländern zu tragen.

Artikel 11

Planung, Forschung, Öffentlichkeitsarbeit

(1) Die Vertragsparteien werden bei der Planung der Maßnahmen in der Pflegevorsorge die gesellschaftlichen Entwicklungen und die Ergebnisse der Forschung berücksichtigen.

(2) Die Öffentlichkeit soll über die Zielsetzung, die Maßnahmen und die Probleme der Pflegevorsorge informiert werden.

Artikel 12

Arbeitskreis für Pflegevorsorge

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, einen Arbeitskreis für Pflegevorsorge einzurichten.

(2) Aufgabe dieses Arbeitskreises ist es, insbesondere

-- Empfehlungen über gemeinsame Ziele und Grundsätze für die Pflegevorsorge abzugeben,

-- Vorschläge für die Weiterentwicklung der Mindeststandards an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten sowie der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder zu erstatten,

-- jeweils bis zum 1. Juli eines jeden Jahres einen gemeinsamen Jahresbericht über die Pflegevorsorge zu erstellen,

-- sonstige Empfehlungen auszuarbeiten und Erfahrung auszutauschen, die für das Pflegeleistungssystem von gesamtösterreichischer Bedeutung sind oder gemeinsamer Regelung bedürfen.

(3) Dem Arbeitskreis gehören an:

-- drei Vertreter des Bundes,

-- neun Vertreter der Länder,

-- ein Vertreter des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger,
-- drei Vertreter der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation,
-- ein Vertreter der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte,
-- ein Vertreter der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft,
-- ein Vertreter des Österreichischen Gewerkschaftsbundes,
-- ein Vertreter der Vereinigung Österreichischer Industrieller,
-- ein Vertreter der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs.

(4) Der Arbeitskreis wird zumindest einmal jährlich jeweils alternierend vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und den Ländern einberufen. Die Kosten werden von den entsendenden Stellen getragen.

(5) Die Geschäfte des Arbeitskreises führt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

(6) Der Arbeitskreis kann zu den Sitzungen Sachverständige und Auskunftspersonen, insbesondere aus dem Bereich der Wissenschaft und Forschung, beiziehen.

Artikel 13

Personal

Die Vertragsparteien kommen überein, dass insbesondere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Betreuungs-, Pflege- und Therapiepersonal sowie für das Personal zur Weiterführung des Haushaltes gefördert und sichergestellt werden. Die Ausbildungsmöglichkeiten sollen so gestaltet werden, dass die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Helfergruppen gewährleistet ist. Vor allem soll eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bewirkt werden. Die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie sowie die berufliche Wiedereingliederung der genannten Helfer sollen erleichtert und verstärkt werden.

Da die Artikel 14 bis 17 das Inkrafttreten und die Durchführung dieser Vereinbarung betreffen, werden sie nicht aufgezeigt.

LEISTUNGSKATALOG UND QUALITÄTSKRITERIEN FÜR DIE AMBULANTEN, TEILSTATIONÄREN UND STATIONÄREN DIENSTE

1. Leistungskatalog (Arten der Dienste)

1.1 Betreuungsdienste, z.B.
- Essen auf Rädern/Mittagstisch
- Weiterführung des Haushaltes
- Hauskrankenpflege inkl. Grundpflege

1.2 Therapeutische Dienste/Rehabilitationsmöglichkeiten, z.B.
- Physiotherapie
- Logopädie

1.3 Dienste und Einrichtungen zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen

1.4 Hilfsmittelverleih für die häusliche Versorgung

1.5 Beratungsdienste

1.6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

1.7 Sonderwohnformen, z.B.
- Altenheime
- Pflegeheime
- Wohngemeinschaften

Länderspezifische Gegebenheiten sind in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Länder zu berücksichtigen. Abweichungen von den Mindeststandards sind dann möglich, wenn auf Grund der örtlichen und regionalen Strukturen kein Bedarf gegeben ist.

2. Qualitätskriterien

2.1 Qualitätskriterien für den offenen Bereich

- Dem pflegebedürftigen Menschen ist, sofern es die örtlichen Gegebenheiten und die Kapazitäten der einzelnen Organisationen und Heime zulassen, nach den allgemeinen Grundsätzen der Sozialhilfe die freie Wahl zwischen den angebotenen Diensten einzuräumen.
- Die Leistungen müssen ganzheitlich erbracht werden. Die Länder haben für die erforderliche Vernetzung und für möglichst fließende Übergänge zwischen mobilen und stationären Diensten zu sorgen.
- Existenzielle Betreuungsdienste sind bei Bedarf auch an Sonn- und Feiertagen zu erbringen.
- Die Länder übernehmen die Verpflichtung, für eine entsprechende Sicherung der fachlichen Qualität und Kontrolle der Dienste sowie des Ausbaugrades zu sorgen. Detailregelungen werden in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen getroffen.

2.2 Qualitätskriterien für Heime (Neu- und Zubauten)

- *Heimgröße*

Einrichtungen sind nach dem Kriterium der Überschaubarkeit zu errichten und in familiäre Strukturen zu gliedern. Abweichungen bei bestehenden Einrichtungen sind zulässig, wenn den pflegerischen und sozialen Notwendigkeiten dennoch entsprochen wird.

- *Zimmergröße*

Alle Zimmer sind pflege- und behindertengerecht mit einer Nasszeile (Waschtische, Dusche und WC) auszustatten. Primär sind Einbettzimmer zu errichten, wobei auf Verbindungsmöglichkeiten zu Appartements teilweise Bedacht genommen werden soll.

- *Besuchsrecht*

Die Heimbewohner müssen das Recht haben, jederzeit besucht zu werden.

- *Infrastruktur*

Es sollen Therapieräume, Räume für Tagesgäste und Räume für Rehabilitationsangebote vorgesehen sowie ein breitgefächertes Angebot an Dienstleistungen (z.B. Friseur, Fußpflege) angeboten werden.

- *Standort und Umgebung*

Der Standort der Heime muss möglichst in die Gemeinde integriert sein, sodass Beziehungen zur Umwelt erhalten bleiben.

- *Personal*

Fachlich qualifiziertes und Hilfspersonal ist in ausreichender Anzahl sicherzustellen.

- *Ärztliche Versorgung*

Der Rechtsträger hat eine subsidiäre Sicherstellungspflicht für medizinische Belange. Die freie Arztwahl ist zu gewährleisten.

- *Aufsichtsregelungen*

Die Länder haben Regelungen für die Aufsicht von Alten- und Pflegeheimen, die insbesondere auch den rechtlichen Schutz der Heimbewohner gewährleisten, zu erlassen.

Zu Punkt 2.1 (Qualitätskriterien für den offenen Bereich) ist anzumerken, dass die Konsumentensouveränität von pflegebedürftigen Menschen in der Regel sehr eingeschränkt ist, da in den meisten Fällen Angehörige die Auswahl der Dienste tätigen. Angehörige agieren in dieser Hinsicht oft mit den unterschiedlichsten Motiven und lassen sich nicht immer von edlen Gedanken leiten. Pflege- und Betreuungsbedürftige sind durch Immobilität über die angebotene Versorgungs- und Betreuungslandschaft oft nicht informiert und können daher keine Vergleiche anstellen.

INHALT UND AUFBAU DER BEDARFS- UND ENTWICKLUNGSPLÄNE

Im Rahmen des Bedarfs- und Entwicklungsplanes soll angestrebt werden, dass für die pflegebedürftigen Personen ein ausreichendes und vielfältiges Angebot integrierter ambulanter Hilfs- und Betreuungsdienste sowie stationärer und teilstationärer

Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht. Grundsätzlich soll die Planung auf den bestehenden Strukturen aufgebaut werden.

Aufbau der Pläne:

1. **Rechtsgrundlagen**

   Behindertengesetz, Sozialhilfegesetz, Blindenbeihilfegesetz, Vorschriften für behindertengerechtes Bauen usw.

2. **Bestandsaufnahme (Istsituation)**

2.1 Finanzielle gesetzliche Landeshilfen und Förderungen pro Jahr

2.2 Institutionelle Hilfen, Strukturen und Angebote (ambulante, stationäre, teilstationäre, sonstige)

2.3 Koordinierungs- und Organisationsangebote, insbesondere Sozial- und Gesundheitssprengel, gesunder Lebensraum etc.

2.4 Personal (diplomiertes Krankenpflegepersonal, geprüfte Pflegehelfer, sonstiges Pflegepersonal)

3. **Strukturanalyse und Entwicklungstendenzen**

3.1 Demografische Entwicklungen

3.2 Pflegebedürftige Personen

3.3 Lebenserwartung

3.4 Haushaltsstrukturen und Wohnbedingungen

3.5 Gesundheitszustand

3.6 Sozioökonomische Situation

3.7 Sonstige gesellschaftliche Entwicklungstendenzen

4. **Personalbedarf**

4.1 Diplomiertes Krankenpflegepersonal

4.2 PflegehelferInnen

4.3 Sonstiges Betreuungs- und Hilfspersonal

5. **Sozial- und gesundheitspolitische Mindeststandards**

5.1 Ziele und Grundsätze

5.2 Ambulante Dienste (soziale, medizinische und pflegerische Dienste, Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen, Beratung und Information)

5.3 Teilstationäre Dienste (z.B. Tages- und Nachteinrichtungen)

5.4 Stationäre Dienste (z.B. Pflegeheime, Altenheime, Seniorenwohngemeinschaften)

5.5 Pflegefreundliches Wohnen

5.6 Entlastungsmöglichkeiten für Pflegepersonen (Urlaub von der Pflege)

5.7 Einrichtungen für Koordination und Kooperation (Sozial und Gesundheitssprengel, Vernetzungsmöglichkeiten)

5.8 Sonstiges

6. **Feststellung des gesamten Versorgungsdefizits im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich unter Beachtung der regionalen Verteilung**

7. **Maßnahmenkatalog**

7.1 Im Bereich der Zielsetzungen und Grundsätze

7.2 Im Bereich der Angebote und Maßnahmen

7.3 Im Bereich der Strukturen und der Organisation

7.4 Im Bereich gesetzlicher Maßnahmen

7.5 Sonstige Maßnahmen

8. **Finanzierung (Kalkulation der Kosten)**

9. **Umsetzung, Vorgangsweise und Erfüllungszeitpunkte**

Das in Punkt 6 festgestellte Versorgungsdefizit ist in allen Bereichen möglichst gleichmäßig abzudecken. Die Umsetzung hat so zu erfolgen, dass bis zu den Jahren 2000, 2005 und 2010 jeweils ein Drittel des Defizits abgedeckt wird.

Diese Pläne dienen nicht nur als wichtiges Instrumentarium für die sozialpolitisch Verantwortlichen des Landes, sondern bieten auch dem Bund als Vertragspartner Kontrollmöglichkeit über die Einhaltung der Vertragsinhalte.

6 Das Pflegegeldgesetz

In den nachfolgenden Gesetzestexten sind die Zeitpunkte von Änderungen oder Ergänzungen in Klammer gesetzt. Unmittelbar gefügte Klammerausdrücke beziehen sich auf den betreffenden Absatz oder die betreffende Ziffer, hingegen deuten Klammerausdrücke am Ende eines Paragraphen an, dass der gesamte Paragraph neu gefasst worden ist. Anzumerken ist, dass die gesamten Klammerausdrücke nur Hinweise sind und nicht zum eigentlichen Gesetzestext gehören.

6.1 Das Bundespflegegeldgesetz

Mit dem Bundespflegegeldgesetz wurde ein abgestuftes, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht (*Rubisch* et al. 2005).
222

Grundsätze

Im Pflegegeldrecht gelten folgende Grundsätze (*BMSK* 2007):

- Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung, die ausschließlich zur Abdeckung der pflegebedingten Mehraufwendungen bestimmt ist und daher auch keine Einkommenserhöhung darstellt. Da die tatsächlichen Kosten für die Pflege das gebührende Pflegegeld in den meisten Fällen übersteigen, ist das Pflegegeld als pauschalierter Beitrag zu den Kosten der erforderlichen Pflege anzusehen. Es ermöglicht den pflegebedürftigen Menschen eine gewisse Unabhängigkeit und einen (längeren) Verbleib in der gewohnten Umgebung.
- Die Gewährung eines Pflegegeldes ist unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit und vom Alter des Betroffenen. Durch die Pflegegeldgesetze werden alle Gruppen von pflegebedürftigen Menschen erfasst, also alte pflegebedürftige Menschen, aber auch Menschen mit geistiger, körperlicher oder psychischer Behinderung oder einer Sinnesbehinderung sowie auch Kinder mit Behinderungen.
- Das Pflegegeld orientiert sich am Pflegebedarf, wobei für die Höhe des Pflegegeldes ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf maßgebend ist. Voraussetzung für die Gewährung von Pflegegeld ist ein ständiger Pflegebedarf

aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung, der mindestens 6 Monate andauert und der durchschnittlich mehr als 50 Stunden pro Monat beträgt.

- Das Pflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt. Auf die Gewährung des Pflegegeldes besteht ein Rechtsanspruch.
- Das Pflegegeld ist nach einheitlichen Kriterien in einem Bundesgesetz und in 9 Landesgesetzen geregelt. Damit die Zuständigkeit des Bundes gegeben ist, muss eine bundesgesetzliche Pension oder ein darauf bestehender Anspruch vorliegen. Für mitversicherte Angehörige, Bezieher/innen einer Sozialhilfe oder für Personen mit einer Pension der Länder sind im Falle der Pflegebedürftigkeit die Länder zuständig.
- Die Finanzierung des Pflegegeldes erfolgt aus allgemeinen Budgetmitteln des Bundes und der Länder.

Zweck des Pflegegeldes

§ 1 BPGG besagt, dass mit dem Pflegegeld die pflegebedingten Mehraufwendungen in Form eines Beitrages und in pauschalierter Weise abgegolten werden sollen. Damit soll – und das ist das Ziel dieser Leistung – pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe gesichert sowie deren Möglichkeit verbessert werden, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben führen zu können.
Betrachtet man § 1 des BPGG genauer, fällt auf, dass das Pflegegeld nur als Beitrag angesehen wird. Der Beitragscharakter wird durch die im Gesetz enthaltenen Relativierungen (soweit wie möglich zu sichern, Möglichkeit zu verbessern, bedürfnisorientiert statt z.B. bedarfsdeckend) unterstrichen, der Gesetzgeber geht anscheinend davon aus, dass die tatsächlichen Kosten der Pflege die Beiträge übersteigen. Zweck des Pflegegeldes ist nicht eine Erhöhung des Einkommens, sondern es soll dazu beitragen Pflegeleistungen zu erkaufen und den Betroffenen ermöglichen, sich die erforderlichen Pflegemaßnahmen selbst zu organisieren.

Stufen des Pflegegeldes

Das Pflegegeld ist nach 7 Stufen differenziert. Maßgebend für die Stufen 1 bis 4 ist der zeitliche monatliche Pflegeaufwand (mehr als 50 – 75 Stunden für Stufe 1, mehr als 75 – 120 Stunden für Stufe 2, mehr als 120 – 160 Stunden für Stufe 3, mehr als 160 Stunden für Stufe

4). Ab der Stufe 5 ist neben dem zeitlichen Ausmaß von mehr als 180 Stunden monatlich ein zusätzliches Qualitätskriterium erforderlich. Da es sich beim Pflegegeld um einen pauschalierten Beitrag zu den pflegebedingten Mehraufwendungen handelt, werden die im Einzelfall tatsächlich anfallenden Kosten für die Pflege bei der Einstufung nicht berücksichtigt.

Höhe des Pflegegeldes (*BMASK/Sektion IV* 2009: 19)

Das Pflegegeld gebührt zwölf Mal jährlich und beträgt monatlich

in Stufe 1 154,20 Euro,

in Stufe 2 284,30 Euro,

in Stufe 3 442,90 Euro,

in Stufe 4 664,30 Euro,

in Stufe 5 2902,30 Euro,

in Stufe 6 1 242,00 Euro, und in

in Stufe 7 1 655,80 Euro.

(BGB1. I Nr. 136/204, Art. 19 Z 1, ab 1.1.2005; BGB1. I Nr. 128/2008, Z2, ab 1.1. 2009)

Nachstehende Tabelle zeigt, dass sich rund 56% der Bundespflegegeldbezieher in den Pflegestufen 1 und 2 befinden (höchste Anzahl), während der Aufwand für die Pflegestufen 1 und 2 lediglich ca. 3% des gesamten Bundespflegegeldaufwandes umfasst.

Abb. 6: Pflegegeldstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des BMSK 2006

2006	Bundespflegegeldbezieher	Bundespflegegeldaufwand		
1	62.076	22,3%	109.522.883,29	8%
2	94.227	33,8%	300.382.518,83	23%
3	45.338	16,3%	220.213.784,03	17%
4	43.846	15,7%	311.814.398,85	24%
5	22.279	8,0%	208.729.012,32	16%
6	6.771	2,4%	86.503.286,84	7%
7	4.364	1,6%	73.564.094,79	6%
Gesamt	**278.901**	100%	**1.310.729.978,95**	100%

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006

Die näheren Bestimmungen für die Beurteilung des Pflegebedarfes sind in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz (EinstV) geregelt. Die EinstV enthält Definitionen der Betreuung und Hilfe und zeitliche Werte für die einzelnen Verrichtungen, z.B. für An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten sowie die Mobilitätshilfe. Die Grundlage für die Entscheidung über das Pflegegeld bildet ein ärztliches Sachverständigengutachten, wobei erforderlichenfalls zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen (z.B. Krankenpflege) beigezogen werden. Die ärztlichen Begutachtungen werden in der Regel in Form von Hausbesuchen durchgeführt.

Erläuterung zur Einstufungsverordnung

Voraussetzung für das Pflegegeld ist ein ständiger Pflegebedarf, darunter versteht man den Bedarf an Betreuung und Hilfe. Das Pflegegeldgesetz regelt, dass diese Begriffe in einer eigenen Pflegegeldverordnung genauer definiert werden und dass für bestimmte Betreuungs- und Hilfsverrichtungen verbindliche Mindestzeitwerte festzulegen sind. Dazu legt die Einstufungsverordnung folgende Richtlinien fest:

Ständig: Ein ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.

Betreuung: Darunter sind alle notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der Pflegebedürftige der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Dazu zählen insbesondere Hilfeleistungen

- beim An- und Ausziehen
- bei der Körperpflege
- bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten
- bei der Verrichtung der Notdurft
- bei der Einnahme von Medikamenten
- bei der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

Hilfe: Die Hilfsverrichtungen sind in der Einstufungsverordnung vollständig aufgezählt:

- Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten
- Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände
- Pflege der Leib- und Bettwäsche

- Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial
- Mobilitätshilfe im weiteren Sinn

Anrechnung

§ 7. Geldleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit nach anderen bundesgesetzlichen oder ausländischen Vorschriften gewährt werden, sind auf das Pflegegeld nach diesem Bundesgesetz anzurechnen.

Vorschüsse

§ 8. (1) Auf Antrag können vor Abschluss des Ermittlungsverfahrens Vorschüsse auf das Pflegegeld gewährt werden, wenn die Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht.

(2) Die nach Abs. 1. gewährten Vorschüsse sind auf das gebührende Pflegegeld anzurechnen.

(3) Zu Unrecht empfangene Vorschüsse sind dem Entscheidungsträger nach § 11 zu ersetzen.

Beginn, Änderung und Ende des Anspruches

§ 9. (1) Das Pflegegeld gebührt mit Beginn des auf die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß §§ 4 und 4a durch einen Unfallversicherungsträger folgenden Monats. Das Pflegegeld gebührt, wenn die Leistungszuständigkeit des Landes entfällt, weil der Bund gemäß § 3 für die Leistung des Pflegegeldes zuständig wird, bei Zutreffen der Voraussetzungen mit Beginn des auf den Zeitpunkt des Entfalles der Leistungszuständigkeit des Landes folgenden Monats; das Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß §§ 4 und 4a ist in diesem Fall von Amts wegen einzuleiten.

(2) Das Pflegegeld ist nur dann befristet zuzuerkennen, wenn im Zeitpunkt der Entscheidung der Wegfall einer Voraussetzung für die Gewährung eines Pflegegeldes

mit Sicherheit oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Liegen im Falle einer befristeten Zuerkennung die Voraussetzungen für die Gewährung eines Pflegegeldes auch nach Ablauf der Frist vor, so ist das Pflegegeld mit Beginn des auf den Ablauf der Frist folgenden Monats zuzuerkennen, sofern die Gewährung des Pflegegeldes innerhalb von drei Monaten nach dessen Wegfall beantragt wurde.

(3) Der Anspruch auf Pflegegeld erlischt mit dem Todestag des Anspruchsberechtigten. In diesem Kalendermonat gebührt nur der verhältnismäßige Teil des Pflegegeldes, wobei der der Kalendermonat einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen ist.

(4) Wenn eine Voraussetzung für die Gewährung von Pflegegeld wegfällt, ist das Pflegegeld zu entziehen; wenn eine für die Höhe des Pflegegeldes wesentliche Veränderung eintritt, ist das Pflegegeld neu zu bemessen.

(5) Die Entziehung oder Neubemessung des Pflegegeldes wird mit dem auf die wesentliche Veränderung folgenden Monat wirksam. Von diesem Grundsatz gelten, abgesehen von den Bestimmungen des § 48 Abs. 2, folgende Ausnahmen:

1. die Entziehung oder Herabsetzung des Pflegegeldes wegen einer Veränderung im Ausmaß des Pflegebedarfes wird mit Ablauf des Monats wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, mit dem die Entziehung oder Herabsetzung ausgesprochen wurde;

2. die Erhöhung des Pflegegeldes wegen einer Veränderung im Ausmaß des Pflegebedarfes wird mit Beginn des Monats wirksam, der auf die Geltendmachung der wesentlichen Veränderung oder die amtswegige ärztliche Feststellung folgt;

3. die Neubemessung des Pflegegeldes, die sich auf Grund von gesetzlichen Änderungen oder der alljährlichen Anpassung der nach § 7 auf das Pflegegeld anzurechnenden Leistungen ergibt, wird mit Beginn des Monats wirksam, in dem diese Änderung eingetreten ist.

(BGB1. I Nr. 111/1998, Z 8, ab 1.1.1999)

Anzeigepflicht

§ 10. Anspruchsberechtigte, Anspruchswerber, gesetzliche Vertreter und Sachwalter, zu deren Wirkungsbereich die Antragstellung auf Gewährung oder die Empfangnahme von Pflegegeld gehört, sind verpflichtet, jede ihnen bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld begründet, binnen vier Wochen dem zuständigen Entscheidungsträger anzuzeigen.

Ersatz zu Unrecht empfangener Pflegegelder

§ 11. (1) Wurden Pflegegelder zu Unrecht empfangen, so sind sie dem Entscheidungsträger zu ersetzen, wenn der Zahlungsempfänger den Bezug durch bewusst unwahre Angaben, bewusste Verschweigung wesentlicher Tatsachen oder Verletzung der Anzeigepflicht (§ 10) herbeigeführt hat oder wenn der Zahlungsempfänger erkennen musste, dass das Pflegegeld nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. (BGM1. Nr. 131/1995, Art. I Z 4, ab 1.7. 1995)

(2) Die Ersatzpflicht (Abs. 1) ist eingeschränkt auf Pflegegelder, die für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren vor dem Ersten des Monates, in dem der Entscheidungsträger vom Ersatzgrund Kenntnis erlangt hat, geleistet wurden, es sei denn, die Leistungen wurden durch eine Handlung im Sinne des § 69 Abs. 1 Z 1 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG), BGB1. Nr. 51, herbeigeführt. Auf das Aufrechnungs- und Rückforderungsrecht ist § 107 Abs. 2 ASVG anzuwenden.

(3) Sind Pflegegelder gemäß Abs. 1 und 2 zu ersetzen, so ist der Ersatz durch Aufrechnung zu bewirken. Kann der Ersatz nicht oder nicht zur Gänze durch Aufrechnung mit dem Pflegegeld bewirkt werden, so kann der Ersatz unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse durch Aufrechnung mit der Grundleistung (§ 3), jedoch höchstens bis zu deren Hälfte vorgenommen werden. (BGB1. Nr. 131/1995, Art. I Z 5, ab 1.7.1995; BGB1. I Nr. 111/1998, Z 9, ab 1.1.1999)

(4) Kann keine Aufrechnung stattfinden, so sind zu Unrecht empfangene Pflegegelder zurückzufordern. (BGB1. Nr. 131./1995, Art. I Z 6, ab 1.7. 1995)

(6) Wenn die Verpflichtung zum Ersatz zu Unrecht empfangener Pflegegelder eine besondere Härte bedeuten würde oder wenn das Verfahren mit Kosten oder Weiterungen verbunden wäre, die in keinem Verhältnis zum zu Unrecht empfangenen Betrag stehen würden, kann der Entscheidungsträger von der Hereinbringung absehen.

(7) Pflegegelder, die für einen nach dem Zeitpunkt des Todes liegenden Zeitraum ausgezahlt wurden, sind zu ersetzen. Empfang in gutem Glauben kann nicht eingewendet werden. Abs. 5 und 6 gelten sinngemäß. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 6, ab 1.7.2001)

Ruhen des Anspruches

§ 12. (1) Der Anspruch auf Pflegegeld ruht

1. während eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt oder einer stationären Einrichtung für medizinische Maßnahmen oder Rehabilitation, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, zu Festigung der Gesundheit oder der Unfallheilbehandlung im In- oder Ausland ab dem Tag, der auf die Aufnahme folgt, wenn ein in- oder ausländischer Träger der Sozialversicherung, ein Landesgesundheitsfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGB1. I Nr. 73/2005, der Bund oder eine Krankenfürsorgeanstalt für die Kosten der Pflege der allgemeinen Gebührenklasse oder des Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung überwiegend aufkommt, (BGB1 I Nr. 132/2995, Art. 6 Z 1, ab 1.1.2006)

2. für die Dauer der Rentenumwandlung gemäß § 56 KOVG 1957, § 61 HVG oder § 2 OFG sowie einer Unterbringung gemäß § 2 Abs. 2 lit. C des Impfschadengesetzes,

3. für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe,
4. für die Dauer der Unterbringung des Anspruchsberechtigten auf Kosten des Bundes in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher gemäß § 21 des Strafgesetzbuches (StGB) BGB1, Nr. 60/1974, für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher gemäß § 22 StGB oder für gefährliche Rückfallstäter gemäß § 23 StGB.

(2) Die Träger der Kranken- und Unfallversicherung sowie die Krankenfürsorgeanstalten sind verpflichtet, dem zuständigen Entscheidungsträger einen stationären Aufenthalt gemäß Abs. 1 Z 1 eines Pflegegeldbeziehers umgehend zu melden. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 10, ab 1.1. 1999)

(3) Das Pflegegeld ist auf Antrag weiterzuleisten

1. für die Dauer von höchstens drei Monaten des stationären Aufenthaltes gemäß Abs. 1 Z 1 in dem Umfang, in dem pflegebedingte Aufwendungen nachgewiesen werden, die sich aus
   a) einem der Pflichtversicherung nach dem ASVG unterliegenden Dienstverhältnis (Vollversicherung oder Teilversicherung in der Unfallversicherung) eines Pflegegeldbeziehers mit einer Pflegeperson oder
   b) der Erfüllung eines Tatbestandes gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG oder
   c) einem vertraglichen Betreuungsverhältnis eines Pflegegeldbeziehers oder seines Angehörigen gemäß § 1 Abs. 2 des Bundesgesetzes, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (Hausbetreuungsgesetz - HBeG), BGB1. I Nr. 33/2007, oder gemäß § 159 der Gewerbeordnung 1994 - GewO 1994, BGB1. Nr. 194, ergeben.

   Das Pflegegeld ist jedoch über diesen Zeitraum hinaus weiter zu leisten, wenn damit für den Pflegebedürftigen eine besondere Härte vermieden wird; (BGBI. I Nr. 34/2007, Z 1, ab 1.7.2007)

2. für die Dauer des stationären Aufenthaltes gemäß Abs. 1 Z 1 in dem Umfang der Beitragshöhe für die Weiterversicherung einer Pflegeperson gemäß § 77 Abs. 6 und 9 ASVG, § 33 Abs. 9 und 10 GSVG, § 8 FSVG oder § 28 Abs. 6 und 7

BSVG, der Beitragshöhe für die Selbstversicherung einer Pflegeperson gemäß § 589 Abs. ASVG; (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 10, ab 1.1. 1999; BGB1. I Nr. 69/2001, Z 7, ab 1.7.2001; BGB1. I Nr. 132/2005, Art. 6 Z 2, ab 1.1.2006; BGB1. Nr. 31/2007, Art. 5 Z 1, ab 1.7.2007)

3. während des stationären Aufenthaltes gemäß Abs. 1 Z 1, wenn und solange auch die Pflegeperson als Begleitperson stationär aufgenommen wurde, weil der Aufenthalt ohne diese nicht möglich wäre oder bei Kindern, unmündigen Minderjährigen oder geistig Behinderten in deren Interesse erforderlich ist. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 10, ab 1.1.1999)

(4) Wird das Pflegegeld aliquotiert, so ist der Kalendermonat einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen. Für die Zeit des Ruhens des Anspruches auf Pflegegeld gemäß Abs. 1 Z 2 gebührt ein Taschengeld in Höhe von 10 vH des Pflegegeldes der Stufe 3. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 10, ab 1.1.1999)

(5) Bescheide über das Ruhen des Pflegegeldes gemäß Abs. 1 Z 1 und über die Anrechnung gemäß Abs. 6 sind nur dann zu erlassen, wenn dies der Pflegegeldbezieher innerhalb einer Frist von drei Monaten nach dem Wegfall des Ruhensgrundes beantragt. (BGB1. I Nr. 111(1998, Z 10, ab 1.1.1999; BGB1. I Nr. 69/2001, Z 8, ab 1.7.2001; BGB1. I Nr. 138/2002, Z 1, ab 14.8.2002)

(6) Hat der Entscheidungsträger Pflegegelder angewiesen, die gemäß Abs. 1 nicht mehr auszuzahlen waren, so sind diese Pflegegelder auf das Taschengeld oder künftig auszuzahlendes Pflegegeld anzurechnen. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 10, ab 1.1.1999)

Ersatzansprüche des Trägers der Sozialhilfe

§ 13. (1) wird eine pflegebedürftige Person auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers

1. in einem Pflege-, Wohn-, Alten- oder Erziehungsheim,

2. in einer Sonderkrankenanstalt für Psychiatrie oder in einer ähnlichen Einrichtung,

3. außerhalb einer der in Z 1 und 2 angeführten Einrichtungen im Rahmen eines Familienverbandes,

4. auf einer von einem Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege, einer kirchlichen oder anderen karitativen Vereinigung geführten Pflegestelle oder

5. in einer Krankenanstalt, sofern der Aufenthalt nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist (Asylierung),

gepflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Pflegegeld bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, auf den jeweiligen Kostenträger über. Die genannten Kostenträger sind verpflichtet, den jeweiligen Entscheidungsträger (§ 22) über eine solche stationäre Pflege von Amts wegen unverzüglich zu verständigen. Im Fall der Z 5 erfolgt der Anspruchsübergang höchstens für die Dauer von drei Monaten. Für die Dauer des Anspruchsüberganges gebührt der pflegebedürftigen Person ein Taschengeld in Höhe von 10 vH des Pflegegeldes der Stufe 3; im Übrigen ruht der Anspruch auf Pflegegeld. Übersteigt die Summe aus Taschengeld und übergehendem Anspruch die gebührende Pflegegeldleistung, so ist der übergehende Anspruch entsprechend zu kürzen. (BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 6, ab 1.5.1996; BGB1. I Nr. 128/2008, Z 3 ab 1.1.2009

(2) Der Anspruchsübergang tritt mit dem auf das Einlangen der Verständigung beim Entscheidungsträger folgenden Monat ein.

(3) Abs. 1 ist nur anzuwenden, wenn und insoweit die Verpflegskosten nicht auf Grund bundesgesetzlicher Ersatzansprüche der Kostenträger gedeckt sind.

(4) Hat der Entscheidungsträger Pflegegelder angewiesen, die gemäß Abs. 1 und 2 nicht mehr auszuzahlen waren, so sind diese Pflegegelder auf das Taschengeld oder auf künftig auszuzahlendes Pflegegeld anzurechnen.

§ 14. (1) Erbringt ein Träger der Sozialhilfe auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung eine dem Pflegegeld gleichartige Geldleistung für einen Zeitraum, in dem der Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegegeld nach diesem Bundesgesetz hat, so hat der Entscheidungsträger dem Träger der Sozialhilfe die von diesem erbrachte Leistung bis zur Höhe des nach diesem Bundesgesetz nachzuzahlenden Pflegegeldes zu ersetzen, sofern die Voraussetzungen des Abs. 2 erfüllt sind.

(2) Der Anspruch des Pflegebedürftigen auf das Pflegegeld nach Abs. 1 geht auf den Träger der Sozialhilfe über, wenn dem Entscheidungsträger die Erbringung der dem Pflegegeld gleichartigen Geldleistung vor Abschluss des Verfahrens nach diesem Bundesgesetz anzeigt und der Anspruch auf Ersatz innerhalb von vier Wochen nach dem Tag geltend gemacht wird, an dem der Träger der Sozialhilfe vom Entscheidungsträger von der Gewährung des Pflegegeldes benachrichtigt worden ist.

Ersatzansprüche der Entscheidungsträger

§ 14a. (1) Hat ein Entscheidungsträger für einen Zeitraum ein Pflegegeld gewährt, in dem der Pflegebedürftige einen Anspruch auf eine nach bundesgesetzlichen Vorschriften gewährte und gemäß § 7 anrechenbare Geldleistung hat, so geht der Anspruch auf diese wegen Pflegebedürftigkeit gewährte Leistung auf den Bund oder den Träger der Sozialversicherung über, wenn der Entscheidungsträger den Anspruchsübergang innerhalb der im Abs. 2 bestimmten Frist geltend gemacht hat. Der Anspruch geht in Höhe des Betrages über, der sich auf Grund der durch die Anrechnung der pflegebezogenen Geldleistung bedingten Minderung oder Einstellung des Pflegegeldes ergibt, jedoch nur bis zur Höhe des nachzubezahlenden Betrages.

(2) Die für die Gewährung einer gemäß § 7 anrechenbaren Geldleistung zuständigen Behörden haben die Anspruchswerber bei Einleitung des Verfahrens zu befragen, ob sie auch ein Pflegegeld nach diesem Bundesgesetz beziehen oder beantragt haben; zutreffendenfalls haben sie den zuständigen Entscheidungsträger von der Einleitung des Verfahrens unverzüglich zu verständigen. Der Entscheidungsträger hat innerhalb von vier Wochen nach Einlangen dieser Verständigung den Übergang des Anspruches dem Grunde nach geltend zu machen.

(BGM1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 7,

ab 1.5.1996)

Pfändung und Verpfändung

§ 15. Die Exekutionsordnung, RGB1. Nr. 79/1896, regelt, inwieweit Pflegegelder nach diesem Bundesgesetz verpfändet und gepfändet werden können.

Übergang von Schadenersatzansprüchen

§ 16. (1) Kann ein Bezieher von Pflegegeld den Ersatz des Schadens, der ihm durch einen Unfall oder ein sonstiges Ereignis entstanden ist, auf Grund anderer Rechtsvorschriften beanspruchen, so geht dieser Anspruch insoweit auf den Bund oder den Träger der Sozialversicherung über, als dieser aus diesem Anlass Pflegegeld zu leisten hat. Dies gilt nicht für den Anspruch auf Schmerzensgeld.

(2) Der Entscheidungsträger hat Ersatzbeträge, die der Ersatzpflichtige dem Bezieher von Pflegegeld in Unkenntnis des Anspruchsüberganges gemäß Abs. 1 geleistet hat, auf das Pflegegeld anzurechnen. Im Ausmaß der Anrechnung erlischt der auf den Bund oder Träger der Sozialversicherung übergegangene Ersatzanspruch gegen den Ersatzpflichtigen.

(3) § 332 Abs. 3, 5 und 6, §§ 333 bis 335 ASVG, § 190 Abs. 3 GSVG, § 3 FSVG, § 178 Abs. 3 BSVG, § 125 Abs. 3 und 4 B-KUVG sowie § 94 Abs. 3 und 4 HVG sind anzuwenden.

(4) Der Bezieher von Pflegegeld, sein gesetzlicher Vertreter oder Sachwalter, zu dessen Wirkungsbereich die Empfangnahme von Pflegegeld gehört, ist verpflichtet, dem Entscheidungsträger über alle für die Prüfung bzw. Durchsetzung von Ansprüchen nach den Abs. 1 bis 3 maßgebenden Umstände binnen vier Wochen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen. (BGB1 I Nr. 69/2001, Z 9, ab 1.7.2001)

(5) Zur Entscheidung von Streitigkeiten betreffend Schadenersatz sind die ordentlichen Gerichte berufen. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 9, ab 1.7.2001)

Auszahlung

§ 17. Bezüglich der Auszahlung des Pflegegeldes gelten, soweit dieses Bundesgesetz nicht anders bestimmt, die beim jeweiligen Entscheidungsträger in Vollziehung der im § 3 genannten Normen anzuwendenden Bestimmungen.

(BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 8,
ab 1.5.1996)

§ 18. (1) Das Pflegegeld wird an den Anspruchsberechtigten ausgezahlt. Ist der Anspruchsberechtigte geschäftsunfähig oder beschränkt geschäftsfähig, so ist das Pflegegeld dem gesetzlichen Vertreter auszuzahlen. Ist für einen Anspruchsberechtigten ein Sachwalter bestellt, so ist diesem das Pflegegeld auszuzahlen, wenn die Angelegenheiten, mit deren Besorgung er betraut worden ist, die Empfangnahme dieser Leistung umfassen.

(2) Erhält eine pflegebedürftige Person auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers ambulante oder teilstationäre Pflegeleistungen, für die sie zum gänzlichen oder teilweisen Kostenersatz verpflichtet ist, so kann das Pflegegeld bis zur Höhe der Kostenersatzforderung von Amts wegen dem Empfänger des Kostenersatzes mit schuldbefreiender Wirkung gegenüber der pflegebedürftigen Person ausgezahlt werden, sofern die pflegebedürftige Person mit der Zahlung des Kostenersatzes mindestens zwei Monate ab Rechnungslegung im Verzug ist. Bescheide sind nur dann zu erlassen, wenn dies die pflegebedürftige Person innerhalb einer Frist von drei Monaten ab Änderung der Auszahlung beantragt. Nach Ablauf eines Jahres ab Änderung der Auszahlung oder wenn die Pflegeleistungen von Erbringer zur Gänze eingestellt werden, ist das Pflegegeld auf Antrag oder von Amts wegen wieder an den Anspruchsberechtigten auszuzahlen. (BGBl. I Nr. 111/1998, Z 11, ab 1.1.1999)

(3) Die Entscheidungsträger haben die Auszahlung in der Weise zu veranlassen, dass das Pflegegeld von einer allfälligen anderen Geldleisung getrennt ausgewiesen wird. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 11, ab 1.1.1999)

(4) Die nach diesem Bundesgesetz gebührenden Geldleistungen sind auf Beträge von vollen 10 Cent zu runden; dabei sind Beträge unter 5 Cent zu vernachlässigen und Beträge von 5 Cent an auf 10 Cent zu ergänzen. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 10, ab 1.1.2002)

Auszahlung und Vorschüsse
bei Familienhospizkarenz

§ 18a. (1) Personen, die zum Zwecke der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen oder der Begleitung von im gemeinsamen Haushalt lebenden, schwerst erkrankten Kindern (Wahl- oder Pflegekindern) eine Familienhospizkarenz

1. gemäß §§ 14a oder 14 b des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVARAG), BGB1. Nr. 459/1993, gegen gänzlichen Entfall des Arbeitsentgeltes oder
2. gemäß § 32 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1997, BGB1. Nr. 609, oder
3. nach gleichartigen bundes- oder landesgesetzlichen Regelungen gegen gänzlichen Entfall der Bezüge

in Anspruch nehmen, ist auf Antrag des Pflegebedürftigen das Pflegegeld auszuzahlen, sofern keine stationäre Pflege in einer der in § 13 Abs. 1 Z 1 bis 5 genannten Einrichtung vorliegt.

(2) Die Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz ist zu bescheinigen. Die Änderung der Auszahlung ist mit dem auf die Antragstellung auf geänderte Auszahlung folgenden Monat durchzuführen, frühestens jedoch mit dem Monat, in dem die Familienhospizkarenz folgt, wieder nach den Vorschriften des § 18 auszuzahlen.

(3) In den Fällen der Familienhospizkarenz gemäß Abs. 1 sind vor Abschluss des Verfahrens auf Gewährung oder Erhöhung des Pflegegeldes auf Antrag des Pflegebedürftigen Vorschüsse mindestens in Höhe des Pflegegeldes der Stufe 3 zu gewähren; sollte bereits ein Pflegegeld mindestens in Höhe der Stufe 3 rechtskräftig zuerkannt sein, sind Vorschüsse mindestens in Höhe des Pflegegeldes der Stufe 4 zu gewähren. Ein bereits rechtskräftig zuerkanntes Pflegegeld und die gemäß § 7 anrechenbaren Geldleistungen sind bei der Berechnung des Vorschusses zu berücksichtigen. Diese Vorschüsse sind ab dem Monat zu gewähren, in dem der Antrag gestellt wurde, frühestens jedoch mit dem Monat, in dem die Familienhospizkarenz beginnt. Die Vorschüsse sind auf das gebührende Pflegegeld anzurechnen. Bei der Auszahlung dieser Vorschüsse ist Abs. 1 anzuwenden.

(BGB1. I Nr. 138/2002, Z 2,
ab 14.8.2002)

Bezugsberechtigung und Fortsetzung des Verfahrens

§ 19. (1) Ist im Zeitpunkt des Todes der pflegebedürftigen Person eine fällige Geldleistung noch nicht ausgezahlt, so sind, sofern in diesem Bundesgesetz nicht anders bestimmt ist, auf Antrag in folgender Rangordnung bezugsberechtigt:

1. die Person, die den Pflegebedürftigen in dem Zeitraum, für den die fällige Geldleistung gebührt, überwiegend und ohne angemessenes Entgelt gepflegt hat;
2. die Person, die für den Zeitraum, für den die fällige Geldleistung gebührt, überwiegend für die Pflege aufgekommen ist.

Liegt ein Überwiegen im Sinne der Z 1 oder 2 nicht vor, besteht die Bezugsberechtigung zu gleichen Teilen.

(2) Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod der pflegebedürftigen Person von bezugsberechtigten Personen gemäß Abs. 1 kein Antrag auf Auszahlung gestellt oder sind keine solchen Personen vorhanden, fällt die noch nicht ausgezahlte Geldleistung in den Nachlass.

(3) Ist im Zeitpunkt des Todes des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten ein Verfahren auf Gewährung oder Neubemessung des Pflegegeldes noch nicht abgeschlossen, sind die im Abs. 1 genannten Personen in der dort festgelegten Rangordnung auf Antrag zur Fortsetzung des Verfahrens berechtigt. Wird von diesen Personen innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten kein Antrag auf Fortsetzung gestellt oder sind keine zur Fortsetzung berechtigten Personen vorhanden, sind hiezu die Verlassenschaft nach dem Verstorbenen beziehungsweise dessen Erben berechtigt.

Ersatz von Geldleistung durch Sachleistungen

§ 20. (1) Wird der durch das Pflegegeld angestrebte Zweck (§ 1) nicht erreicht, sind anstelle des gesamten oder eines Teils des Pflegegeldes Sachleistungen mit Wirkung ab Zustellung des Bescheides zu gewähren, wenn und insoweit Möglichkeit besteht, den Pflegebedarf durch Sachleistungen abzudecken. Die Sachleistungen sind im Gegenwert der einbehaltenen Geldleistung zu gewähren. Ist der Ersatz nicht möglich, weil die Annahme dieser Sachleistungen ohne triftigen Grund verweigert wird, ruht der entsprechende Anspruch auf Pflegegeld für die Dauer der Weigerung. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 12, ab 1.1.1999)

(2) Wurden Sachleistungen gemäß Abs. 1 zu Unrecht gewährt, findet kein Rückersatz statt und ist das einbehaltene Pflegegeld nachzuzahlen.

(3) Der Anspruchsberechtigte kann nach Ablauf eines Jahres ab Zuerkennung der Sachleistungen den Antrag stellen, dass anstelle aller oder eines Teils der zuerkannten Sachleistungen eine Geldleistung erbracht werde; diesem Antrag ist stattzugeben, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht mehr gegeben sind.

(4) Bei der vergleichenden Beurteilung der Wirksamkeit von Geld- und Sachleistungen ist auf die nach der Art der Behinderung unterschiedlichen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen.

(5) Bei Ersatz von Geld- durch Sachleistungen ist das Pflegegeld zur Bedeckung der Sachleistungen zu verwenden und an den Erbringer der Sachleistungen insoweit auszuzahlen, als dieser Leitungen bereitstellt.

Einkommensteuer- und Gebührenfreiheit

§ 21. (1) Das Pflegegeld unterliegt nicht der Einkommensteuer.

(2) Die zur Durchführung dieses Bundesgesetzes erforderlichen Amtshandlungen, Eingaben und Vollmachten sind von den Stempelgebühren und Verwaltungsabgaben befreit. (BGB1. I Nr. 138/2002, Z 3, ab 14.8.2002)

(3) Die Gebühren für die Zustellung der nach diesem Bundesgesetz gewährten Pflegegelder im Inland trägt der Bund bzw. der zuständige Unfallversicherungsträger.

3a. ABSCHNITT

Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds

§ 21a. (1) Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung (§ 22 des Bundesbehindertengesetzes) können nach Maßgabe der für diesen Zweck zur Verfügung stehenden Mittel bei Vorliegen einer sozialen Härte an jemanden gewährt werden, der (BGB1. Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 1, ab 1.1.2004)

1. als naher Angehöriger seit mindestens einem Jahr
   a) eine pflegebedürftige Person, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 3 nach diesem Bundesgesetz gebührt, oder
   b) eine nachweislich dementiell erkrankte pflegebedürftige Person, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 1 nach diesem Bundesgesetz gebührt, oder
   c) eine pflegebedürftige minderjährige Person, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 1 nach diesem Bundesgesetz gebührt,

   überwiegend gepflegt und

   (BGB1. I Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 1, ab 1.1.1004; BGB1. I Nr. 128/2008, Z 4, ab 1.1.2009)

   2. an der Erbringung der Pflegeleistung wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen wichtigen Gründen verhindert ist.

   (BGB1. I Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 1, ab 1.1.2004)

(2) Ansuchen auf Gewährung einer Zuwendung nach Abs. 1 sind unter Ausschluss der erforderlichen Unterlagen beim Bundessozialamt einzubringen. (BGB1. I Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 1, ab 1.1.2004)

(3) Der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz hat nähere Bestimmungen über die Voraussetzungen, unter denen eine Zuwendung im Sinne des Abs. 1 gewährt werden kann (sowie die Höhe der Zuwendung, besonders berücksichtigungswürdige Umstände), in Form von Richtlinien zu erlassen. Vor Erlassung dieser Richtlinien ist der

Bundesbehindertenbeirat (§ 8 des Bundesbehindertengesetzes) zu hören. Diese Richtlinien haben sowohl im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz als auch im Bundessozialamt zur Einsichtnahme aufzuliegen. (BGB1. I Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 1, ab 1.1.2004)

§ 21 b. (1) Zum Zweck der Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung pflegebedürftiger Personen im Sinne des HBeG können nach Maßgabe der dafür zur Verfügung stehende Mittel aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung (§ 22 des Bundesbehindertengesetzes) Zuwendungen an pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige gewährt werden.

(2) Voraussetzungen für die Gewährung einer Zuwendung sind:

1. die Betreuung gemäß § 1 Abs. 1 HBeG,
2. die Feststellung des Bedarfes einer bis zu 24-Stunden-Betreuung
3. ein Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach diesem Bundesgesetz oder einem Landespflegegeldgesetz, (BGB1. I Nr. 51/2007, Art. I Z 1, ab 1.7.2007)
4. eine angemessene Beteiligung anderer Gebietskörperschaften an den Kosten der Betreuung und
5.
   a) Eine theoretische Ausbildung der Betreuungskraft, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers nach der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGB1. I Nr. 55/2005, entspricht oder,
   b) dass die Betreuungskraft seit mindestens sechs Monaten die Betreuung im Sinne des HBeG oder gemäß § 159 GewO 1994 nach den Erfordernissen einer sachgerechten Betreuung des Förderwerbers durchgeführt hat oder
   c) eine Befugnis der Betreuungskraft gemäß §§ 3b oder 15 Abs. 7 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG), BGB1. Nr. 198/1997, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 57/2008, oder gemäß § 50b des Ärztegesetzes 1998, BGB1. I Nr. 169, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 57/2008.

   Eine dieser Voraussetzungen muss ab 1. Jänner 2009 erfüllt sein. (BGB1. I Nr. 57/2008, Art. 13)

Von der Voraussetzung der Z 4 kann auf die Dauer von längstens 6 Monaten ab In-Kraft-Treten dieser Bestimmung abgesehen werden. (BGB1. I Nr. 34/2007, Z 2 ab 1.7.2007)

(3) Aus verwaltungsökonomischen Gründen können die Zuwendungen auf der Basis einer entsprechenden Vereinbarung an Gebietskörperschaften, Köperschaften öffentlichen Rechts oder Sozialversicherungsträger ausbezahlt werden, sofern damit der Zweck der Zuwendung erreicht wird. (BGB1. I Nr. 34/2007, Z 2, ab 1.7.2007)

(4) Der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz hat nähere Bestimmungen über die Voraussetzungen, unter denen eine Zuwendung im Sinne des Abs. 1 gewährt werden kann (wie die Höhe der Zuwendung, besonders berücksichtigungswürdige Umstände, Abwicklung, Maßnahmen der Qualitätssicherung), in Form von Richtlinien zu erlassen. Vor Erlassung dieser Richtlinien ist der Bundesbehindertenbeirat (§ 8 des Bundesbehindertengesetzes) zu hören. Diese Richtlinien haben im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zur Einsichtnahme aufzuliegen. (BGB1. I Nr. 34/2007, Z 2, ab 1.7.2007)

(5) § 24 des Bundesbehindertengesetzes ist auf Zuwendungen nach diesem Abschnitt nicht anzuwenden; §§ 25 und 26 des Bundesbehindertengesetzes gelten sinngemäß. (BGB1. I Nr. 34/2007, Z 2, ab 1.7.2007)

4. ABSCHNITT

Entscheidungsträger

§ 22. (1) Zur Entscheidung in Angelegenheiten nach diesem Bundesgesetz sind zuständig:

Für Personen nach

1. § 3 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f und Z 7 der für die Gewährung der Vollrente, Pension oder des Sonderruhegeldes zuständige Sozialversicherungsträger;

2. § 3 Abs. 1 Z 2 und 3 der zuständige Unfallversicherungsträger;

3. § 3 Abs. 1 Z 4 lit. a und i, ausgenommen im Bereich der Österreichischen Post Aktiengesellschaft, der Telekom Austria Aktiengesellschaft und der Österreichischen Postbus Aktiengesellschaft, sowie lit. f, g, h und k die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter; (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 13, ab 1.1.1999; BGB1. I Nr. 69/2001, Z 11, ab 1.7.2001; BGB1. I Nr. 89/2006, Art. 5 Z 1, ab 1.1.2007)

4. § 3 Abs. 1 Z 4 lit. d die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter; (BGB1. I Nr. 128/2008, Z 5, ab 1.1.2009)

5. § 3 Abs. 1 Z 4 lit. a und i im Bereich der Österreichischen Post Aktiengesellschaft und der Telekom Austria Aktiengesellschaft die gemäß § 17 Abs. 3 des Poststrukturgesetzes (PTSG), BGB1. Nr. 201/1996, eingerichteten nachgeordneten Personalämter, sowie im Bereich der Österreichischen Postbus Aktiengesellschaft das gemäß § 17 Abs. 2 PTSG eingerichtete Personalamt; (BGB1. Nr. 111/1998, Z 14, ab 1.1.1999; Bgb1. I Nr. 69/2001, Z 12, ab 1.7.2001)

6. § 3 Abs. 1 Z 4 lit. e der Präsident des Verfassungsgerichtshofes; (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 14, ab 1.1.1999; BGB1. I Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 2, ab 1.1.2004)

7. § 3 Abs. 1 Z 1 lit. g, Z 5 lit. a, b und d, Z 6 lit. a und b sowie Z 8 das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen; (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 14, ab 1.1.1999)

7a. § 3 Abs. 1 Z 4 lit. j und l die ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH; (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 14, ab 1.1.1999)

8. § 3 Abs. 1 Z 5 lit. c sowie Z 6 lit. c der Landeshauptmann; /BGB1. I Nr. 111/1998, Z 14, ab 1.1.1999)

9. § 3 Abs. 1 Z 4 lit. b und c der Landeshauptmann, im Bereich des Landes Oberösterreich für Personen nach § 3 Abs. 1 Z 4 lit. b der Landeschulrat. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 14, ab 1.1.1999)

(2) Bezüglich der örtlichen Zuständigkeit gelten die beim jeweiligen Entscheidungsträger in Vollziehung der im § 3 genannten Normen anzuwendenden Bestimmungen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ist ermächtigt, durch Verordnung die Durchführung des Bundespflegegeldgesetzes einem Entscheidungsträger zu entziehen und einem anderen Entscheidungsträger zu übertragen, wenn dies im Interesse der Zweckmäßigkeit, Raschheit, Einfachheit und Kostenersparnis gelegen ist.

5. ABSCHNITT

Kostenersatz

§ 23. (1) Der Bund hat den Trägern der gesetzlichen Pensionsversicherung die in der nach den Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherungsträger zu erstellenden gesonderten Erfolgsrechnung nach diesem Bundesgesetz nachgewiesenen Aufwendungen für das Pflegegeld, die Sachleistungen, die Reisekosten, den vertrauensärztlichen Dienst und die sonstige Betreuung, die Zustellgebühren, den entsprechenden Anteil an den Verwaltungsaufwendungen sowie die sonstigen Aufwendungen zu ersetzen. Dabei sind Ersätze für Leistungsaufwendungen sowie sonstige Erträge in Abzug zu bringen. Die anteiligen Verwaltungsaufwendungen können pauschal ermittelt und vom Bund in der Höhe des festgesetzten Pauschalbetrages ersetzt werden. Der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz hat die Pauschalbeträge nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzusetzen. (BGB1. Nr. 131/1995, Art. I Z 7a, ab 1.1.1995)

(2) Der Bund hat den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung den Aufwand für das auf Grund akausaler Behinderungen geleistete Pflegegeld und den entsprechenden Anteil an den Verwaltungsaufwendungen hiefür zu ersetzen, wobei Ersätze für das auf Grund

akausaler Behinderungen geleistete Pflegegeld in Abzug zu bringen sind. Im Übrigen ist Abs. 1 dritter und vierter Satz anzuwenden. (BGB1. Nr. 131/1995, Art. I Z 7a, ab 1.1.1995)

(3) Der Bund hat der ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH die in der Erfolgsrechnung analog den für die Sozialversicherungsträger geltenden Bestimmungen nachgewiesenen Aufwendungen für das Pflegegeld sowie die den in Abs. 1 erster Satz angeführten weiteren Aufwendungen entsprechenden Aufwendungen zu ersetzen, soweit diese den Anteil des Beitragsaufkommens für Versicherte gemäß § 472 a ASVG, der einem Beitragssatz von 0,8 vH entspricht, übersteigen. (BGB1. Nr. 457/1993, Art. I Z 4, ab 1.7.1993; BGB1. I Nr. 138/2003, Art. 5 Z 2, ab 6.10.2004)

(4) Der Bund hat den Trägern der gesetzlichen Pensions- und Unfallversicherung und der ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH den nach Abs. 1 bis 3 gebührenden Kostenersatz monatlich im erforderlichen Ausmaß unter Bedachtnahme auf seine Kassenlage zu bevorschussen. (BGB1 . Nr. 457/1993, Art. I Z 4, ab 1.7.1993; BGB1. I Nr. 138/2003, Art. 5 Z 2, ab 6.10.2004)

6. ABSCHNITT
V e r f a h r e n

Allgemeine Bestimmungen

§ 24. Auf das Verfahren finden, soweit dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, vor den Sozialversicherungsträgern die Bestimmungen der §§ 354, 357, bis 361, 363 bis 367 und 412 ASVG und vor den übrigen Entscheidungsträgern die Vorschriften des AVG mit Ausnahme der §§ 45 Abs. 3 und 68 Abs. 2 AVG Anwendung.

(BGB1. I Nr. 111/1998, Z 15,
ab 1.1.1999)

Antragstellung

§ 25. (1) Die Leistungen nach diesem Bundesgesetz sind, ausgenommen bei der Einleitung eines amtswegigen Verfahrens zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß §§ 4 und 4a durch einen Unfallversicherungsträger oder im Falle der Einleitung eines

amtswegigen Verfahrens gemäß § 9 Abs. 1 zweiter Satz, durch Antrag beim zuständigen Entscheidungsträger geltend zu machen. Wird der Antrag bei einer anderen Behörde, einem anderen Sozialversicherungsträger, einem Gericht oder einem Gemeindeamt eingebracht, so ist der Antrag unverzüglich an den zuständigen Entscheidungsträger weiterzuleiten und gilt als ursprünglich richtig eingebracht. (BGB1. Nr. 202/1996, Art. 21 Z 9, ab 1.5.1996; BGB1. I Nr. 111/1998, Z 16, ab 1.1.1999)

(2) Antragsberechtigt gemäß Abs. 1 sind der Anspruchswerber selbst, sein gesetzlicher Vertreter oder sein Sachwalter, wenn er mit der Besorgung dieser Angelegenheit betraut worden ist. Überdies kann ein Antrag auf Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegeldes auch durch Familienmitglieder oder Haushaltsangehörige ohne Nachweis der Bevollmächtigung gestellt werden, wenn kein Zweifel über Bestand und Umfang der Vertretungsbefugnis besteht. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 17, ab 1.1.1999)

(3) Bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Anspruchsübergang gemäß § 13 ist auch der Kostenträger antragsberechtigt; die Antragstellung begründet keine Parteistellung des Kostenträgers, die über den Ersatzanspruch gemäß § 13 hinausgeht. Die Antragstellung gilt als Verständigung gemäß § 13 Abs. 2. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 17, ab 1.1.1999)

(4) Anträge auf Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegeldes sind ohne Durchführung eines Ermittlungsverfahrens zurückzuweisen, wenn seit Rechtskraft der letzten Entscheidung noch kein Jahr verstrichen ist und keine wesentliche Änderung der Anspruchsvoraussetzungen glaubhaft bescheinigt ist. (BGB1. Nr. 131/1995, Art. I Z 8, ab 1.7.1995; BGB1. I Nr. 111/1998, Z 17, ab 1.1.1999)

Begutachtung

§ 25a. (1) Auf Wunsch des Pflegebedürftigen, seines gesetzlichen Vertreters oder Sachwalters ist bei der Untersuchung die Anwesenheit und Anhörung einer Person seines Vertrauens zu ermöglichen. Hieraus entstehende Kosten werden nicht ersetzt. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 18, ab 1.1.1999)

(2) Bei der Begutachtung von pflegebedürftigen Personen in stationären Einrichtungen sind zur Beurteilung der konkreten Pflegesituation auch Informationen des Pflegepersonals

einzuholen und die Pflegedokumentation zu berücksichtigen. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 18, ab 1.1.1999)

(3) Bei pflegebedürftigen Personen, die durch ambulante Dienste betreut werden, sind bei der Begutachtung zur Verfügung gestellte Pflegedokumentationen zu berücksichtigen. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 18, ab 1.1.1999)

(4) Bei pflegebedürftigen Personen, die im Rahmen eines Betreuungsverhältnisses im Sinne des HBeG oder gemäß § 159 GewO 1994 betreut werden, sind bei der Begutachtung Informationen der Betreuungskräfte zur Beurteilung der konkreten Pflegesituation einzuholen und zur Verfügung gestellte Betreuungsdokumentationen und Haushaltsbücher zu berücksichtigen. Die Betreuungskräfte sind dabei zur Auskunft verpflichtet; hieraus entstehende Kosten werden nicht ersetzt. (BGB1. I Nr. 34/2007, Z 3, ab 1.7.2007)

Mitwirkungspflicht

§ 26. (1) Die Leistung des Pflegegeldes kann abgelehnt, gemindert oder entzogen werden, wenn und solange der Anspruchsberechtigte ohne triftigen Grund

1. einer schriftlichen Aufforderung zum Erscheinen zu einer ärztlichen Untersuchung nicht entspricht oder
2. eine für die Entscheidungsfindung unerlässliche ärztliche Untersuchung verweigert oder
3. sich weigert, die zur Durchführung des Verfahrend unerlässlichen Angaben zu machen.

(2) Voraussetzung für eine bescheidmäßige Verfügung nach Abs. 1 ist jedoch, dass der Anspruchsberechtigte oder Anspruchswerber auf die Folgen seines Verhaltens nachweislich aufmerksam gemacht worden ist. Eine Nachzahlung für die Zeit der Ablehnung, Minderung oder Entziehung des Pflegegeldes hat zu unterbleiben.

Bescheide

§ 27. (1) Bescheide nach diesem Bundesgesetz sind schriftlich zu erlassen.

(2) Bescheide haben auf die Möglichkeit, eine Klage beim zuständigen Gerichtshof erster Instanz als Arbeits- und Sozialgericht bzw. beim Arbeits- und Sozialgericht Wien einzubringen, auf die dabei einzuhaltende Frist, die Form der Einbringung und auf das Erfordernis des hinreichend bestimmten Klagebegehrens gemäß § 82 des Arbeits- und Sozialgerichtes (ASGG), BGB1. Nr. 104/1985, hinzuweisen.

(3) Im Falle der Neubemessung des Pflegegeldes als Folge von Änderungen dieses Bundesgesetzes oder der Anpassung des Pflegegeldes besteht keine Verpflichtung zur Erlassung eines Bescheides.

(4) Im Verfahren gemäß §§ 13, 14 und 18 Abs. 2 haben die Entscheidungsträger gegenüber den Trägern der Sozialhilfe oder den Empfängern des Kostenersatzes keinen Bescheid zu erlassen.
(BGB1. I Nr. 111/1998, Z 19, ab. 1.1.1999)

(5) Ergibt sich nachträglich, dass eine Geldleistung bescheidmäßig infolge eines wesentlichen Irrtums über den Sachverhalt oder eines offenkundigen Versehens zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig bemessen oder zum Ruhen gebracht wurde, so ist mit Wirkung vom Tage der Auswirkung des Irrtums oder Versehens der gesetzliche Zustand herzustellen. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 19, ab. 1.1.1999)

§ 28. (1) Bescheide über Anträge auf Zuerkennung des Pflegegeldes sind binnen sechs Monaten nach dem Einlangen des Antrages zu erlassen. Zeiten, während derer das Verfahren gemäß § 38 zweiter Satz AVG ausgesetzt ist, sind in diese Frist nicht einzurechnen.

(2) Hat der Entscheidungsträger einen Bescheid zu erlassen, kann er dies aber innerhalb der Frist nach Abs. 1 nicht, weil der Sachverhalt noch nicht genügend geklärt ist, so hat er, wenn seine Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht, die Leistung zu bevorschussen; § 8 Abs. 2 und 3 sind anzuwenden.

Information und Kontrolle § 29. Entfallen. (BGB1. I Nr. 69/2002, Z 14, ab 1.7.2001)

Ersatz von Reisekosten

§ 30. Reisekosten, die dem Anspruchsberechtigten oder Anspruchswerber für sich und eine notwendige Begleitperson auf Grund einer schriftlichen Aufforderung zum Erscheinen zu einer ärztlichen Untersuchung zur Durchführung dieses Bundesgesetzes entstehen, sind nach den beim jeweiligen Entscheidungsträger in Vollziehung der im § 3 genannten Normen anzuwendendenen Bestimmungen zu ersetzen; subsidiär gilt § 37 PG 1965.

Sachverständige

§ 31. Bezügliche der Bestellung, Enthebung und Honorierung der freien ärztlichen Sachverständigen gelten die beim jeweiligen Entscheidungsträger in Vollziehung der im § 3 genannten Normen anzuwendenden Bestimmungen.

Ermittlung und Verarbeitung von Daten

§ 32. Die Entscheidungsträger und Gerichte sind ermächtigt, die auf Grund der im § 3 genannten Normen verarbeitenden Daten von Anspruchsberechtigten oder Anspruchswerbern nach diesem Bundesgesetz betreffend Generalien, Versicherungsnummer, Art und Einschätzung der Gesundheitsschädigung, das sind Daten aus ärztlichen Befunden und Sachverständigengutachten, so wie Art und Höhe von pflegebezogenen Geldleistungen zur Feststellung der Gebührlichkeit und Höhe des Pflegegeldes zu ermitteln und zu verarbeiten.

(BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 10,
ab 1.5.1996)

Mitwirkung

§ 33. (1) Die Entscheidungsträger und die übrigen Träger der Sozialversicherung, die Bezirksverwaltungsbehörden und Ämter der Landesregierungen sind verpflichtet, auf Verlangen einander sowie den Gerichten die zur Feststellung der Gebührlichkeit und Höhe des Pflegegeldes erforderlichen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes betreffend Generalien der Anspruchsberechtigten oder Anspruchswerber, Versicherungsnummer, Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Personenkreis (§ 3), Art und Einschätzung der Gesundheitsentschädigung, das sind Daten aus ärztlichen Befunden und

Sachverständigengutachten, sowie Art und Höhe von pflegebezogenen Geldleistungen zu übermitteln.

(2) Die Entscheidungsträger (§ 22) sind verpflichtet, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf Verlangen folgende Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes zur automationsunterstützten Besorgung der Statistik der Pflegevorsorge im Einzelfall zu übermitteln:

1. Versicherungsnummer der Bezieher von Pflegegeld und Ordnungsbegriff des Entscheidungsträgers
2. Geschlecht der Bezieher von Pflegegeld
3. Postleitzahl und Bundesland des Wohnsitzes der Pflegegeldbezieher
4. Art der Grundleistung, zu der das Pflegegeld gewährt wird
5. Stufe des Pflegegeldes
6. Art der Behinderung
7. Art und Höhe der anrechenbaren Geldleistungen gemäß § 7
8. Ruhen des Pflegegeldes und Ruhensgrund gemäß § 12
9. Übergang, Übergangsgrund und Höhe der übergehenden Leistung gemäß § 13
10. Höhe des Betrages, mit dem das Pflegegeld gemäß § 20 durch Sachleistungen ersetzt wurde
11. Höhe und Grund der Ausgleichszahlungen gemäß § 44
12. Höhe der Leistungen bei Auslandsaufenthalt gemäß § 46 bzw. § 500 ASVG und Aufenthaltsstaat
13. Auszahlungsbetrag der Pflegegelder
14. Datum und Art der Anträge
15. Datum und Art der Erledigungen.

(BGB1. Nr. 131/1995, Art. I Z 8a, ab 1.7.1995)

(3) Die Gemeinden, die Abgabenbehörden des Bundes, die öffentlichen und privaten Krankenhausanstalten, die Krankenfürsorgeanstalten und die gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Rechtsanwälte sind verpflichtet, auf begründetes Ersuchen der Entscheidungsträger oder der Gerichte im Ermittlungsverfahren zur Durchführung dieses Bundesgesetzes mitzuwirken, wenn dies im Interesse der Einfachheit, Zweckmäßigkeit und

Kostenersparnis gelegen ist. Die Mitwirkungspflicht umfasst auch die Übermittlung von Daten im Sinne des Abs. 1. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 15, ab 1.7.2001)

6a. ABSCHNITT
Q u a l i t ä t s s i c h e r u n g

Qualitätssicherung

§ 33a. Die Entscheidungsträger (§ 22) können Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchführen. Insbesondere können sie in Form von Hausbesuchen überprüfen, ob eine den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person entsprechende Pflege gegeben ist, und erforderlichenfalls durch Information und Beratung zu deren Verbesserung beitragen. Dabei sollen nach Möglichkeit auch die an der konkreten Pflegesituation beteiligten Personen einbezogen werden.

(BGB1. I Nr. 69/2001, Z 16,
ab 1.7.2001)

Information und Kontrolle

§ 33b. (1) Die Entscheidungsträger haben den Anspruchsberechtigten, seinen gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter bzw. den Sachwalter über den Zweck des Pflegegeldes (§ 1) zu informieren.

(2) Die Entscheidungsträger sind berechtigt, die zweckmäßige Verwendung des Pflegegeldes zu kontrollieren; die im Abs. 1 genannten Personen haben dazu erforderliche Auskünfte zu erteilen. Wenn Hinweise auf eine drohende Unterversorgung vorliegen, ist auch der Zutritt zu den Wohnräumen des Pflegebedürftigen zu gewähren.

(3) Wenn die im Abs. 1 genannten Personen ihren Verpflichtungen gemäß Abs. 2 nicht oder nicht ausreichend nachkommen, kann das Pflegegeld für die Dauer der Weigerung gemindert, entzogen oder durch Sachleistungen ersetzt werden (§ 20).

(BGB1. I Nr. 69/2001, Z 16,
ab 1.7.2001)

Förderung von Projekten der Pflegevorsorge

§ 33c. (1) Der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz kann Projekte gemeinnütziger Organisationen der freien Wohlfahrtspflege auf Ansuchen fördern, wenn diese Belange der Pflegevorsorge beinhalten und von überregionaler Bedeutung sind. Solche Projekte sind insbesondere:

1. Maßnahmen zur Qualitätssicherung;
2. Öffentlichkeitsarbeit zur Bewusstseinsbildung für Probleme pflegebedürftiger Menschen;
3. Herausgeben fachspezifischer Informationen.

(2) Auf die Gewährung von Förderungen gemäß Abs. 1 besteht kein Rechtsanspruch. Sie erfolgen in Form von Zuschüssen im Rahmen der jeweils im Bundesfinanzgesetz für diesen Zweck verfügbaren Mittel.

(3) Vor der Gewährung eines Zuschusses hat sich der Förderungswerber dem Bund gegenüber zu verpflichten, über die widmungsgemäße Verwendung Bericht zu erstatten, Rechnung zu legen und zum Zweck der Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung des Zuschusses Organen des Bundes die erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie Einsicht in die Bücher und Belege und Besichtigungen an Ort und Stelle zu gestatten. Ferner hat sich der Förderungswerber zu verpflichten, bei widmungswidriger Verwendung von Zuschüssen oder Nichteinhaltung der erwähnten Verpflichtungen die Zuschüsse an den Bund zurückzuzahlen, wobei der zurückzuzahlende Betrag für die Zeit von der Auszahlung bis zur Rückzahlung mit einem Zinsfuß zu verzinsen ist, der 3 vH über dem Basiszinssatz (Art. I § 1 des 1. Euro-Justiz-Begleitgesetzes, BGB1. I Nr. 125/1998) liegt.

(BGB1. I Nr. 69/2001, Z 16,
ab 1.7.2001)

7. ABSCHNITT

Aufsicht des Bundes

§ 34. (1) Die Bestimmungen der im § 3 dieses Bundesgesetzes genannten Sozialversicherungsgesetze betreffend die Aufsicht des Bundes über die Versicherungsträger und den Hauptverband samt ihren Anstalten und Einrichtungen sind anzuwenden.

(2) In Angelegenheiten nach diesem Bundesgesetz obliegt die Aufsicht über die ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH dem Bundesminister für Finanzen. Dabei sind die in den Sozialversicherungsgesetzen festgelegten Grundsätze für die Aufsicht des Bundes zu beachten. (BGB1. Nr. 457/1993, Art. I Z 5, ab 1.7.1993; BGB1. I Nr. 138/2003, Art. 5 Z 3, ab 6.10.2004)

8. ASCHNITT

Verweisungen

§ 35. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

§ 36. Soweit in anderen Gesetzen auf bisherige pflegebezogene Geldleistungen, die durch dieses Bundesgesetz geändert oder aufgehoben werden, verwiesen wird, gelten diese Verweisungen als Verweisungen auf das Pflegegeld nach diesem Bundesgesetz.

Inkrafttreten von Verordnungen

§ 37. Verordnungen auf Grund dieses Bundesgesetzes können bereits ab dem auf seine Kundmachung folgenden Tag erlassen werden; sie dürfen frühestens mit 1. Juli 1993 in Kraft gesetzt werden.

9. ABSCHNITT

Übergangsrecht

§ 38. (1) Personen, denen zum 30. Juni 1993 ein Hilflosenzuschuss, eine Hilflosenzulage oder ein Pflegegeld nach den im § 3 angeführten Normen rechtskräftig zuerkannt ist („bisherige pflegebezogene Leistung“) und die zum anspruchsberechtigten Personenkreis gemäß § 3 zählen, ist von Amts wegen mit Wirkung vom 1. Juli 1993 nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes ein Pflegegeld in Höhe der Stufe 2 zu gewähren. Diesen Personen gilt ein Pflegegeld in Höhe der Stufe 2 als rechtskräftig zuerkannt. Werden bis 30. Juni 1994 Anträge auf Erhöhung dieses Pflegegeldes eingebracht, ist § 25 Abs. 2 nicht anzuwenden.

(2) Bei Zusammentreffen mehrerer Ansprüche auf Pflegegeld gemäß Abs. 1 gelten die Bestimmungen des § 6. Bei Zusammentreffen von mehreren Ansprüchen auf pflegebezogene Leistungen, für deren Auszahlung bisher nur ein Entscheidungsträger zuständig war, obliegt diesem auch die Gewährung des Pflegegeldes.

§. 39. (1) Die bisherigen pflegebezogenen Geldleistungen gelten mit 30. Juni 1993 als rechtskräftig eingestellt.

(2) Wenn solche Geldleistungen noch für Zeiträume nach dem 30. Juni 1993 ausbezahlt werden, sind diese dem Pflegegeld anzurechnen.

§ 40. (1) Bringen Bezieher bisheriger pflegebezogener Leistungen bi 31. Dezember 1993 einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegeldes ein, kann das höhere Pflegegeld ab Vorliegen der Voraussetzungen – frühestens ab 1. Juli 1993 – geleistet werden.

(2) Die Entscheidung im Verfahren nach Abs. 1 hat ohne neuerliche ärztliche Untersuchung zu erfolgen, wenn durch die aktenkundigen Tatsachen und die in früheren Verfahren eingeholten Gutachten der Sachverhalt ausreichend geklärt ist.

§ 41. Für den Ersatz zu Unrecht bezogener bisheriger pflegebezogener Geldleistungen, die sich auf Zeiträume vor dem 1. Juli 1993 beziehen, gelten die jeweiligen Bestimmungen der im § 3 genannten Normen in der bis zum 30. Juni 1993 geltenden Fassung.

§ 42. § 13 Abs. 2 ist nicht anwendbar, wenn bis zum 30 Juni 1993 der Anspruch auf die bisherige pflegebezogene Leistung auf einen Kostenträger übergegangen ist; in diesen Fällen bezieht sich dieser Anspruchsübergang ab 1. Juli 1993 auf das Pflegegeld.

§ 43. (1) Die am 1. Juli 1993 noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren betreffend bisherige pflegebezogenen Leistungen sind nach den bisherigen Verfahrensvorschriften zu Ende zu führen, wenn das Datum der ersten erstinstanzlichen Entscheidung einer Verwaltungsbehörde vor dem 1. Juli 1993 liegt. Wird die erste derartige Entscheidung nach dem 30. Juli 1993 gefällt, gelten die Verfahrensvorschriften dieses Bundesgesetzes.

(2) Allen am 1. Juli 1993 noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren sind für die Zeit bis zum 30. Juni 1993 die bis zu diesem Zeitpunkt jeweils für die Beurteilung des Anspruches geltenden Bestimmungen der im § 3 genannten Normen zugrunde zu legen; § 38 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 gelten sinngemäß. Dies gilt auch für gerichtliche Verfahren. (BGB1. Nr. 131/1995, Art. I Z 9, ab 1.7.1995)

§ 44. (1) Ab 1. Juli 1993 ist ein Ausgleich zu leisten, wenn

1. das Pflegegeld gemäß § 38 oder § 40 betragsmäßig geringer ist als die bisherige pflegebezogenen Geldleistung (einschließlich allfälliger Sonderzahlungsanteile),
2. sich auf Grund der Anrechnung gemäß § 7 ein Betrag ergibt, der unter dem Betrag der bisherigen pflegebezogenen Leistungen liegt oder
3. auf Grund der Anrechnung gemäß § 7 kein Pflegegeld ausgezahlt wird.

Der Ausgleich nach Z 1 und 2 ist in Höhe des Unterschiedsbeitrages zwischen dem gebührenden Pflegegeld und den bisherigen pflegebezogenen Geldleistungen und der Ausgleich nach Z 3 in Höhe jener Leistungen zu erbringen, die auf Grund des Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes mit 1. Juli entfallen ist.

(2) Auf die gemäß Abs. 1 gewährten Ausgleiche sind Erhöhungen des Pflegegeldes auf Grund einer Einordnung in eine höhere Stufe entsprechend anzurechnen. Gleiches gilt für die gemäß Abs. 1 Z 3 gewährten Ausgleiche bei Erhöhungen der gemäß § 7 anrechenbaren pflegebezogenen Leistungen, die sich auf Grund einer höheren Einreichung ergeben. Ausgleiche gebühren nicht, wenn die Höhe des Ausgleiches 1.50 Euro monatlich nicht erreicht. (BGB1. Nr. 457/1993, Art. I Z 6 ab 1.7.1993; BGB1. I Nr. 69/2001, Z 17, ab 1.1.2002)

(3) Tritt eine Änderung in der Sachlage ein, die nach den bis zum 30 Juni 1993 geltenden gesetzlichen Regelungen die Minderung oder Entziehung jener pflegebezogenen Leistung, an deren Stelle der Ausgleich gewährt wird, zur Folge hätte, ist der Ausgleich entsprechend zu mindern oder zu entziehen.

(4) Soweit in den Abs. 1 bis 3 nichts anderes bestimmt ist, sind auf Ausgleiche die für das Pflegegeld geltenden Regelungen sinngemäß anzuwenden.

(5) Die Ausgleiche gemäß Abs. 1 sind mit Wirkung vom 1. Jänner 2005 von Amts wegen um 2% zu erhöhen und gemäß § 18 Abs. 4 auf Beträge von vollen 10 Cent zu runden. Der Vervielfachung sind die für das Jahr 2004 gebührenden Beträge zugrunde zu legen. (BGB1. I Nr. 136/2004, Art. 19 Z 2, ab 1.1.2005)

(6) Die Ausgleiche gemäß Abs. 1 sind mit Wirkung vom 1. Jänner 2009 von Amts wegen wie folgt zu erhöhen und gemäß § 18 Abs. 4 auf Beträge von vollen 10 Cent zu runden:

1. bei einem Anspruch auf ein Pflegegeld der Stufen 1 oder 2 um 4%,
2. bei einem Anspruch auf ein Pflegegeld der Stufen 3 bis 5 um 5% und
3. bei einem Anspruch auf ein Pflegegeld der Stufen 6 oder 7 um 6%.

Der Vervielfachung sind die für das Jahr 2008 gebührenden Beträge zugrunde zu legen. (BGB1. I Nr. 128/2008, Z 6, ab 1.1.2009)

§ 45. Zum Zwecke der Anrechnung gemäß § 7 dürfen die Daten von Anspruchsberechtigen nach den Versorgungsgesetzen von den Bundesämtern für Soziales und Behindertenwesen bzw. Ämtern der Landesregierungen an die Entscheidungsträger nach diesem Bundesgesetz übermittelt werden. Diejenigen Daten, die von den Entscheidungsträgern nicht zur Feststellung der Anrechnung nach § 7 benötigt werden, sind nach Durchführung des Abgleichs zu löschen.

§ 46. (1) Personen, denen zum 30. Juni 1993 eine bisherige pflegebezogene Leistung rechtskräftig zuerkannt ist und die am 1. Juni 1993 ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, sind diese Leistungen für die Dauer dieses Aufenthaltes im bisherigen Ausmaß weiterhin zu erbringen; diese Leistungen gelten als rechtskräftig zuerkannt. Die Beträge sind mit Wirkung vom 1. Jänner 2002 und in weiterer Folge mit Wirkung vom 1. Jänner jeden Jahres mit dem Anpassungsfaktor des § 198f ASVG zu vervielfachen und gemäß § 18 Abs. 4 auf Beträge von vollen 10 Cent zu runden. Der Vervielfachung sind die für das jeweils vorangegangene Jahr ermittelten und gerundeten Beträge zugrunde zu legen. Im Übrigen gelten die jeweiligen Bestimmungen der im § 3 genannten Normen in der bis zum 30. Juni 1993 geltenden Fassung. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 18, ab 1.1.2002)

(2) Allen am 1. Juli 1993 noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren auf bisherige pflegebezogene Leistungen jener Personen, die am 1. Juli 1993 ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, sind für die Zeit bis zum 30. Juni 1993 die bis zu diesem Zeitpunkt jeweils geltenden Bestimmungen der im § 3 genannten Normen zugrunde zu legen. Wird festgestellt, dass zum 30. Juni 1993 eine bisherige pflegebezogene Leistung gebührt, gilt Abs. 1 sinngemäß.

(3) Für einen Zeitraum, in dem Ansprüche auf eine Leistung gemäß Abs. 1 und ein Pflegegeld nach diesem Bundesgesetz bestehen, gebührt nur die höhere Leistung. (BGB1. I Nr. 138/2002, Z 4, ab 14.8.2002)

§ 47. (1) § 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 201/1996 ist nicht anzuwenden, wenn die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens vor dem 1. Mai 1996 erfolgt ist und das Verfahren noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Dies gilt auch für gerichtliche Verfahren. Personen, denen vor dem 1. Mai 1996 ein

Pflegegeld in Höhe der Stufe 1 bereits rechtskräftig zuerkannt wurde, ist dieses weiterhin im Betrag von monatlich 203,10 Euro zu erbringen. (BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 11, ab 1.5.1996; BGB1. I Nr. 69/2001, Z 19, ab 1.1.2002; BGB1. I Nr. 136/2004, Art. 19 Z 3, ab 1.1.2005; BGB1. I Nr. 128/2008, Z 7, ab 1.1.2009)

(2) § 9 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 201/1006 sind nicht anzuwenden, wenn die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens vor dem 1. Mai 1996 erfolgt ist und das Verfahren noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Dies gilt auch für gerichtliche Verfahren. (BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 11, ab 1.5.1996)

(3) § 12 Abs. 6 und § 13 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 201/1996 sind nicht anzuwenden, wenn die Rentenumwandlung, die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher oder der Anspruchsübergang bereits vor dem 1. Mai 1996 erfolgt sind. (BGB1. Nr. 202/1996, Art. 21 Z 11, ab 1.5.1996)

(4) Ist in den in Vollziehung der im § 3 genannten Normen eine Vorschusszahlung zur Pension (Rente) gesetzlich angeordnet, so ist Personen, die im Dezember 1996 Pflegegeld beziehen und bei denen der Leistungsanspruch am 31. Dezember 1996 aufrecht ist, auch ein Vorschuss an Pflegegeld zu leisten. Dieser Vorschuss gebührt anstelle des verhältnismäßigen Teiles des Pflegegeldes gemäß § 9 Abs. 1 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 201/1996 für den Kalendermonat, in dem der Anspruch auf Pflegegeld erlischt. Die Vorschusszahlung ist in der Höhe des für Dezember 1996 ausgezahlten Pflegegeldes spätestens am 1. Jänner 1997 flüssig zu machen. Alle auf das Pflegegeld anzuwendenden Bestimmungen gelten auch für die Vorschusszahlung. (BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 11, ab 1.5.1996)

(5) § 22 Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 128/2008 ist nicht anzuwenden, wenn die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens vor dem 1. Jänner 2009 erfolgt ist und das Verfahren noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Das Verfahren ist von jenem Entscheidungsträger zu Ende zu führen, der bis zum 31. Dezember 2008 zuständig war. (BGB1. I Nr. 128/2008, Z 8, ab 1.1.2009)

§ 47a. Bezüglich der Umrechnung auf Euro-Beträge für vor dem 1. Jänner 2002 gebührende Geldleistungen gelten die beim jeweiligen Entscheidungsträger in Vollziehung der im § 3 genannten Normen anzuwendenden Bestimmungen.

(BGB1. I Nr. 69/2001, Z 20,
ab 1.1.2002)

§ 48. (1) Allen am 1. Jänner 1999 noch nicht bescheidmäßig abgeschlossenen Verfahren sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 1998 die bis zu diesem Zeitpunkt für die Beurteilung des Anspruches geltenden Bestimmungen des § 4 und der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, BGB1. Nr. 314/1993, zugrunde zu legen. Dies gilt sinngemäß auch für gerichtliche Verfahren.

(2) Personen, denen zum 31. Dezember 1998 ein Pflegegeld in Höhe der Stufe 3 rechtskräftig zuerkannt ist, ist von Amts wegen mit Wirkung vom 1. Jänner 1999 ein Pflegegeld in Höhe der Stufe 4 zu gewähren, sofern die dafür erforderlichen Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 111/1998 erfüllt sind.

(3) Die Entscheidung in Verfahren nach Abs. hat ohne neuerliche ärztliche Untersuchung zu erfolgen, wenn durch die aktenkundigen Tatsachen die in früheren Verfahren eingeholten Gutachten der Sachverhalt ausreichend geklärt ist.

(4) Eine Minderung eines rechtskräftig zuerkannten Pflegegeldes wegen der gesetzlichen Änderung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 2 oder wegen Außerkrafttretens der §§ 7 und 8 der Einstufungsverordnung ist nur dann zulässig, wenn auch eine wesentliche Veränderung im Ausmaß des Pflegebedarfes eingetreten ist. Dies gilt sinngemäß auch für die Fälle, in denen die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens vor dem 1. Jänner 1999 erfolgt ist und das Verfahren noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Diese Bestimmungen sind auch im gerichtlichen Verfahren anzuwenden.

(5) In den Fällen des § 9 Abs. 1 zweiter Satz ist eine niedrigere Einstufung gegenüber der Einstufung nach dem jeweiligen Landespflegegeldgesetz wegen der gesetzlichen Änderung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 2 oder wegen des Außerkrafttretens

der §§ 7 und 8 der Einstufungsverordnung nur dann zulässig, wenn auch eine wesentliche Veränderung im Ausmaß des Pflegebedarfes eingetreten ist. Dies gilt sinngemäß auch für Fälle, in denen die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens vor dem 1. Jänner 1999 erfolgt ist und das Verfahren noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Diese Bestimmungen sind auch im gerichtlichen Verfahren anzuwenden.

(BGB1. I Nr. 111/1998, Z 21, ab. 1.1.1999)

Übergangsbestimmungen zur Novelle BGB1. I Nr. 128/2008

§ 48a. (1) Bringen Bezieher eines Pflegegeldes nach diesem Bundesgesetz bis 30. April 2009 einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegeldes ein und liegen die Voraussetzungen des § 4 Abs. 3 oder 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 128/2008 vor, ist das höhere Pflegegeld ab 1. Jänner 2009 unter der Annahme, dass die Voraussetzungen des § 4 Abs. 3 oder 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 128/2008 auch schon zu diesem Zeitpunkt vorgelegen haben, ohne weitere Prüfung zu leisten.

(2) Die Entscheidung in Verfahren nach Abs. 1 hat ohne neuerliche ärztliche Untersuchung zu erfolgen, wenn durch die aktenkundigen Tatsachen und die in früheren Verfahren eingeholten Gutachten der Sachverhalt ausreichend geklärt ist.

(3) Allen am 1. Jänner 2009 noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren auf Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegeldes sind für die Zeit bis zum 31. Dezember die bis zu diesem Zeitpunkt jeweils für die Beurteilung des Anspruches geltenden Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zugrunde zu legen.

(4) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 3 gelten auch für gerichtliche Verfahren.

(BGB1. I Nr. 128/2008, Z 9,
ab 1.1.2009)

Inkrafttreten

§ 49. (1) § 4 Abs. 1, § 5, § 9 Abs. 1 und Abs. 3 Z 2, § 12, § 13 Abs. 1, § 14a, § 17, § 25 Abs. 1, § 32 und § 47 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 201/1996 treten mit 1. Mai 1996 in Kraft. (BGB1. Nr. 201/1996, Art. 21 Z 11; BGB1. I Nr. 111/1998, Z 22)

(2) § 3 Abs. 1 Z 4 und 8, § 3 Abs. 2 bis 6, § 4 Abs. 2 bis 4, § 4a samt Überschrift, § 6 Abs. 2 Z 5, § 7 zweiter Satz, § 9, § 11 Abs. 3, § 12, § 18 Abs. 2 bis 4, § 20 Abs. 1, § 22 Abs. 1 Z 3, 5 bis 9, § 24, § 25, § 25a samt Überschrift, § 27 Abs. 4 und 5, § 33 Abs. 4 und § 48 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 111/1998 treten mit 1. Jänner 1999 in Kraft. (BGB1. I Nr. 111/1998, Z 22)

(3) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 2001 die §§ 3 Abs. 1 Z 4 lit. l, 4 Abs. 1, 4a Abs. 1, 11 Abs. 7, 12 Abs. 3 Z 2 und Abs. 5, 16 Abs. 4 und 5, 22 Abs. 1 Z 3 und 5 und 7a, 33 Abs. 3 und der 6a. Abschnitt samt Überschrift in der Fassung des BGB1. I Nr. 69/2001;
2. mit 1. Jänner 2002 die §§ 5, 7, 18 Abs. 4, 44 Abs. 2, 46 Abs. 1, 47 Abs. 1 und 47a in der Fassung des BGB1. I Nr. 69/2001. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 21)

(4) § 29 samt Überschrift tritt mit Ablauf des 30. Juni 2001 außer Kraft. (BGB1. I Nr. 69/2001, Z 21)

(5) Der 3a. Abschnitt samt Überschrift und § 22 Abs. 1 Z 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 71/2003 treten mit 1. Jänner 2004 in Kraft. (BGB1. I Nr. 71/2003, 8. Teil Art. 70 Z 3)

(6) § 22 Abs. 1 Z 7a., § 23 Abs. 3 und 4 sowie § 34 Abs. 2 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 138/2003 treten mit dem Zeitpunkt, mit dem die ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH ihre Tätigkeit aufnimmt, in Kraft. (BGB1. I Nr. 138/2003, Art. 5 Z 4, ab 6.10.2004)

(7) § 5, § 44 Abs. 5 und § 47 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 136/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft. (BGB1. I Nr. 136/2004, Art. 19 Z 4)

(8) § 12 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 132/2005 tritt mit 1. Jänner 2006 in Kraft. (BGB1. I Nr. 132/2005, Art. 6 Z 3)

(9) § 22 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 89/2006 tritt mit 1. Jänner 2007 in Kraft. (BGB1. I Nr. 89/2006, Art. 5 Z 2)

(10) § 12 Abs. 3 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 31/2007 tritt mit 1. Juli 2007 in Kraft. (BGB1. I Nr. 31/2007, Art. 5 Z 2)

(11) §§ 12 Abs. 3 Z 1, 21b und 25a Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 34/2007 treten mit 1. Juli 2007 in Kraft. (BGB1. I Nr. 34/2007, Z 4)

(12) § 21b Abs. 2 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 51/2007 tritt mit 1. Juli 2007 in Kraft. (BGB1. I Nr. 51/2007, Art. 1 Z 2)

(13) § 4 Abs. 3 bis 7, § 5, § 13 Abs. 1, § 21a Abs. 1 Z 1, § 44 Abs. 6, § 47 Abs. 1 und 5 und § 48a in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 128/2008 treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft. (BGB1. I Nr. 128/2009, Z 10)

(14) (**Verfassungsbestimmung**) § 22 Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 128/2008 tritt mit 1. Jänner 2009 in Kraft. (BGB1. I Nr. 128/2009, Z 10)

3. TEIL
Schlussbestimmungen

1. ABSCHNITT

Inkrafttreten

1. Dieses Bundesgesetz tritt, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, mit 1. Juli 1993 in Kraft.

2. § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a, b, c und d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 110/1993 treten mit dem Beginn des Beitragszeitraumes Juli 1993 in Kraft.

3. § 477 g Abs. 3 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 110/1993 und die §§ 31 Abs. 1 und 31 b des Bauern-

Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 110/1993 treten mit 1. Jänner 1993 in Kraft.

4. Organisatorische und personelle Maßnahmen sowie ärztliche Begutachtung im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegegeldes können bereits vor der Kundmachung dieses Bundesgesetzes folgenden Tag an durchgeführt werden.

5. Mit Inkrafttreten des § 479 d Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 110/1993 tritt die Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 14. August 1967, BGB1. Nr. 303, außer Kraft.

2. ABSCHNITT

Vollziehung

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind betraut:

1. hinsichtlich 1. Teil Art. II §§ 23 und 33 Abs. 3 der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;

2. hinsichtlich 1. Teil Art. II § 21 der Bundesminister für Justiz und der Bundesminister für Finanzen;

3. hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen jener Bundesminister, dessen Wirkungsbereich die betreffenden Angelegenheiten umfasst, und die Bundesregierung.

ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN
und INKRAFTTRETEN
in Novellen zum Bundespflegegeldgesetz

Art. II des Bundesgesetzes
BGB1. Nr. 131/1995;

(1) Allen Verfahren in Bezug auf Pflegegeld in Höhe der Stufen 3 bis 7 sind für die Zeit bis zum 30. Juni 1995 die bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen des Bundespflegegeldgesetzes, BGB1. Nr. 110/1993, zugrunde zu legen. Der Rechtsweg ist in Bezug auf Pflegegeld in Höhe der Stufen 3 bis 7 für die Zeit vor dem 1. Juli 1995 ausgeschlossen.

(2) Wurde in der Zeit vom 1. Juli 1994 bis 30. Juni 1995 mittels Mitteilung ein Pflegegeld in Höhe der Stufen 3 bis 6 gewährt, ist § 25 Abs. 2 des Bundespflegegeldgesetzes nicht anzuwenden.

Art. III des Bundesgesetzes
BGB1. Nr. 131/1995:

Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Juni 1995, § 23 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 131/1995 mit 1. Jänner 1995 in Kraft.

A N H A N G I

Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, mit der die Verordnung über die Beurteilung des Pflegebedarfes nach dem Bundespflegegeldgesetz (Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz - EinstV), BGB1. II Nr. 37/1999, geändert wird

(BGB1. II Nr. 469/2008)

Auf Grund des § 4 des Bundespflegegeldgesetzes, BGB1. Nr. 110/1993, zuletzt geändert durch das Bundesgetz BGB1. I Nr. 128/2008, wird verordnet:

Betreuung

§ 1. (1) Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre.

(2) Zu den im Abs. 1 genannten Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

(3) Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist von folgenden – auf einen Tag bezogenen – Richtwerten auszugehen:

An- und Auskleiden:	2 x 20 Minuten
Reinigung bei inkontinenten Patienten:	4 x 10 Minuten
Entleerung und Reinigung des Leibstuhles:	4 x 5 Minuten
Einnehmen von Medikamenten: (auch bei Sonderverabreichung)	6 Minuten
Anus-praeter-Pflege:	15 Minuten
Kanülen- oder Sonderpflege:	10 Minuten
Katheter-Pflege:	10 Minuten
Einläufe:	30 Minuten
Mobilitätspflege im engeren Sinn:	30 Minuten

(BGB1. II Nr. 469/2008, Z 1, ab.1.1.2009)

(4) Für die nachstehenden Verrichtungen werden folgende – auf einen Tag bezogenen – zeitlichen Mindestwerte festgelegt:

Tägliche Körperpflege:	2 x 25 Minuten
Zubereitung von Mahlzeiten: (auch bei Sondernahrung)	1 Stunde
Einnehmen von Mahlzeiten: (auch bei Sondernahrung)	1 Stunde
Verrichtung der Notdurft:	4 x 15 Minuten

Abweichungen von diesen Zeitwerten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Betreuungsaufwand diese Mindestwerte erheblich überschreitet.
(BGB1. II Nr. 469/2008, Z 1, ab 1.1.2009)

(5) Bei der Festsetzung des Pflegebedarfes gemäß Abs. 1 bis 4 sind für schwerst behinderte Kinder und Jugendliche unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 3 und 4 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. I Nr. 128/2008 zusätzlich folgende auf einen Monat bezogene fixe Zeitwerte als Erschwerniszuschlag zu berücksichtigen:

bis zum vollendeten 7. Lebensjahr	…….	50 Stunden
ab dem vollendeten 7. Lebensjahr		
bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	…….	75 Stunden

(BGB1. II Nr. 469/2008, Z 2, ab 1.1.2009)

(6) Bei der Festlegung der Pflegebedarfes gemäß Abs. 1 bis 4 ist für Personen mit einer schweren oder einen schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, ab dem vollendeten 15. Lebensjahr (§ 4 Abs. 5 und 6 des Bundespflegegeldgesetzes) zusätzlich ein auf einen Monat bezogener fixer Zeitwert als Erschwerniszuschlag von 25 Stunden zu berücksichtigen.
(BGB1. II Nr. 469/2008, Z 2, ab 1.1.2009)

Hilfe

§ 2. (1) Unter Hilfe sind aufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind.

(2) Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn.

(3) Für jede Hilfsverrichtung ist ein – auf einen Monat bezogener – fixer Zeitwert von zehn Stunden anzunehmen.

(4) Bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen kann bis zum vollendeten 15. Lebensjahr unbeschadet der Bestimmung des § 4 Abs. 7 Z 3 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) ein Zeitwert für Mobilitätshilfe im weiteren Sinn im Ausmaß von bis zu 50 Stunden monatlich berücksichtigt werden.
(BGB1. II Nr. 469/2008, Z 3, ab 1.12009)

Hilfsmittel

§ 3. (1) Pflegebedarf ist insoweit nicht anzunehmen, als die notwendigen Verrichtungen vom Anspruchswerber durch die Verwendung einfacher Hilfsmittel selbstständig vorgenommen werden können oder könnten und ihm der Gebrauch dieser Hilfsmittel mit Rücksicht auf seinen physischen und psychischen Zustand zumutbar ist.

(2) Die Verwendung anderer Hilfsmittel ist zu berücksichtigen, wenn diese vorhanden sind oder deren Finanzierung zur Gänze oder zumindest überwiegend durch den Entscheidungsträger oder einen öffentlichen Kostenträger sichergestellt ist.

Anleitung, Beaufsichtigung und Motivationsgespräch

§ 4. (1) Die Anleitung sowie die Beaufsichtigung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung bei der Durchführung der in §§ 1 und 2 angeführten Verrichtungen ist der Betreuung und Hilfe gleichzusetzen.

(2) Sind mit geistig oder psychische behinderten Menschen zur selbstständigen Durchführung von in den §§ 1 und 2 angeführten Verrichtungen Motivationsgespräche zu führen, so ist für diese Betreuungsmaßnahme von einem – auf einen Monat bezogenen – zeitlichen Richtwert von insgesamt zehn Stunden auszugehen.

Ständiger Pflegebedarf

§ 5. Ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.

Außergewöhnlicher Pflegeaufwand

§ 6. Ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand liegt insbesondere vor, wenn

1. die dauernde Bereitschaft, nicht jedoch die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson oder
2. die regelmäßige Nachschau durch eine Pflegeperson in relativ kurzen, jedoch planbaren Zeitabständen erforderlich ist, wobei zumindest eine einmalige Nachschau auch in den Nachtstunden erforderlich sind muss oder
3. mehr als 5 Pflegeeinheiten, davon eine auch in den Nachtstunden, erforderlich sind.

(BGB1. II Nr. 469/2008, Z 4,
ab 1.1.2009)

Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen

§ 7. Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen liegen dann vor, wenn ein Pflegeplan wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung des pflegebedürftigen Menschen nicht eingehalten werden kann und die Betreuungsmaßnahme unverzüglich erbracht werden muss.

Sachverständigengutachten

§ 8. (1) Die Grundlage der Entscheidung bildet ein ärztliches Sachverständigengutachten. Erforderlichenfalls sind zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen, beispielweise dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der Heil- und Sonderpädagogik, der Sozialarbeit, der Psychologie sowie der Psychotherapie beizuziehen.

(2) Das Sachverständigengutachten hat jedenfalls zu enthalten:

1. die Anamnese, die Diagnose und die voraussichtliche Entwicklung der Behinderung**,**

2. den Befund über die Funktionsausfälle und die zumutbare Verwendung von Hilfsmitteln bzw. die Beschreibung der Defizite auf Grund der geistigen oder psychischen Behinderung,
3. die Angabe zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird,
4. eine Begründung für eine Abweichung von den in den §§ 1 Abs. 3 und 4 sowie 4 Abs. 2 festgelegten Richtwerten und Mindestwerten,
5. begründete Angaben, ob die zusätzlichen Kriterien für die Stufen 5, 6 oder 7 vorliegen, wenn der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt.

Inkrafttreten

§ 9. (1) Diese Verordnung tritt mit 1. Februar 1999 in Kraft.

(2) Die Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, BGB1. Nr. 314/1993, wird mit Ablauf des 31. Jänner 1999 aufgehoben.

(3) § 1 Abs. 3, 4, 5 und 6, § 2 Abs. 4 und § 6 in der Fassung der Verordnung BGB1. II Nr. 469/2008 treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft. (BGB1. II Nr. 469/2008, Z 5)

6.2 Das Landespflegegeldgesetz

Die Landespflegegeldgesetze sichern jenen Personen, für die die Länder zuständig sind, Pflegegeld in gleicher Höhe und entsprechend den Grundsätzen des Bundespflegegeldgesetzes zu.

6.3 Anmerkungen

Das Alltagsverständnis verbindet mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit einen (oft) irreversiblen körperlichen oder geistigen Zustand, der mit unterschiedlichen Bedürfnissen verbunden ist. Pflegebedürftig zu sein oder zu werden bedeutet, auf die Hilfe von anderen angewiesen zu sein, um das tägliche Leben bewältigen zu können.

Das Pflegegeldgesetz tendiert jedoch dazu, die vielen Bedürfnisse des Menschen auf die Grundbedürfnisse wie An- und Auskleiden, Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Verrichtung der Notdurft etc. zu reduzieren (§ 1). Für die Übernahme einer dieser Leistungen durch andere Personen werden dem Pflegebedürftigen knapp bemessene Richtwerte zugestanden. Zum Beispiel darf die Verrichtung der Notdurft innerhalb von 24 Stunden nicht länger als 4 x 15 Minuten an Hilfe erfordern, wobei individuelle Besonderheiten nicht geltend gemacht werden können.

Das Maß für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist laut Bundes- und Landespflegegeldgesetz also der benötigte Bedarf der Grundbedürfnisse, welcher in Minuten pro Leistung festgesetzt ist.

Dabei werden die psychischen Bedürfnisse, worunter auch das Bedürfnis nach sozialen Kontakten fällt, nicht einbezogen. Resultierend daraus hat dieser Sachverhalt schwerwiegende Folgen, vor allem für jene Menschen, die an demenziellen Erkrankungen leiden. Der Zeitpunkt der Diagnosestellung von Demenz erfolgt in den meisten Fällen erst spät und der physische Zustand des Bedürftigen ist, objektiv gesehen, wenig beeinträchtigt (vgl. *Amann* 2004). Eine Einstufung erfolgt daraufhin vom Sachverständigen entsprechend objektiv wahrnehmbarer körperlicher Bedürfnisse. Erst wenn die Diagnosestellung offiziell erfolgt ist, kann ein Erschwerniszuschlag von 25 Stunden zusätzlich gestattet werden.

Die Kritik soll verdeutlichen, dass es den sehr allgemein und pauschaliert gehaltenen zugestandenen Versorgungszeiten in großem Maße an Individualität mangelt.

Durch einen weiteren Punkt (§ 2) des Pflegegeldgesetzes ist es möglich, dass pflegebedürftigen Kindern Mobilitätshilfe zugestanden wird. Alten und pflegebedürftigen Menschen wird diese Zeit nicht zur Verfügung gestellt, woraus sich die Annahme ableiten lässt, dass dem pflegebedürftigen älteren Menschen nach dem Gesetz kein Bedürfnis nach Mobilität zugestanden wird. Sehr oft ist es aber so, dass ein Verlassen der Wohnung ohne fremde Hilfe für den älteren Menschen nicht mehr möglich ist und er damit der sozialen Isolation ausgesetzt wird.

Laut § 8 erfolgt die Begutachtung des Zustandes und in weiterer Folge die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch Ärzte, wobei diese gesetzlich verpflichtet sind, in ihrer Befunderhebung die Pflegedokumentation zu berücksichtigen. Auch hier wird der soziale Bedarf (zum Beispiel Gesprächsbedarf) durch das ärztliche Gutachten nicht berücksichtigt. In den meisten Fällen übernehmen Angehörige diese nicht honorierten und sehr zeitaufwendigen

Leistungen. Daraus resultiert eine Belastung für die betreuenden Angehörigen, welche in den gesetzlichen Regelungen keine Berücksichtigung findet.

Seit vielen Jahren fordert die Pflege, aktiv in das Begutachtungsverfahren einbezogen zu werden und die bislang durch den Arzt getätigte Aufgabe zu übernehmen. Pflege- und Betreuungsaufwand sollte, wie der Wortlaut vorgibt, auch von kompetenten Pflege- und Betreuungspersonen festgestellt werden. Die professionelle Pflege berücksichtigt zusätzlich zu den rein medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten auch den Einfluss des Umfeldes auf den Zustand der Menschen und kann durch diese Betrachtungsweise zu einem ganzheitlich orientierteren Gesamteindruck bzw. Befund kommen.

Das Pflegegeld als Beitrag zur Vermeidung von Armut zu sehen, kann nicht von der Hand gewiesen werden, da es sich nicht ausschließen lässt, dass es auch zur Deckung anderer Bedürfnisse verwendet wird und dadurch der materiellen Existenzsicherung dient. Die Frage, ob die Unterbringung in einem Tageszentrum für geriatrische PatientInnen als Luxus gesehen werden soll, lässt sich relativ leicht beantworten. Durch solche Einrichtungen wird der Familie viel von der Betreuungslast, sofern sie die Betreuung übernimmt, abgenommen. Diese Einrichtungen können als Prophylaxe insofern gesehen werden, als die pflegenden Angehörigen, welche in den Jahren der Pflege psychisch und physisch unter ständiger Belastung stehen, in weiterer Folge keine Pflege und Betreuung brauchen.

Ein Unterschied im Grad der Bemessung des Pflegegeldes sollte davon abhängig gemacht werden, ob die Pflege formell oder informell durchgeführt wird.
Wenn der Staat davon ausgeht bzw. sich darauf verlässt, dass Pflege weiterhin größtenteils innerhalb der Familie stattfindet, so sollten dem familiären Pflegenetzwerk auch mehr Zugeständnisse zuteil werden.

Bei Pflegeübernahme durch Angehörige gibt es keine gesetzlichen Regelungen, welche die Qualität der häuslichen Pflege- und Versorgungssituation regelmäßigen Kontrollen unterwerfen. Zukünftig vorgeschriebene Kontrolleinsätze, gekoppelt an Beratung, könnten zur Sicherung der Qualität in der häuslichen Pflege einen wesentlichen Beitrag leisten.

Zurzeit richtet sich, wie bereits erwähnt, die Anzahl der für Pflege und Betreuung zur Verfügung stehenden Minuten nach den benötigten Tätigkeiten am „Pflegebett“. Wird

professionelle Pflege und Betreuung in Anspruch genommen, so werden die Leistungen nach erforderlicher Tätigkeit honoriert. Für den sozialen Kontakt, wozu auch Gespräche gehören, welche zur bedürfnisgerechten Versorgung gezählt werden müssen, fehlen den Pflegekräften die anrechenbaren „Minuten“. Die minutiös genau kalkulierte Zeit, welche man für einen KlientInnenbesuch aufwenden darf, lässt Kommunikation kaum zu.
Zeitnot und schlechte Bezahlung von professionellen Pflegekräften in der Hauskrankenpflege führen zu Unzufriedenheit. Da aus den vorher genannten Gründen nur wenige professionell ausgebildete Pflegekräfte in diesem Bereich tätig sein wollen, klagen Anbieter von Pflege und Betreuung über mangelhafte Personalressourcen.
Überlastung führt bekanntlich zu einer Qualitätsminderung der Pflege, wodurch das eigentliche Ziel des Pflegegeldes, nämlich dem pflegebedürftigen Menschen ein bedürfnisgerechtes Altern zu ermöglichen, nicht erreicht wird.

Fazit ist, dass in der Einstufung zur Pflegebedürftigkeit nicht der zeitliche Aufwand als Maßstab gelten sollte, sondern der funktionelle und kognitive Zustand, wobei auch die individuelle Pflegesituation jedes pflege- und betreuungsbedürftigen älteren Menschen nicht unberücksichtigt bleiben darf.

Argumentationen zum Thema private vs. professionelle Pflege

Geltungsgrundlagen im informellen Bereich

Der Beitrag des informellen Bereichs kann als Einsatz von *„Sozialkapital“* angesehen werden, wie dies von Robert D. Putnam vorgeschlagen wurde, der den Schwerpunkt des Begriffs auf soziale Beziehungen legt. Unter sozialem Kapital versteht er Beziehungen zwischen Individuen, soziale Netzwerke und Normen der Reziprozität und der Vertrauenswürdigkeit (*Putnam* 2000: 19). Spezifische Reziprozität, der Austausch zwischen zwei Personen, geht ebenso wie allgemeine Reziprozität dann verloren bzw. werden beide dann unterhöhlt, wenn Menschen in Lebensbedingungen geraten, die es ihnen schwer oder unmöglich machen, ihre Potenziale zu realisieren. Es werden die Möglichkeiten sozialen Austausches eingeschränkt, die Identität, die über gesellschaftlich nützliche Tätigkeit bestimmt wird, wird massiv erschüttert. Eine Gemeinschaft, die durch generalisierte Reziprozität gekennzeichnet ist, ist effizienter als eine mit geschädigter Vertrauenswürdigkeit, und sie kann kollektive Probleme besser lösen (*Putnam* 2000: 21). In diese Reziprozität

eingebettete Normen und Netzwerke verstärken sozial erwünschtes Verhalten und stellen Mechanismen zur Verfügung, kollektive Probleme leichter zu lösen. Soziales Kapital reduziert Informations- und Transaktionskosten und unterstützt die Integration in sozialen Gemeinschaften. Eine gesellschaftliche Konstellation, die es den Menschen zunehmend schwieriger macht, ihre Pflegeleistungen zu erbringen, birgt die Gefahr der Destabilisierung sozialer Beziehungen und der Erosion sozialer Integration.

Weshalb wird der Gedanke überhaupt nahe gelegt, dass eine solche Situation im informellen Pflegebereich auftreten könnte? Die Antwort ist relativ einfach zu finden. Die Bedingungen, unter denen hier Pflege erbracht wird, verschlechtern sich. Das informelle Pflegepotenzial sinkt tendenziell, die Zahlen der Pflegeabhängigen steigen und die Belastungen werden größer und intensiver. Pflegende im informellen Bereich, vor allem Frauen, sind spezifischen Zielkonflikten ausgesetzt, sie werden selbst krank und bräuchten Unterstützung. Die Zielkonflikte betreffen Bereiche, die ihrerseits gesellschaftlich normiert sind und Anforderungscharakter an die Betroffenen haben. Dazu zählen vor allem Erwerbsarbeit der Frauen, Kindererziehung, Angehörigenpflege, Partnerbeziehungen und Generationenbeziehungen. Zwischen all diesen Bereichen ist durch die Pflegenden ständig Balancearbeit in Hinsicht auf soziale, zeitliche und sachliche Anforderungen zu leisten. Die Spielräume, die dabei zur Verfügung stehen, werden enger, besonders bei jenen, deren äußere Lebenslage dafür ungünstige Voraussetzungen bergen. Dazu zählen das Einkommensniveau, die Wohnsituation, das Ausmaß der Mobilitätsmöglichkeiten, die Entfernung zwischen Generationenhaushalten und die Haushaltsstruktur bzw. Haushaltsgröße. An dieser Stelle sei nochmals an die bereits erwähnte Verteilung der Pflegegeldbezieher über die Einkommensklassen erinnert, denn 64 % haben ein Monatsnettoeinkommen von unter € 860.

Diese Situation wirkt, meiner Ansicht nach, in Richtung dessen, was bei Robert D. Putnam Destabilisierung sozialer Beziehungen und Erosion sozialer Integration heißt. Auf der Seite der Individuen wird das ersichtlich an der Art, wie sie ihre Situation selbst interpretieren. Zu den durchaus besorgniserregenden Befunden für Pflegefragen zählen in der letzten Zeit jene, die sich als Abnahme der Pflegebereitschaft, zunehmende Verantwortungszuschreibung an den Sozialstaat und sinkende Fähigkeit zur Konfliktbewältigung aufgrund sich einengender Spielräume darstellen. Eine 2004 erschienene Studie (*Blinkert/Klie* 2004) zeigt die Vielfalt der Motive, die zu diesem Einstellungswandel führt. Als Ursache stehen die sich

verschlechternden Bedingungen im Hintergrund, unter denen informelle Pflege geleistet werden muss.

Geltungsgrundlagen im professionellen Bereich

Die Rechtsgrundlagen der Pflegevorsorge in Österreich sind vor allem die „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen“ und das „Bundespflegegeldgesetz“ sowie die verschiedenen Landesgesetze. Die Art.-15a-Vereinbarung legt ausdrücklich fest, dass die „Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen und die Schaffung eines umfassenden Pflegeleistungssystems an Geld- und Sachleistungen“ den politischen Auftrag darstellt. Diese Vereinbarung stellt die verbindlichen Rahmenbedingungen für einen wichtigen Teil der praktischen Sozialpolitik und somit letztlich eine Selbstverpflichtung zur politischen Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse dar.

Eine zweite Grundlage, die der Pflege Geltung verschafft, ist der allgemeine Professionalisierungsprozess in der Pflege, in dem Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätskriterien, Berufsbilder etc. laufend weiter institutionalisiert werden. Im Jahr 2002 wurden allein in den ambulanten Diensten in Österreich (ohne Steiermark und Tirol) 11.188.558 Einsatzstunden durch qualifiziertes Personal geleistet (*BMSK* 2002: 121). Die Geltungsgrundlage der professionellen Pflege ist daher die rechtliche Begründung einerseits und der die Pflege durchdringende Prozess der Professionalisierung im Sinne eines Wandels zu immer stärkerer, rationaler Bewältigung der Probleme andererseits.

Auch diese Konstellation lässt sich wieder unter eine soziologische Perspektive bringen. In der Interpretation des englischen Soziologen Anthony Giddens ist professionelle Pflege ein „Expertensystem“. Expertensysteme sind „Systeme technischer Leistungsfähigkeit oder professioneller Sachkenntnis“ (*Giddens* 1995: 40), sie produzieren „Entbettung“, weil sie „dazu dienen, soziale Beziehungen von den unmittelbaren Gegebenheiten ihres Kontextes zu lösen“ (*Giddens* 1995: 42). Entbettung ist „das ´Herausheben` sozialer Beziehungen aus ortsgebundenen Interaktionszusammenhängen und ihre unbegrenzte Raum-Zeit-Spannen übergreifende Umstrukturierung“ (*Giddens* 1995: 33), in anderen Worten: die Auflösung

traditioneller Sozialbeziehungen familiärer, verwandtschaftlicher und gemeindlicher Art. Mechanismen der Entbettung sind aber eben Expertensysteme (*Giddens* 1995: 34).

Nun sollen die beiden Bereiche informelle Pflege und professionelle Pflege unter den Gesichtspunkten von Sozialkapital und von Expertensystemen zusammen betrachtet werden. Das Resultat wird sein, dass grundlegende Widersprüche und Probleme sichtbar werden.

Als System professioneller Sachkenntnis erzeugt das Pflegesystem Vertrauenswürdigkeit über Qualifikation, Fachroutine, Sachkompetenz und rechtliche Regulierung. Als entbettendes Expertensystem, also als ein System, das die traditionellen Beziehungen aufweicht, konstituiert das Pflegewesen für zunehmend mehr Menschen ein System von Bindungen, dem sie sich nicht entziehen können, vor allem, je älter sie werden. In Österreich sind ca. 360.000 Ältere mehr oder weniger hilfe- und pflegebedürftig, unter den über 65-jährigen finden sich etwa 13% mit schweren depressiven Erkrankungen und ca. 8% mit mittelschweren bis schweren Formen demenzieller Erkrankungen (*Gatterer* 2002). Im hohen Alter steigen diese Anteile beträchtlich an. In der Praxis sind es aber gerade die psychischen und geistigen Veränderungen, die in der Pflegevorsorge am Rand der Interventionsprogramme stehen. Wer sich mit solchen Fragen beschäftigt weiß, dass es hier fatale Ausmaße der Unterversorgung gibt und dass die Versuche, solchen Bedarfen zu entsprechen, eine weitere Ausdehnung der Expertensysteme mit sich bringt.
Vor diesem Hintergrund lassen sich einige Vermutungen formulieren, die empirisch zu untersuchen wären.

- Das familiäre und generationelle Pflegesystem gerät zunehmend in eine Situation innerer Widersprüchlichkeit, weil „Verwandtschaft“, in der Folge des Entbettungsprozesses, nicht mehr in der Lage ist, den Alltag der Menschen umfassend zu gestalten, gleichzeitig aber mit wachsenden Anforderungen für Betreuungs- und Pflegeleistungen konfrontiert wird, die dem gesellschaftlichen Selbstverständnis entsprechend unbezahlte Hausarbeit ist. Pflege in der Familie erscheint als Aufrechterhaltung traditioneller Intimitätsbeziehungen bei gleichzeitiger Modernisierung der Familienformen, die diese der Tendenz nach unterminiert.
- Das für die radikalisierte Moderne charakteristische Prinzip der Zerstörung traditioneller Institutionen, an deren Stelle Märkte und Individualisierung von Risiken treten, kann nur um den Preis verfolgt werden, dass gleichzeitig auf Traditionen nicht

verzichtet werden kann: auf unbezahlte Hausarbeit, auf die solidarische Kernfamilie, auf die religiös motivierte Moral kindlicher Verantwortung gegenüber den Eltern. Durch diesen Widerspruch wird familiäre Pflege zunehmend in eine Logik traditioneller moralischer Verantwortung zurückverlagert, während das Expertensystem Pflege sich immer ausschließlicher am Prinzip einer zuverlässig erwartbaren Leistung in den sachlichen Grenzen der Organisationsprogramme ausrichtet.

- Je mehr das Expertensystem Pflege seinerseits belastet wird, desto mehr wird es auf traditionelle Logiken der Integration und Hilfe zurückgreifen müssen; da aber dieser „Rückgriff" zugleich notwendig die Natur der traditionellen Institutionen verändert, radikalisieren sich die Ansprüche, die an es gestellt werden. Hier entsteht vermutlich ein psychologisches Problem insofern, als das Vertrauen in abstrakte Systeme weniger Wohlbefinden erzeugt als Vertrauen in nahe stehende Personen. Entgegen der Giddenschen Ansicht, dass Expertensysteme für einen hohen Grad an Sicherheit sorgen bzw. die ihnen innewohnenden Routinen die „ontologische" Sicherheit gewährleisten (*Giddens* 1995: 141/142), kommt es aufgrund der bisher geschilderten Problemlagen zwangsläufig zur Produktion von Unsicherheit – möglicherweise auch zum Verlust an Vertrauen.
- Der politische Selbstauftrag, Kranke und Pflegebedürftige flächendeckend zu versorgen, der über ein Expertensystem in öffentlicher Verantwortung erfüllt werden soll, ist prinzipiell unerfüllbar, wenn das familiär/verwandtschaftliche Pflegesystem *nicht* zur Verfügung steht. Aber gerade dieses wird seinerseits durch die Entbettungslogik der Expertensysteme in seiner traditionellen Funktionsform immer mehr unterlaufen.

7 Organisation und Finanzierung des Pflegegeldes

Für die Finanzierung der Altenpflege (über 60-Jährige) werden von den Gebietskörperschaften pro Jahr mehr als EUR 2,2 Mrd. (Stand 2005) aufgebracht. Bei der folgenden Darstellung handelt es sich um Nettoausgaben des Bundes, der Länder und Gemeinden für die Altenpflege aus dem Jahr 2005.

Tab. 5: Übersicht der Finanzierung durch die Gebietskörperschaften

	Aufwand Bundespflege-geld	Aufwand Landesmittel	Zuordenbarer Aufwand Gemeinden (nicht zuordenbar/abgrenzbar EUR 442 Mio.			Gesamt 2005	
			Zahlungen an Land	Direkt zuordenbare Ausgaben	Summe Gemeinden		
Burgenland	53.728.586	8.668.233	7.089.333	2.700.729	9.790.062	**81.976.942**	**4%**
Kärnten	100.223.534	23.530.913	19.665.822	1.075.103	20.740.925	**165.236.295**	**8%**
NÖ	234.039.241	82.187.346	75.646.746	7.312.074	82.958.820	**482.144.226**	**22%**
OÖ	201.905.477	106.113.930	12.475.757	7.788.834	20.264.591	**348.548.590**	**16%**
Salzburg	61.562.208	28.429.185	31.606.701	13.469.953	45.076.654	**180.144.701**	**8%**
Steiermark	216.817.138	75.817.196	43.630.429	7.103.532	50.733.960	**394.102.254**	**18%**
Tirol	80.231.420	82.812.475	31.605.612	12.742.019	44.347.631	**251.739.157**	**11%**
Vorarlberg	40.725.311	31.687.207	12.298.281	5.579.689	17.877.970	**108.168.458**	**5%**
Wien	212.482.994	171.010.541	92.082.599	0	92.082.599	**567.658.734**	**26%**
Gesamt	**1.201.715.909**	**610.257.026**	**326.101.280**	**57.771.932**	**383.873.212**	**2.195.846.146**	**100%**
	54,7%	**27,8%**	**14,9%**	**2,6%**	**17,5%**	**100%**	

Quelle: Arbeitskreis für Pflegevorsorge, BMSK 2008

Die Ausgaben der Gemeinden im Sozialbereich konnten nicht umfassend der Altenpflege zugeordnet werden, da sich ein Betrag von 443 Mio. aus dem Bereich der sozialen Wohlfahrt nicht exakt abgrenzen lässt. Bei den zuordenbaren Ausgaben handelt es sich einerseits um Zahlungen der Gemeinden an die jeweiligen Länder und andererseits um Zahlungen, die darüber hinaus direkt von den Gemeinden an Pfleglinge und sonstige Altenpflegeeinrichtungen ausbezahlt werden. Geringfügige Teile der Bundespflegegelder, welche von den Ländern für Landeslehrer und Opferfürsorgebezieher ausbezahlt werden,

konnten mangels Datenübermittlung zum Zeitpunkt der Erfassung durch die Länder nicht erfasst werden (*BMSK* 2008).

7.1 Finanzierung des Bundespflegegeldes

Der Arbeitskreis für Pflegevorsorge erhob bei den einzelnen Trägern (PVA, SVA, VAöN, AUVA, SVB, BVA, VAEB, Post, ÖBB, Telekom, Postbus) Daten zum Bundespflegegeld und wertete diese aus. Um zwischen Daten der Altenpflege und Daten der generellen Pflege unterscheiden zu können, wurde eine Altersgrenze von 60 Jahren gezogen. Das heißt, dass alle Personen, welche Bundespflegegeld beziehen und über 60 Jahre alt sind, der Altenpflege zugeordnet wurden.

Im Österreichdurchschnitt werden insgesamt EUR 1,2 Mrd. an die über 60-jährigen (= 88%) Bezieher ausbezahlt. Von diesen EUR 1,2 Mrd. werden ca. EUR 174 Mio. an ca. 10% der über 60-jährigen Bundespflegegeldbezieher als Legalzessionen direkt an die Heime ausbezahlt. Der Anteil der Selbstzahler, welche sich in Heimen befinden, kann nur aus einer Hochrechnung ermittelt werden und umfasst ca. 8% der Bundespflegegeldbezieher bzw. 10% des Bundespflegegeldaufwandes für die Altenpflege. Die Hochrechnung stützt sich auf die Detaildaten der SVA, ÖBB, VAEB, BVA und VAöN, wobei diese Träger nur 14,55% der Gesamtzahl der über 6o-jährigen Bundespflegegeldbezieher repräsentiert (*BMSK* 2007).

7.2 Landes- und Gemeindeaufwendungen

Für 2005 stellen sich die Landes- und Gemeindeaufwendungen, die über die Landesverwaltungen für den Bereich der Altenbetreuung aufgewendet werden wie folgt dar:

Tab. 6: Landes- und Gemeindeaufwendungen für den Bereich der Altenbetreuumg

	Länder	Gemeinden	Gesamt	
Landespflegegeld	91.179.767	57.652.667	148.832.434	16%
Stationäre Betreuung	237.008.962	179.502.361	416.511.323	44%
Teilstationäre Dienste	4.676.134	2.607.685	7.283.819	1%
Mobile Dienste	144.738.544	70.410.673	215.149.217	23%
Sonstige Soziale Dienste	22.722.928	184.595	22.907.523	2%
Investitionen Mobile Dienste	485.189	339.667	824.856	0,1%
Invest. Alten-/Pflegeheime	109.445.501	15.403.633	124.849.134	13%
Summe Österreich	610.257.026	326.101.280	936.358.306	100%
	65%	35%	100%	

Quelle: Arbeitskreis für Pflegevorsorge, BMSK 2008

Aus obenstehender Tabelle ist ersichtlich, dass der Anteil der Ausgaben für die Altenpflege der Länder 65 % und der Anteil der Ausgaben der Gemeinden 35 % beträgt (Ausgaben von Wien wurden im Verhältnis der Ausgabenverteilung der übrigen Bundesländer zu den Gemeinden aufgegliedert). Es wird darauf hingewiesen, dass ein großer Teil der Sozialausgaben der Gemeinden – in Summe EUR 442 Mio. – nicht direkt zuordenbar ist und

daher davon noch Ausgabenanteile für die Altenpflege zuzuordnen sind. Für die Altenpflege wurden in den Bundesländern folgende Ausgaben getätigt:

Tab. 7: Ausgaben für die Altenpflege pro Bundesland

	Land	Gemeinden	Ausgaben gesamt	
Burgenland	8.668.233	7.089.333	**15.757.566**	2%
Kärnten	23.530.913	19.665.822	**43.196.735**	5%
Niederösterreich	82.187.346	75.646.746	**157.834.092**	17%
Oberösterreich	106.113.930	12.475.757	**118.589.687**	13%
Salzburg	28.429.185	31.606.701	**60.035.886**	6%
Steiermark	75.817.196	43.630.429	**119.447.625**	13%
Tirol	82.812.475	31.605.612	**114.418.087**	12%
Vorarlberg	171.010.541	12.298.281	**43.985.488**	5%
Wien	31.687.207	92.082.599	**263.093.140**	28%
Gesamt	**610.257.026**	**326.101.280**	**936.358.306**	100%
	65%	**35%**	**100%**	

Quelle: Arbeitskreis für Pflegevorsorge, BMSK 2008

8 Organisation der Pflegevorsorge in den einzelnen Bundesländern

Die in diesem Kapitel folgenden Ergebnisse stammen aus einer 2007 vom BMSK in Auftrag gegebenen Studie, deren Ziel es war, eine übersichtliche Darstellung der Organisation und Finanzierung der Altenpflege in Österreich aufzuzeigen. Die Verfasser der Studie (Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, Klagenfurt) weisen darauf hin, dass das Leistungsangebot der Altenpflege nur für den formellen Bereich und im Besonderen an den Pflegeeinrichtungen, welche von der öffentlichen Hand gefördert werden, und für deren Nutzung Zessionen von Bundes und Landespflegegeld in Betracht kommen, in dieser Arbeit berücksichtigt wurden. Die Daten aus dem Bereich der Finanzierung der Pflegevorsorge wurden über das Bundespflegegeld bei den einzelnen Auszahlungsstellen abgefragt, das Landespflegegeld und die Subventionen der Länder wurden direkt bei den einzelnen Landesregierungen und die Aufwendungen der Gemeinden bei den Ländern und aus den statistischen Daten der veröffentlichten Rechnungsabschlüsse der Gemeinden erfasst. Die Daten für Wien sind in den Zahlen der österreichischen Gemeinden nicht enthalten und wurden beim Magistrat Wien erhoben (*BMSK* 2007b).

8.1 Burgenland

Sozial- und Gesundheitssprengel

Im Burgenland existieren Sozial- und Gesundheitssprengel, diese werden von Gemeinde- und Kreisärzten betreut und fungieren als Anlauf- und Beratungsstellen.

Sozialhilfeverbände

Im Land Burgenland existieren keine Sozialhilfeverbände. Von Landesseite existieren Richtlinien für die Durchführung und Förderung der „Professionellen ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste“, in denen Qualitätskriterien und kostendeckende Normstundensätze festgelegt sind. Die Verwaltung und Administration bleibt der ARGE „Hauskrankenpflege und soziale Dienste“ überlassen, diese ist zur Einhaltung von Qualitätskriterien und zu einer Bereitstellung von Diensten verpflichtet.

Sozialfonds

Im Burgenland existieren keine Sozialfonds.

Stationäre Betreuung

Alten- und Pflegeheime

Ende 2006 waren im Burgenland 38 Heime mit 1.879 Plätzen vorhanden.

Tab. 8: Betreiber von Alten- und Pflegeheimen im Burgenland 2006

Anbieter	Anzahl Heime	Angebotene Plätze
Krankenanstalten Gesellschaft KRAGES	3	354
Freistadt Eisenstadt	1	79
Gemeinnützige Vereine und GmbHs	23	1.192
Private (kommerzielle Betreiber)	11	254
Summe	**38**	**1.879**

Quelle: BMSK 2007b

Von Landesstellen werden keine Heime betrieben oder Investitionszuschüsse gewährt. Die Heime verrechnen Tagsätze, die im Fall einer Kostenübernahme-Vereinbarung vom Land übernommen werden.

Kurzzeit- bzw. Urlaubspflege

Die Kurzzeit- bzw. Urlaubspflege wird in den meisten Heimen nach Maßgabe freier Plätze angeboten. Eine Landesförderung existiert derzeit nicht. Bis Ende 2006 nahmen 22 Personen in 11 Heimen Kurzzeitpflege in Anspruch.

Teilstationäre Betreuung

Tagesbetreuungseinrichtungen sind im Burgenland erst im Aufbau, derzeit gibt es 8 Einrichtungen mit 73 Plätzen, die über eine Betriebsbewilligung verfügen.

Soziale mobile Dienste

Essen auf Rädern: Für das Land Burgenland liegen keine Informationen vor, die Daten sind nicht erhebbar. Dieser Dienst wird teilweise durch die Gemeinden angeboten.

Hauskrankenpflege/-hilfe / Heimhilfe: Im Rahmen der Hauskrankenpflege wurden 93.785 Stunden (2005) und im Rahmen der Heimhilfe 163.785 Stunden (2005) erbracht.

Sonstige soziale Dienste

Der Bereich „sonstige soziale Dienste“ wird im Bundesland Burgenland durch Wohlfahrtsorganisationen betreut, jedoch standen den StudienerstellerInnen keine Daten zur Verfügung.

Gesetzliche Grundlagen

- Burgenländisches Pflegegeldgesetz, LGBI.Nr. 58/1993, i.d.g.F., und Einstufungsverordnung, LGBI.Nr. 34/1999, i.d.g.F.
- Burgenländisches Altenwohn- und Pflegeheimgesetz LGBI.Nr. 61/1996
- Burgenländisches Sozialhilfegesetz 2000, LGBI.NR. 5/2000, i.d.g.F.

8.2 Kärnten

Sozial- und Gesundheitssprengel (SGS)

In den 1995 geschaffenen Sozial- und Gesundheitssprengeln erfolgt die Koordination der sozialen Dienste „Hauskrankenpflege“ und Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes“. Die SGS dienen dem Zweck, eine flächendeckende, koordinierte und am Bedarf orientierte Betreuung zu gewährleisten. Die betreuten Personen sollen durch die Koordinierung der sozialen Dienste so lange als möglich in der gewohnten Umgebung ein selbstbestimmtes Leben führen können. Die Aufgabe der SGS ist die Vernetzung der sozialen Dienste und die Überprüfung von Über- oder Unterversorgungen. Zuständige Instanzen der Sozial- u. Gesundheitssprengel sind die Bezirkshauptmannschaften und die Bürgermeister.

In Kärnten existieren 10 SGS – ihre Aufgaben gliedern sich folgendermaßen:

- Feststellung des Bedarfs an sozialen Diensten
- Möglichkeit der Inanspruchnahme
- Abstimmung der Bedarfsdeckung (Über- oder Unterversorgung, Initiativen für eine ausgeglichene Versorgung
- Sicherung der qualitativen und quantitativen Versorgung
- Schaffung von Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch
- Planung von sozialen Diensten und Anregung an die Träger, diese umzusetzen

- Förderung der Zusammenarbeit und wechselseitigen Information hinsichtlich aller Träger
- Vorlage von Kosten- und Leistungsvergleichen für soziale Dienste von einzelnen Anbietern

Sozialhilfeverbände

Die Sozialhilfeverbände betreiben Alten-/Pflegeheime in den Kärntner Bezirken (Bezirksaltenwohnheime). Pro politischen Bezirk besteht ein Sozialhilfeverband. Insgesamt gibt es 8 Sozialhilfeverbände.

Sozialfonds

Für 2001 wäre geplant gewesen, den Großteil der Aufgaben der Sozialabteilung inklusive des Budgets in den sogenannten „Sozialfonds“ auszugliedern. Die Ausgaben hätten vom Sozialfonds übernommen werden sollen, jedoch wurde der Plan kurz vor Beschluss dieses Vorhabens zurückgenommen. Jetzt existiert der Name „Sozialfonds“ nur noch für das beratende Gremium nach dem K-SHG, welches mit einer eigenen Geschäftsordnung übrig geblieben ist (ehemals Sozialhilfebeirat). Im Sozialfonds wurden und werden keine finanziellen Mittel dotiert (daher ist auch kein Rechnungsabschluss erforderlich). Im Zusammenhang mit dem Sozialfonds ist noch der „Sozialaufbaufonds“ zu erwähnen, für den dasselbe gilt wie für den Sozialfonds.

Stationäre Betreuung

Alten-/Pflegeheime

Ein Heim zählt dann als Pflegeheim, sobald dort Personen ab der Pflegestufe 3 untergebracht sind. In den Kärntner Pflegeheimen werden nur alte Menschen betreut und gepflegt. Geistesschwache und Behinderte werden in eigenen Betreuungsheimen untergebracht, diese Klientel befindet sich daher nicht in den Alten- und Pflegeheimen.

Tab. 9: Anzahl der Heime in Kärnten

Träger	Anzahl der Heime	Anzahl der Betten
Gemeinden	2	180
Sozialhilfeverbände	16	1.142
Karitative Träger	16	1.249
Private Anbieter	22	1.300
Gesamt (ohne LKHs)	**56**	**3.871**
Land (LKHs)	4	268
GESAMT	**60**	**4.139**

Quelle: BMSK 2007

Der Leistungsbericht 2002–2004 der Abteilung 13 wies für das Jahr 2004 erst 55 Heime aus, welche sich aus 6 Altenwohnheimen, 23 Pflegeheimen und 26 mehrgliedrigen Heimen (sowohl Wohn- als auch Pflegeplätze) zusammensetzten. Im Jahr 2005 gab es insgesamt 3.950 Plätze in Heimen (davon 3.200 in Pflegeheimen und 750 in psychiatrischen Pflegestellen). 3.785 Personen wurden im Jahr 2005 in Heimen betreut, davon 3.047 in Pflegeheimen und 738 in psychiatrischen Pflegestellen. Der Auslastungsgrad der Heime lag 2005 bei ca. 96% (3.785 Personen bezogen auf 3.950 Plätze).

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitbetreuung existiert erst seit 2004 und kann nur für Pflegebedürftige ab der Pflegestufe 3 für mindestens 4 bis maximal 28 Tage pro Jahr in einer Pflegeeinrichtung in max. 2 Einheiten in Anspruch genommen werden. Der antragstellende Angehörige muss mindestens 6 Monate lang Pflegeleistungen erbracht haben, um die finanzielle Unterstützung des Landes in Anspruch nehmen zu können.

Vor dem Jahr 2005 gab es lediglich 15 Kurzzeitpflegeplätze in Kärnten. 2005 wurden 70 neue Plätze geschaffen, sodass es seit 2005 insgesamt 85 Kurzzeitpflegeplätze gibt. Das Land zahlt den Heimen eine Freihaltegebühr für die Bereitstellung von Kurzzeitpflegeplätzen.

Teilstationäre Betreuung

Geriatrische Tagesstätten sind nach dem Kärntner Heimgesetz bewilligungspflichtig, es gibt aber keine Landesförderung. Alle Bewohner in Tagesstätten sind Selbstzahler, derzeit gibt es 3 Tagesstätten.

Soziale mobile Dienste

Essen auf Rädern

Essen auf Rädern wird von den Gemeinden angeboten, das Land kümmert sich nicht um diesen Dienst und es gibt auch keine Finanzierung durch das Land.

Einteilung Hauskrankenpflege / Hauskrankenhilfe / Heimhilfe

Gemäß § 56 Abs. 1 lit. h u. i des Kärntner Sozialhilfegesetzes (K-SHG) 1996, LGBI. Nr. 30, i.d.g.F, ist das Land als Träger von Privatrechten zuständig für:

- die Vorsorge für die Durchführung der Hauskrankenpflege und
- die Vorsorge für die Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes
  (Anm.: damit ist die Heimhilfe gemeint).

Die Durchführung von „sozialen Diensten“ wird seitens des Landes an Träger der freien Wohlfahrtspflege delegiert. Alle 12 Anbieter, die einen Vertag mit dem Land abgeschlossen haben, bieten Hauskrankenpflege (HKP), Hauskrankenhilfe (HKH) und Heimhilfe (HH) an.

2005 wurden in der HKP, HKH und HH 723.626 Stunden erbracht. 2006 wurden für sämtliche soziale mobile Dienste (mit Ausnahme von Essen auf Rädern) 798.776 Stunden geleistet. Die Höchstzahl der bewilligten Stunden betrug im selben Jahr 815.872.
2006 wurden 3.724 Personen durch soziale mobile Dienste betreut.

Hauskrankenpflege (inkl. med. HKP)
In Kärnten kann die medizinische Hauskrankenpflege nicht aus dem gesamten Hauskrankenpflegebereich herausgerechnet werden. Die pflegebedürftigen Personen erhalten den für die medizinische Hauskrankenpflege bezahlten Betrag von der Krankenkasse zurückerstattet.
Im Jahr 2005 erbrachten 12 Anbieter an 5.023 Personen insgesamt 107.722 Pflegestunden. Im Jahr 2006 betrug die Höchstanzahl der bewilligten Stunden der medizinischen HKP 145.679 Stunden.

Hauskrankenhilfe
Im Jahr 2005 erbrachten 12 Anbieter an 4.258 Personen insgesamt 321.027 Hauskrankenhilfestunden. Im Jahr 2006 betrug die Höchstzahl der bewilligten Stunden 349.333 Stunden.

Heimhilfe
Im Jahr 2005 erbrachten 12 Anbieter an 3.536 Personen insgesamt 294.877 Heimhilfestunden. Im Jahr 2006 betrug die Höchstanzahl der bewilligten Stunden 320.860 Stunden.

Sonderformen der Betreuung

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen ist nicht bewilligungspflichtig und wird vom Land nicht gefördert. Der Bewohner zahlt Miete und gegebenenfalls mobile Dienste dazu, jedoch wird dieses Angebot selten angenommen, da diese Wohnform recht teuer ist und nur für Senioren bis zur Pflegestufe 2 geeignet ist.

Betagtenurlaubsaktion

Hierbei handelt es sich um 14-tägige Urlaubsaufenthalte, an denen Pensionisten teilnehmen können, diese Aktion ist jedoch von einer Rückläufigkeit der Teilnehmer gekennzeichnet.

Erholungsurlaub für pflegende Angehörige

Für pflegende Angehörige gibt es eine vom Land geförderte Gratis-Urlaubswoche, dieses Angebot besteht erst seit 2006.

Besuchsdienst / Hospizbewegung

Der Besuchsdienst ist nicht zentral geregelt, es gibt auch keine finanzielle Unterstützung durch das Land. Die Hospizbewegung befindet sich noch im Aufbau.

Begünstigte Pensionsversicherung für pflegende Angehörige

Seit 2005 können 50% der Kosten für eine vergünstigte Weiterversicherung in der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige refundiert werden, wenn die pflegenden Angehörigen Pfleglinge ab der Pflegestufe 3 pflegen und deshalb aus einem Versicherungsverhältnis ausgeschieden sind, wobei 50% der Kosten für den ermäßigten Versicherungsschutz aus den Landesmitteln refundiert werden. 2005–2006 hat 1 Person von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Gesetzliche Grundlagen

- Kärntner Pflegegeldgesetz, LGBI. Nr. 76/1993, i.d.g.F., und
  Einstufungsverordnung, LGBI. Nr. 94/1993, i.d.g.F.

- Kärntner Heimgesetz, am 1. Februar 1996 in Kraft getreten, LGBI. Nr. 7/1996, Novellierung am 1. April 2003, LGBI. Nr. 9/2003
- Kärntner Heimverordnung, beschlossen am 8. März 2005, LGBI. Nr. 40/2005
- Kärntner Sozialhilfegesetz 1996, LGBI. Nr.30, i.d.g.F.

8.3 Niederösterreich

Sozial- und Gesundheitssprengel

In NÖ übernehmen die Bezirksverwaltungsbehörden die Aufgaben der Sozialsprengel.

Sozialhilfeverbände

In NÖ existieren keine Sozialhilfsverbände, jedoch hat das Land NÖ eine Hotline für eine Erleichterung der Orientierung eingerichtet.

Sozialfonds

In NÖ existiert der NÖ-GUS (Gesundheitsfonds), welcher vor allem für das Management der Krankenhäuser von Bedeutung ist, sowie der NÖ-Fonds zur Förderung von Behinderteneinrichtungen, welcher die Errichtung von Behinderteneinrichtungen stützt. Beide Fonds wirken sich jedoch nur indirekt auf die Altenpflege aus.

Stationäre Betreuung

Alten- und Pflegeheime

Im Land NÖ existieren 101 Pflegeheime.

Tab. 10: Anzahl der Pflegeheime und ihre Träger in NÖ

Träger	Anzahl der Pflegeheime
Land	48
Gemeinden	5
Sonstige öffentliche Träger	3
Konfessionelle Träger	13
Private Organisationen	32
GESAMT	**101**

Quelle: BMSK 2007b

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 10.468 Personen in den oben beschriebenen Einrichtungen betreut.

Kurzzeit- bzw. Urlaubspflege

In NÖ ist in fast allen Pflegeeinrichtungen eine Kurzzeitunterbringung möglich.

Teilstationäre Betreuung

In einigen Einrichtungen wird neben der stationären auch teilstationäre Betreuung angeboten.

Mobile Dienste

Essen auf Rädern

Essen auf Rädern wird in NÖ einerseits durch die Gemeinden, andererseits durch private Anbieter angeboten. Insgesamt wurden 2.487.311 Leistungseinheiten für die Bereitstellung von Essen auf Rädern geleistet.

Hauskrankenpflege/-hilfe / Heimhilfe

Im Jahr 2005 wurden im Beriech der Heimhilfe 1.841.518 Einheiten und im Bereich der Hauskrankenpflege 626.405 Einheiten geleistet.

Gesetzliche Grundlagen

- NÖ Pflegegeldgesetz LGBI. Nr. 47/1993, i.d.g.F., u. Einstufungsverordnung, LGBI. Nr. 76/1992, i.d.g.F.
- NÖ Pflegegeld-Richtsatzverordnung LGBI. Nr. 93/04 i.d.g.F.
- NÖ Wohn- und Tagesbetreuungverordnung LGBI. Nr. 30/06 i.d.g.F.
- NÖ Pflegeheim Verordnung LGBI. Nr. 92/02 i.d.g.F.
- Verordnung über die Berücksichtigung von Eigenmitteln LGBI. Nr. 82/00 i.d.g.F.
- NÖ Sozialhilfegesetz 2000, LGBI. Nr. 15/00, i.d.g.F.

8.4 Oberösterreich

Sozialsprengel

Im Sozialhilfegesetz sind Sozialsprengel definiert, diese fungieren als Erstanlaufstelle, um den Zugang zu sozialer Hilfe zu erleichtern, insgesamt gibt es 64 Sozialberatungsstellen.

Sozialhilfeverbände

In OÖ wird die Altenpflege durch 18 Sozialhilfeverbände bereitgestellt. Eine weitere wichtige Rolle übernimmt die Sozialabteilung des Landes, die insbesondere in der Beratung und Steuerung der Pflegethematik eine große Rolle spielt.

Sozialfonds

In OÖ existieren keine Sozialfonds.

Stationäre Betreuung

Alten- und Pflegeheime

Zum Jahresende 2005 wies OÖ mit 118 Pflegeheimen, die insgesamt 11.535 Pflegeplätze anboten, die höchste Anzahl an Pflegheimen aller österreichischen Bundesländer auf. Die Aufteilung nach Rechtsträgern lässt sich wie folgt darstellen:

Tab. 11: Aufteilung der Pflegeheime in OÖ nach Rechtsträgern 2005

Träger	Anzahl der Pflegeheime
Sozialhilfeverbände	55
Gemeinden	33
Sonstige öffentliche Träger	1
Private Träger (NPOs und POs)	13
Konfessionelle Träger	16
GESAMT	**118**

Quelle: BMSK 2007b

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege wird in OÖ nicht gesondert erhoben bzw. betrachtet.

Teilstationäre Einrichtungen

Die teilstationäre Pflege wird in OÖ nicht gesondert erhoben bzw. betrachtet.

Ambulante und mobile Dienste

Essen auf Rädern

Im Bundesland OÖ wird Essen auf Rädern durch die Gemeinden bereitgestellt bzw. die Gemeinden arrangieren sich mit anderen Wohlfahrtsorganisationen.

Hauskrankenpflege/-hilfe / Heimhilfe

Insgesamt wurden im Bereich der Hauskrankenpflege 238.719 Stunden geleistet. Im Bereich der mobilen Betreuung und Hilfe 732.490 Stunden sowie für Familien- und Langzeithilfe[2] 134.689 Stunden.

Sonstige soziale Dienste

In OÖ stehen alten Menschen 64 Sozialberatungsstellen zur Verfügung, die den Zugang zu sozialer Hilfe erleichtern sollen und auch als erste Anlaufstelle fungieren.
2007 wandten sich 7.755 KlientInnen an diese Sozialberatungsstellen, wobei in 4.806 Fällen eine Beratung zum Thema Pflege und Betreuung stattfand.

Erholungsurlaub für pflegende Angehörige

Eine von der Caritas finanzierte Servicestelle organisiert Erholungsaufenthalte für pflegende Angehörige.

Besuchsdienst / Hospizbewegung

Allen Bezirken Oberösterreichs stehen 13 Hospizbewegungen zur Verfügung, diese sind zum Teile mobil organisiert.

Gesetzliche Grundlagen

- OÖ Pflegegeldgesetz LGBI. Nr. 64/1993, i.d.g.F., und Pflegegeldverordnung, LGBI. Nr. 94/2004, i.d.g.F.

[2] Die Familienhilfe in OÖ bietet Familien in Krisensituationen Hilfe und Unterstützung an, um den gewohnten Lebensrhythmus der Familie aufrecht erhalten zu können.

- OÖ Alten und Pflegeheimverordnung LGBI. Nr. 29/96 i.d.g.F.
- OÖ Sozialhilfeverordnung 1998, LGBI. Nr. 118/1998, i.d.g.F.

8.5 Salzburg

Der Rechtsträger zur Sicherstellung der Aufgaben der Sozialhilfe ist das Land, Rechtsträger für die Unterbringung in Senioren- und Seniorenpflegeheimen sind die Stadt Salzburg sowie die übrigen Gemeinden und die für diesen Zweck gegründeten Gemeindeverbände. Im Bundesland Salzburg gibt es 6 Bezirksverwaltungsbehörden, davon die Stadt Salzburg als Stadt mit eigenem Statut und 5 Bundeshauptmannschaften. In jeder der Bezirksverwaltungsbehörden sind Sozialämter eingerichtet, welche u.a. auch für die Einzelabwicklung von Sozialleistungen und von sozialen Diensten zuständig sind. Das Referat „Soziale Leistungen“ der Abteilung Soziales des Amtes der Salzburger Landesregierung sieht in dieser Arbeit folgende Aufgaben von Relevanz:

- Angelegenheiten der geschlossenen Sozialhilfe (stationäre Unterbringung)
- Sicherstellung sozialer Dienste
- Angelegenheiten des Salzburger Pflegegeldgesetzes
- Aufsicht über Senioren- und Pflegeheime und soziale Dienste nach 22 SSHG
- Organisation der Aufnahme in Landespflegeanstalten
- Bearbeitung der Ansuchen zur Genehmigung von Hauskrankenhilfe und Haushaltshilfe

Sozial- und Gesundheitssprengel

In Salzburg existieren keine Sozial- und Gesundheitssprengel.

Sozialhilfeverbände

In Salzburg existieren keine Sozialhilfeverbände.

Stationäre Betreuung

Alten-/Pflegeheime

Sowohl Gemeinden als auch private Anbieter bieten in Salzburg SeniorInnen und Seniorenpflegeheime für pflegebedürftige alte Menschen an. Gemäß Sozialbericht 2005 des Landes Salzburg können für das Jahr 2005 insgesamt 73 Einrichtungen mit 5.036 Betten beziffert werden.
Die Anzahl der Pflegebetten wurden seit den 80er-Jahren kontinuierlich erhöht. Im Jahr 2005 betrug das Verhältnis von Betten im Wohnbereich (625) zu Betten im Pflegebereich (4.411) ca. 1:7.
Salzburg weist die höchste Pflegeplatzdichte aller Bundesländer auf.

Kurzzeitpflege

Die zeitlich limitierte Aufnahme in ein Seniorenpflegeheim zur Entlastung pflegender Angehöriger wird in ca. 25 Heimen mit insgesamt 50 Betten angeboten, wobei die Buchung über einen Hotellerieplan erfolgt.

Teilstationäre Einrichtungen – Geriatrische Tagesstätten

Tagespflege

Die Verpflegung und pflegerische Betreuung während des Tages findet in Salzburg in 4 Einrichtungen mit jeweils 110 Betreuungsplätzen statt. Nicht in dieser Zahl enthalten sind die Tagesplätze in Alten-/Pflegeheimen.

Mobile soziale Dienste

Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege

2005 haben 16 Anbieter mobile ambulante Dienste im Land Salzburg angeboten. Betroffene können für ihre Betreuung und Pflege aus diesen privaten Organisationen auswählen. Das Angebot der anbietenden Organisationen umfasst Haushaltshilfe und/oder Hauskrankenpflege.
Ein Großteil der Nutzer mobiler sozialer Dienste sind Pflegegeldbezieher. Details können nachfolgender Tabelle entnommen werden:

Tab. 12: Anzahl Pflegegeldbezieher Salzburg

Soziale Dienste Dezember 2005 – Land Salzburg Anzahl Pflegegeldbezieher				
Pflegegeld-stufe	**Haushaltshilfe**		**Hauskrankenpflege**	
	absolut	in %	absolut	in %
kein PG	356	22,4%	174	10,19%
1	322	20,3%	190	11,12%
2	511	32,2%	564	33,02%
3	205	12,9%	284	16,63%
4	103	6,5%	240	14,05%
5	29	1,8%	130	7,61%
6	9	0,6%	40	2,34%
7	8	0,5%	39	2,28%
Sonstige	43	2,7%	47	2,75%
Summe	**1.586**	**100,0%**	**1.708**	**100,0%**

Quelle: Sozialbericht 2005, Land Salzburg

Die in der Tabelle dargestellte Anzahl der betreuten Personen in der Haushaltshilfe und in der Hauskrankenpflege umfasst jene Personen, die eine Bezuschussung durch das Land erhalten haben. Es handelt sich um 2.758 Haushalte, wobei 536 Haushalte sowohl Haushaltshilfe als auch Hauskrankenpflege beansprucht haben. Über die Zahl der Selbstzahler liegen keine Angaben vor. Bei den Personen, die kein Pflegegeld zur Verfügung hatten, muss zwischen jenen unterschieden werden, die tatsächlich kein Pflegegeld bezogen haben (weil z.B. nur Kurzzeitpflege) und jenen, deren Antrag auf Pflegegeld noch in Bearbeitung war.
Im Bereich der Haushaltshilfe betrug der Anteil an betreuten Personen mit 60 oder mehr Jahren ca. 84 %.
Im Bereich der Hauskrankenpflege betrug der Anteil an betreuten Personen mit 60 oder mehr Jahren ca. 90 %.

Essen auf Rädern

Folgende 3 Formen von **Essensdiensten** werden in 110 Gemeinden des Landes Salzburg angeboten:

- **Essen zu Hause (Essen auf Rädern):** Das Essen wird zugestellt.

- **Mittagstische:** Preisgünstiges Essen in einem Seniorenheim. In der Stadt Salzburg gibt es für Mindestpensionisten auch Essensgutscheine für Essen in Gastbetrieben.
- **Essensabholung:** Die Senioren sparen Zustellkosten und holen das Essen vom Seniorenheim ab.

Die Essensdienste werden im Auftrag der Gemeinden bereitgestellt, wobei diese das Essen von Heimen oder von Gasthäusern zukaufen.

Sonstige soziale Dienste

Betreutes Wohnen

In Zusammenarbeit mit Bauträgern und Anbietern von sozialen Dienstleistungen wird in Salzburg immer häufiger von Seiten der Gemeinden betreutes Wohnen angeboten. Damit wird auf die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur reagiert, auf alters- bzw. behindertengerechte Wohnungsausstattung wird hierbei besonders Rücksicht genommen, jedoch liegen keine genauen Daten vor.

Geförderter Urlaub für Senioren

Aufgrund geringer Nachfrage wird dieses Angebot nicht mehr gefördert.

Urlaub für pflegende Angehörige

Wird in Salzburg nicht angeboten.

Besuchsdienst

Besuchsdienste werden auf ehrenamtlicher Basis angeboten, es existieren keine genauen Zahlen darüber.

Gesetzliche Grundlagen

- Salzburger Sozialhilfegesetz SSHG – LGBI. Nr. 19/1975
- Soziale Dienste Verordnung LGBI. Nr. 93/2003
- Salzburger Pflegegeldgesetz LGBI. Nr. 52/2000 regelt das Pflegegeld für die vom BPGG nicht erfassten Personen (z.B.: Kinder, Hausfrauen, Landesbeamte, Landespolitiker etc.)

8.6 Steiermark

Die Träger der Sozialhilfe sind nach Maßgabe des Steiermärkischen Sozialhilfegesetzes das Land, die Sozialhilfeverbände, allfällige sonstige Gemeindeverbände (integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel ISGS), die Stadt Graz als Stadt mit eigenem Statut und die Gemeinden (§ 17).

Integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel

Die integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel (ISGS), bestehend aus einer oder mehreren Gemeinden, sind kleiner strukturiert als die Sozialhilfeverbände und stellen gem. StSHG die räumlichen Einheiten dar, in denen soziale Dienste organisatorisch vernetzt erbracht werden. 2004 wurden die Einzugsgebiete der mobilen sozialen Dienste von der Ebene der politischen Bezirke auf ISGS umgestellt. Ohne Graz gibt es 72 ISGS in der Steiermark. Gemäß dem derzeit geltenden Sozialhilfegesetz (SHG, LGBI. Nr. 29/1998) sind zwar weiterhin die steirischen Gemeinden die Anbieter der sozialen Dienste, zur Besorgung der sozialen Dienste bilden jedoch eine oder mehrere Gemeinden einen „Integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel (ISGS). Hierbei handelt es sich um freiwillige Verbände. Diese ISGS kooperieren mit den Anbietern der mobilen sozialen Dienste und beauftragen diese mit der Durchführung der Dienste.

Sozialhilfeverbände

Die Gemeinden sind für die Gewährleistung der im Gesetz (StSHG) angeführten sozialen Dienste zuständig und können diese selbst oder in einer Verwaltungsgemeinschaft oder in einem freiwilligen Zusammenschluss (Gemeindeverband) erbringen. Die Gemeinden / Gemeindeverbände können die Erbringung der sozialen Dienste an Dritte (private Träger) übertragen. Alle Gemeinden eines politischen Bezirks bilden einen Sozialhilfeverband (Gemeindeverband gem. Gemeindeverbandorganisationsgesetz) mit Geschäftsstelle in der Bezirkshauptmannschaft. Es handelt sich um Pflichtverbände, welche den Namen des politischen Bezirks führen. Die Sozialhilfeverbände sind in der Steiermark für den Betrieb der Alten- und Pflegeheime zuständig.

Die Sozialhilfeverbände unterliegen der Aufsicht durch die Gemeindeabteilung des Landes Steiermark, insgesamt existieren 16 Sozialhilfeverbände und das Sozialamt des Magistrats Graz.

Sozialfonds

In der Steiermark gibt es keine Sozialfonds.

Stationäre Betreuung

Alten- /Pflegeheime

Alle Einrichtungen, in denen mindestens 5 Pflegebedürftige betreut oder gepflegt werden, gelten in der Steiermark als Pflege- bzw. Altenheime.

Als Pflegeplätze gelten zusätzlich stationäre Einrichtungen, in denen im Rahmen der familiären Pflege bis zu 4 Personen aufgenommen werden können.

Neben öffentlichen Alten-/Pflegeheimen (Gemeinde- und Landesheime als auch die Alten-/Pflegeheime der Sozialhilfeverbände) existieren in der Steiermark auch Alten-/Pflegeheime der Wohlfahrtsverbände/NOPs und private Alten-/Pflegeheime.

Ende 2005 gab es in insgesamt 197 Heimen 10.526 genehmigte Heimplätze.

Die pflegebehördliche Aufsicht gemäß Pflegeheimgesetz obliegt bei Privat- und Landespflegeheimen den zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden, bei öffentlichen Pflegeheimen der FA 11A, die auch als Ober- und Aufsichtsbehörde in diesem Bereich zuständig ist. Um die Qualität der Pflege sicherzustellen, soll sich das Personal aus 20% diplomiertem Pflegepersonal, aus 60 % Pflege- und Altenhelfern sowie aus 20% ungeprüftem Personal zusammensetzen.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege zur Entlastung pflegender Angehöriger mit einer Dauer von mindestens einer Woche bis zu maximal vier Wochen wird in der Steiermark in 4 Landesaltenheimen auf Anfrage angeboten.

Teilstationäre Einrichtungen - Geriatrische Tagesstätten

Zu teilstationären Einrichtungen gibt es keine Angaben.

Mobile und soziale Dienste

In der Steiermark ist dafür die Gesundheitsabteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung zuständig.

Hauskrankenpflege/-hilfe / Heimhilfe

In der Steiermark gibt es 5 große Anbieter mobiler sozialer Dienste, wobei ihr Angebot

- Hauskrankenpflege (diplomierte Pflegefachkräfte)
- Alten- und Pflegehilfe (Altenfachbetreuer, Pflegehilfe) / Hauskrankenhilfe und
- Heimhilfe

umfasst.

Tab. 13: Anzahl der geleisteten Betreuungsstunden und der betreuten Personen 2004 Steiermark

Betreuungsstunden / Anzahl betreute Menschen Mobile Dienste 2004 Steiermark						
	Caritas	Rotes Kreuz	Hilfswerk	SMP	Volkshilfe	Summe
Hauskrankenpflege	1.412,23	90.064,00	37.979,60	40.993,13	28.905,87	**199.354,83**
Alten-/Pflegehilfe, Hauskrankenhilfe	12.527,67	115.991,00	70.721,62	46.683,34	71.434,16	**317.357,79**
Heimhilfe	6.399,17	19.933,00	80.426,26	84.660,81	158.933,79	**350.353,03**
Betreuungsstunden	**20.339,07**	**225.988,00**	**189.127,48**	**172.337,28**	**259.273,82**	**867.065,65**
Betreute Menschen – alle Dienste	**376**	**6.770**	**4.601**	**4.199**	**5.519**	

Quelle: Sozialbericht 2004 Steiermark

Als Betreuungsstunden gelten jene geleisteten Zeiten, welche seitens des Landes laut Förderrichtlinien mitfinanziert werden, wobei die Anzahl der betreuten Menschen nur getrennt nach Anbietern betrachtet werden kann, da die Betreuung einer Person durch mehrere Anbieter in den Zahlen nicht bereinigt werden kann.

Durchschnittlich bezogen im Jahr 2004 ca. 74% der betreuten Personen Pflegegeld.

Essen auf Rädern

Essen auf Rädern wird in den Gemeinden auf unterschiedliche Art und Weise angeboten und gefördert. Das Angebot stellen in zunehmendem Maß private Trägerorganisationen bereit, eventuelle Fördermittel fließen von Seiten der Gemeinden.

<u>Sonstige soziale Dienste</u>

Betreutes Wohnen

In der Steiermark existiert eine Richtlinie für betreutes Wohnen, wobei die Träger der betreuten Wohneinheiten gemeinnützig sind. Der Bau der betreuten Wohnungen wird vom Land gefördert. Ziel dieses Konzeptes ist es, eine Wohnform für Menschen ab dem 59. Lebensjahr im Rahmen eines wohnbaugeförderten Mietverhältnisses in Kombination mit konkreten Betreuungsleistungen anzubieten, wobei weitere mobile Gesundheitsdienste individuell zugekauft werden können.

Es handelt sich um ein freiwilliges Vertragsangebot des Landes Steiermark an die Gemeinden bzw. Sozialhilfeverbände, wobei dieses Modell vor allem zur Entlastung der stationären Pflegeeinrichtungen und zu einer Ersparnis für das Sozialwesen dienen soll.

Geförderter Urlaub für Senioren

Für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und ihren Hauptwohnsitz in der Steiermark haben, organisierten das Land Steiermark und die Sozialhilfeverbände eine „Gratis-Urlaubsaktion“. Jedoch ist die Teilnahme nur für Personen der Pflegestufe 0–2.

Urlaub für pflegende Angehörige

In der Steiermark gibt es kein Angebot.

Pflegestammtische

Der Pflegestammtisch ist ein von Experten (diplomiertes Pflegepersonal, PsychologInnen) moderierter Gesprächskreis für pflegende Angehörige. Fachleute informieren über spezielle Erkrankungen und deren körperliche und psychische Auswirkungen auf Angehörige. Ein Austausch mit betroffenen Menschen in ähnlichen Situationen wird ermöglicht.

Ebenfalls bieten die einzelnen Anbieter der mobilen sozialen Dienste Pflegestammtische in der gesamten Steiermark an.

Gesetzliche Grundlagen

- Das Steiermärkische Sozialhilfegesetz StSHG, LGBl. Nr. 29/1998 ist am 01.01.1998 in Kraft getreten und wurde bisher 7x novelliert.
- Das Steiermärkische Pflegegeldgesetz StPGG vom 15.06.1993 - in der Stammfassung LGBl. Nr. 80/1993 – wurde inzwischen 9x novelliert.

- Das Steiermärkische Pflegeheimgesetz – StPHG 2003 – über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen – ist am 01.11.2003 in der Stammfassung LGBl. Nr. 77/2003 in Kraft getreten und wurde inzwischen 1x novelliert (2005). Das Gesetz regelt insbesondere die organisatorischen, baulichen und personellen Voraussetzungen eines Pflegeheimbetriebes.
- Nähere bauliche Anforderungen zur Errichtung eines Pflegeheimes werden in der Steiermärkischen Pflegeheimverordnung – LGBl. Nr. 63/2004, welche am 23.10.2004 in Kraft trat, geregelt.
- Steiermärkische Alten-, Familien- und Heimhilfegesetz – AFHG, LGBl. Nr. 6/1996.

8.7 Tirol

Sozial- und Gesundheitssprengel

In Tirol gibt es 63 Sozial- und Gesundheitssprengel, die meist in Vereinsform organisiert sind. Diese Sprengel sind operativ tätig und sind die wichtigsten Anbieter von sozialen Diensten. Träger sind zumeist die Gemeinden, aber auch private. Im Jahr 2005 waren 1.271 Mitarbeiter beschäftigt, wobei zusätzlich noch 2.034 Personen ehrenamtlich tätig waren.

Sozialhilfeverbände

Es gibt in Tirol einen „Grundsicherungsfonds“. Das Tiroler Sozialhilfegesetz, in welchem der ehemalige Sozialhilfefonds geregelt war, wurde am 1. März 2006 vom Tiroler Grundsicherungsgesetz abgelöst. Der Grundsicherungsfonds ist ein Fonds mit Rechtspersönlichkeit, der nicht im ordentlichen Haushalt des Landes enthalten ist. Er ist nur für die Überbrückung von außerordentlichen Notständen zuständig und hat daher nur einen sehr begrenzten Wirkungsbereich.

Stationäre Betreuung

Alten-/Pflegeheime

Die Gemeinden sind in Tirol von Gesetzes wegen verpflichtet Alten-/Pflegeheime zu errichten, als Träger dieser kommen auch andere Organisationen als die Gemeinden selbst in Frage.

Dem Land liegen nur über jene Heime Informationen vor, die mit dem Land einen Rahmenvertrag geschlossen haben, dies ist mit 76 Alten-/Pflegeheimen der Fall.

Tab. 14: Anzahl der Heime und der Betten in Alten- und Pflegeheimen mit öffentlicher Trägerschaft 2006 in Tirol

Träger Jahr 2008	Anzahl der Heime	Anzahl der Betten
Landespflegeklinik	1	121
Gemeinden	36	1.773
Gemeindeverbände	22	1.521
Innsbrucker Soziale Dienste (ISD)	6	763
Stiftungen	3	309
Vereine	1	130
Orden	6	372
Private	0	0
Gesamt (inkl. Landespflegeklinik)	**75**	**4.989**

Quelle: Sozialreferat der Tiroler Landesregierung

In privaten Heimen, die keine Gelder vom Land bekommen und als reine Altenheime geführt werden (Bewohner bis einschließlich Pflegestufe 2), befinden sich zwischen 200 und 250 Betten.

In Tirol gibt es grundsätzlich genügend Heimplätze, jedoch ist es nicht immer leicht, einen Platz im Wunschheim zu bekommen, da es im Großraum Innsbruck ein Überangebot an Pflegeplätzen und am Land eher ein Unterangebot gibt.

Tirol ist bestrebt an einer Qualitätsverbesserung der Heime zu arbeiten, dazu gehört vor allem die Umstellung von Zwei- auf Einbettzimmer. Diese Zu- und Umbauten werden vom Land gefördert.

In der Anzahl der Heimbetten sind neben alten Menschen auch Menschen mit Behinderung enthalten, wobei die Anzahl der HeimbewohnerInnen die nicht der Altenpflege zugerechnet werden können, 5% beträgt.

Kurzzeitpflege

Maximal 30 Tage pro Jahr kann in Tirol die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Es liegen in der Abteilung Soziales der Tiroler Landesregierung keine detaillierten Daten bezüglich der Anzahl der Plätze oder der betreuten Plätze vor. Eine Erhebung aus dem Jahr 2003 ergab, dass rund 30 Plätze für die Kurzzeitpflege bereitstehen. Diese Zahl ist jedoch flexibel, da Kurzzeitpflegeplätze zumeist dann zur Verfügung stehen, wenn die Auslastung in den Einrichtungen vorübergehend sinkt, bzw. wenn für einen kurzen Zeitraum ein Zimmer nicht nachbelegt werden kann.

Teilstationäre Einrichtungen

Es gibt 4 teilstationäre Einrichtungen (Tagesstätten) in Tirol, die über insgesamt 30 Tagesstättenplätze verfügen.

Soziale mobile Dienste

In den Bezirken Nordtirols werden ambulante Dienste über 63 Sozial- und Gesundheitssprengel (SGS) erbracht. In Innsbruck bietet der Sprengel ISD („Innsbrucker Soziale Dienste“) seine Leistungen mittels 7 regionaler Stadtteilzentren an.

2005 waren im Bereich der mobilen Dienste 1.271 Mitarbeiter beschäftigt und 2.034 ehrenamtlich tätig.

Im Jahr 2005 wurden 7.577 Personen durch mobile soziale Dienste betreut. Regelmäßige Betreuung erhielten 4.989 Personen, von denen sich 50% in den Pflegestufen 1 bis 3 befanden. Die medizinische Hauskrankenpflege wurde von 827 Patienten in Anspruch genommen.

Insgesamt wurden im Bereich der sozialen mobilen Dienste (inkl. medizinische und nicht-medizinische Hauskrankenpflege, Pflegehilfe 7 Altenhilfe (= Hauskrankenhilfe) und Heimhilfe, aber exkl. Familienhilfe) 564.772 Betreuungsstunden geleistet.

Essen auf Rädern

Essen auf Rädern wurde im Jahr 2005 von 48 Sozial- und Gesundheitssprengeln angeboten.

Hauskrankenpflege

63 Sozial- und Gesundheitssprengel sowie 6 Vereine (im Bereich der Altenpflege) bieten medizinische Hauskrankenpflege an. Zusätzlich gibt es noch private Anbieter wie die Johanniter und die Caritas, diese sind aber hauptsächlich im Bereich von Innsbruck tätig.

Hauskrankenhilfe

2005 sind im Bereich der Pflegehilfe / Altenhilfe 163.396 Betreuungsstunden angefallen.

Heimhilfe

Im Jahr 2005 betrug die Anzahl der Betreuungsstunden für die Heimhilfe 205.011 Stunden.

Sonderformen der Betreuung

Betreutes Wohnen

Bis zur Pflegestufe 3 ist betreutes Wohnen möglich, häufig handelt es sich beim betreuten Wohnen „nur“ um behindertengerechte Wohnungen. In Tirol war das betreute Wohnen 2005 und 2006 in 30 Einrichtungen möglich. Die alten Menschen können dort Leistungen (wie z.B. Essen oder Wäschereinigung) zukaufen.

2005 und 2006 gab es in Tirol 354 Betten für das betreute Wohnen, wobei sowohl Alten-/Pflegeheime, wie auch Sozial- und Gesundheitssprengel Anbieter sein können.

Betagtenurlaubsaktion

Von den Heimen werden teilweise Seniorenurlaube angeboten, wobei keine genauen Zahlen vorliegen.

Erholungsurlaub für pflegende Angehörige

Auch hierzu liegen keine Daten vor.

Besuchsdienst / Hospizbewegung

In Tirol leisten 3.300 Personen ehrenamtlich Besuchsdienst, es wird darüber diskutiert, eine Versicherung für ehrenamtliche Besucher einzuführen. Es gibt aber keine Hospizbewegung.

Tagesbetreuung

Ein Konzept für die Tagesbetreuung wird ausgearbeitet, derzeit gibt es die Möglichkeit für pflegende Angehörige, die Pfleglinge für einen Tag pro Woche in einer Betreuungsstätte unterzubringen.

Gesetzliche Grundlagen

- Tiroler Pflegegeldgesetz LGBl. Nr. 8/1997, i.d.g.F.
- Tiroler Heimgesetz LGBl. Nr. 23/2005
- Tiroler Heimaufenthaltsgesetz
- Tiroler Heimverordnung
- Tiroler Sozialhilfegesetz LGBI. Nr. 5/1999

8.8 Vorarlberg

Sozialsprengel

Sozialsprengel spielen in Vorarlberg keine zentrale Rolle im operativen Angebot der sozialen Dienste. Es gibt insgesamt 7 Sozialsprengel in Vorarlberg, diese agieren jedoch nicht flächendeckend. Die Hauptaufgabe ist die Koordination der Leistungen, nur 4 Sozialsprengel bieten Heimhilfe an.

Sozialhilfeverbände

In Vorarlberg existieren seit Mitte der 70-er Jahre keine Sozialhilfeverbände mehr.

Sozialfonds

Die Finanzierung der Altenpflege in Vorarlberg erfolgt durch das Land, die Gemeinden, die Sozialversicherungsträger und durch den Sozialfonds.

Stationäre Betreuung

Alten-/Pflegeheime

In Vorarlberger Pflegeheimen werden 3.454 Personen versorgt, 2005 wurden 691.000 Versorgungstage geleistet. Durch die sozialversicherungs- und arbeitsrechtlich nicht abgesicherten Pflegekräfte aus dem Osten Europas, welche pflegebedürftige Personen in Österreich rund um die Uhr betreuen, stehen rund 100 Pflegeplätze in Heimen frei. Der Auslastungsgrad der Alten- und Pflegheime liegt zwischen 91 und 92%.

Die Gemeinden sind für Planung, Errichtung und Trägerschaft von Alten- und Pflegeheimen zuständig, es gibt keine eigenen Alten-/Pflegeheime des Landes. Oft schließen private Träger einen Pachtvertrag für einen längeren Zeitraum mit den Gemeinden ab.

Es kann vorkommen, dass junge Menschen mit Behinderung in Alten-/Pflegeheimen untergebracht sind, physisch beeinträchtige Personen sind jedoch nicht in diesen Heimen untergebracht.

Kurzzeitbetreuung

In Vorarlberg können pflegebedürftige Personen bis zu 4 Wochen in einem Pflegeheim untergebracht werden, um Angehörige entlasten zu können.

Im Bereich der Kurzzeitpflege existieren rund 90 Pflegeheimbetten. Folgende Aufstellung zeigt die Anzahl der im Jahr 2005 geleisteten Verpflegungstage im Rahmen der Kurzzeitpflege.

Tab. 15: In der Kurzzeitpflege geleistete Verpflegungstage 2005

Art der Kurzzeitpflege	Anzahl der Verpflegungstage
Urlaubsbetten	15.500
Übergangspflege	2.900
Wochenendbetreuung	87

Quelle: BMSK 2007b

Im Jahr 2005 wurde von 793 Personen die Unterbringung in Urlaubsbetten in Anspruch genommen.

<u>Teilstationäre Betreuung</u>

Tagesbetreuung

In Vorarlberg bieten 32 Häuser (Alten-/Pflegeheime und Sozialzentren) und 9 mobile Hilfsdienste Tagesbetreuung an. Es gibt keine geriatrischen Tagesstätten, sondern die Betreuung ist in die Heimen integriert.

2005 wurden in der Tagesbetreuung 47.727 Betreuungsstunden erbracht, wobei vor allem der Transport zu den Einrichtungen in ländlichen Gegenden problematisch ist.

Nachtbetreuung

In 7 stationären Einrichtungen wird zusätzlich zur Tagesbetreuung auch eine Nachtbetreuung angeboten.

Soziale mobile Dienste

In Vorarlberg werden 78% der über 60-jährigen Pflegebedürftigen von Familien und ambulanten Pflegediensten betreut, wobei für die Unterstützung der Pflege zu Hause Fortbildungen und Vorträge veranstaltet werden.

Essen auf Rädern

Dieses Angebot wird in Vorarlberg flächendeckend von den Gemeinden betreut, wobei es vom Land keine Subventionen gibt. Die Speisen werden meist in Heimen zubereitet und von Zivildienern zugestellt.

Hauskrankenpflege

In Vorarlberg wird die Hauskrankenpflege von den Krankenpflegevereinen angeboten, zu denen 56.626 Mitglieder zählen. Diese Vereine stellen für die österreichische Pflegevorsorge eine Besonderheit dar, da es solche Vereine in anderen Bundesländern nicht gibt. Bereits im 19. Jahrhundert wurde der älteste Krankenpflegeverein gegründet. Die Kirche gründete vor über 100 Jahren die ersten Krankenpflegevereine, um die zum damaligen Zeitpunkt schlechte Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeleistungen zu verbessern.

Insgesamt hat Vorarlberg 67 Krankenpflegevereine, die in einem Dachverband „Hauskrankenpflege Vorarlberg“ mit dem Sitz in Dornbirn zusammengeschlossen sind. Diese Vereine bieten ihre Dienste flächendeckend an. Sie funktionieren nach dem Solidaritätsprinzip, d.h. es gibt Mitglieder, die einen jährlichen Mitgliedsbeitrag einzahlen (EUR 22,00 bis EUR 33,00). Nach dem Versicherungsprinzip können Vereinsmitglieder im Falle einer Pflegebedürftigkeit gratis die Dienste in Anspruch nehmen, tritt jemand in hohem Alter bei und nimmt sogleich die Dienste in Anspruch, ist eine Art Beitrittsgebühr zu entrichten, die 10-mal den Jahresbeitrag ausmacht.
In den Krankenpflegevereinen wird für die medizinische Hauskrankenpflege nur diplomiertes Personal eingesetzt und für die nicht medizinische Pflege (z.B. Körperpflege) Pflegehelfer.

Hauskrankenhilfe / Heimhilfe

Es gibt insgesamt 52 mobile Hilfsdienste, wobei 1998 die Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste als eigenständiger Verein eingerichtet wurde. Die Aufgabe des Vereins liegt

hauptsächlich in den Schulungs- u. Fortbildungsmaßnahmen sowie in der Beratung und Unterstützung der Mitglieder, der Mithilfe beim Aufbau- und Ausbau von mobilen Hilfsdiensten, der Bewusstseinsbildung und der landesweiten Dokumentation.
Das Leistungsangebot umfasst folgende Bereiche

- Betreuerische Hilfen (mitmenschliche Begleitung u. Kommunikation im sozialen Umfeld, Aktivieren und Unterstützen von Eigeninitiativen, Behördengänge und Besorgungen),
- hauswirtschaftliche Hilfen (Reinigung des Wohnbereiches und Zubereiten von Mahlzeiten) sowie
- sonstige Hilfestellungen (Pflege nach Anordnung von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal).

Rund-um-die-Uhr-Pflege durch ausländische Pflegekräfte

Schätzungen zufolge sind in Vorarlberg im Bereich der ambulanten Betreuung zwischen 400 und 600 osteuropäische Pflegekräfte tätig. Die ausländischen Betreuungsdienste treten in Form von Stiftungen auf und bieten 24-Stunden-Pflege zu sehr günstigen Tarifen an, da sie sich nicht den in Österreich geltenden arbeits- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen unterwerfen müssen. Die ehemals illegale Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften wurde von der Bundesregierung in der Zwischenzeit durch gesetzliche Regelungen legalisiert.

Seit Herbst 2006 gibt es ein Pilotprojekt, in welchem vom AMS ausgebildete Frauen in der Region Feldkirch günstige Betreuung anbieten. Auf diese Weise sollen pflegende Angehörige mit leistbaren Stundensätzen auf legale Weise entlastet werden. Gleichzeitig wird Arbeitssuchenden eine neue Chance am Arbeitsmarkt geboten.

Sonstige soziale Dienste

Betreutes Wohnen

In Vorarlberg stehen 19 Einrichtungen für betreutes Wohnen mit 197 Betten zur Verfügung, wobei der Auslastungsgrad dieser Einrichtungen bei 87% liegt.

Betagtenurlaubsaktion

In Vorarlberg gibt es keine Gratis-Urlaubsaktion für Senioren.

Erholungsurlaub für pflegende Angehörige

Einmal jährlich können pflegende Angehörige für 7 Tage einen kostenlosen Erholungsaufenthalt verbringen, wobei für die Dauer des Erholungsaufenthaltes ein Pflegeersatz für die pflegebedürftige Person organisiert wird.

Besuchsdienst / Hospizbewegung

Im Hospizbereich sind Pfarrer und die Hospizbewegung tätig, die Besuchsdienst leisten. Die Hospizbewegung bekommt hierfür Subventionen vom Land.

Gesetzliche Grundlagen

- Vorarlberger Pflegegeldgesetz
- Vorarlberger Heimgesetz
- Vorarlberger Heimverordnung
- Vorarlberger Sozialhilfegesetz

8.9 Wien

Gesundheits- und Sozialzentren

In Wien gibt es 10 regional eingeteilte Gesundheits- und Sozialzentren, wobei diese nicht direkt mit den integrierten Sozial- und Gesundheitssprengeln verglichen werden können, dennoch übernehmen sie eine koordinative Aufgabe.

Sozialhilfeverbände

Es existieren keine Sozialhilfeverbände.

Sozialfonds

Der „Fonds Soziales Wien“ koordiniert die Altenpflege. Gemäß § 2 f. der Fondssatzung sind die Ziele einerseits die Unterstützung der sozialen Grundbedürfnisse (…) im fortgeschrittenen Lebensalter, andererseits auch die Planung sowie Koordination von geeigneten Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen.

Stationäre Betreuung

Alten-/ Pflegeheime

In Wien existieren 66 Pflegeheime mit insgesamt 9.258 Betten.

Tab. 16: Pflegeheime und Pflegeplätze in Wien

Träger	Anzahl der Heime	Anzahl der Betten
Gemeinde	12	4.438
NPOs	28	1.837
Private	26	2.983
Gesamt	**66**	**9.258**

Quelle: BMSK 2007b

Ebenfalls werden von NPOs 7.722 Wohnplätze für betreutes Wohnen angeboten.

Kurzzeitpflege

Es existieren keine Daten dazu.

Teilstationäre Einrichtungen

In 14 Einrichtungen wurden im Jahr 2005 teilstationäre Dienste angeboten, wobei 7 von diesen Einrichtungen von der Gemeinde Wien, die anderen 7 von NPOs betrieben werden.

Tab. 17: Teilstationäre Einrichtungen in Wien

2005	Gemeinde-einrichtungen	NPOs / gemeinnützige Wohlfahrtsverbände
Anzahl der Betten	320	242
Anzahl der betreuten Personen	893	717
Betreuungstage	70.298	50.400

Quelle: BMSK 2007b

Die Tageszentren bieten tagsüber Betreuung für ältere Menschen an, wobei die Betreuung durch SozialarbeiterInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, HeimhelferInnen, PflegehelferInnen, KreativanimateurInnen, diplomiertes Pflegepersonal und PsychologInnen erfolgt. Als Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen wird einerseits das Nichtbettlägerig-sein des Pflegebedürftigen, andererseits das Vorhandensein eines Pflegeplatzes genannt.

Mobile Dienste

In Wien wird das verhältnismäßig breiteste Angebot an mobilen Diensten angeboten.

Essen auf Rädern

Im Jahr 2005 wurden 7.305 Personen von 3 Anbietern mit 1.215.697 Zustellungen von Essen auf Rädern versorgt. Ab einer Pflegegeldstufe 1 wird Essen auf Rädern von diversen Hilfsorganisationen gefördert, darüber hinaus vermittelt der Fonds Soziales Wien noch andere, nicht gestützte Anbieter für Essen auf Rädern.

Hauskrankenpflege

Für die medizinische Hauskrankenpflege standen im Jahr 2005 in der Stadt Wien insgesamt 9 Anbieter zur Verfügung, die insgesamt 70.189 Stunden bei 4.708 Personen leisteten.
Die Langzeit-Hauskrankenpflege wurde von insgesamt 6.506 pflegebedürftigen Personen in Anspruch genommen.

Heimhilfe

Die Heimhilfe wird ebenfalls von Fonds Soziales Wien vermittelt.

Sonstige soziale Dienste

Betreutes Wohnen

Pflegebedürftige werden erst ab der Pflegestufe 3 in eine stationäre Einrichtung aufgenommen, deshalb werden in Wien Seniorengemeinschaften angeboten, denen Pflegebedürftige bereits ab der Pflegestufe 1 beitreten können, wobei die Möglichkeit besteht, eine Mietbeihilfe zu beantragen.
In Wien gibt es 7.722 Wohnlätze für Senioren, die von folgenden Anbietern angeboten werden:

- Wiener Hilfswerk

- Wiener Sozialdienste
- Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Betagtenurlaubsaktion

Für Frauen ab dem 60. und Männer ab dem 65. Lebensjahr wird der Sozialpass angeboten, der zu Ermäßigungen an Aktionen (z.B. Pensionistenklubs der Stadt Wien, „Urlaub in der Sommerfrische“ usw.) verhelfen kann.

Besuchs-/Begleitdienst

Die Stadt Wien vermittelt den Pflegebedürftigen einen Besuchs- und Begleitdienst, der die Betroffenen bei der Erledigung von Einkäufen sowie von Wegen (z.B. Arztbesuch) unterstützt, die Kosten dafür sind vom Einkommen abhängig. 2005 wurden 146.139 Stunden an 3.086 Personen erbracht.

Hospizbewegung

In Wien existieren 5 Hospiz-Einrichtungen.

Mobile Palliativteams

2 Anbieter haben mobile Palliativteams im Einsatz, die insgesamt 1.300 Personen mit 7.565 Stunden betreuen.

Reinigungsdienst

Ab Pflegstufe 1 können Pflegebedürftige vierteljährig für 3 bis 4 Stunden einen Reinigungsdienst bewilligt bekommen, ebenfalls wird ein Wäschepflegedienst angeboten.

<u>Gesetzliche Grundlagen</u>

- Wiener Pflegegeldgesetz, LGBI. Nr. 42/1993, i.d.g.F.
- Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen LGBI. Nr. 31/2005
- Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG), LGBI. Nr. 11/1973, i.d.g.F
- Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz 15/2005

8.10 Resümee

In einigen Bundesländern Österreichs befindet sich das Netzwerk der Versorgung noch im Ausbau, jedoch sind wichtige Dienste wie eine zentrale Koordinationsstelle in Form von Gesundheits- und Sozialzentren oder Sozialsprengeln flächendeckend tätig. In einigen Bundesländern heben sich folgende Angebote besonders hervor:

- Im Bundesland Salzburg finden sich beispielhaft gut organisierte und durchdachte Angebote bezüglich der Essensversorgung. Der Mittagstisch bietet neben der Mahlzeit eine Möglichkeit der Kommunikation – Kontakte unter den alten Menschen können auf relativ einfache Art und Weise aufrechterhalten werden. Außerdem weist Salzburg die höchste Pflegeplatzdichte aller österreichischen Bundesländer auf.
- Die in der Steiermark eingerichteten Pflegestammtische ermöglichen pflegenden Angehörigen Gespräche mit anderen Betroffenen sowie professionelle Beratung und Unterstützung bei pflegerelevanten Fragen; den Angehörigen Raum für Gespräche zu bieten, halte ich für einen guten Schritt in die richtige Richtung.
- Die Tagesbetreuungsstätten sind in allen Bundesländern (außer Wien) nur schlecht ausgebaut. Die Ursache dafür liegt in den – wie bereits erwähnt – oftmals nicht gegebenen geografischen Bedingungen, die Wohnorte liegen zu weit voneinander entfernt und die tägliche Anreise ist unzumutbar; das größte Problem, das es hier immer wieder zu lösen gilt, liegt in der Transportfrage. Es wird jedoch daran gearbeitet, diesem Problem Abhilfe zu schaffen, indem andere nicht stationäre Einrichtungen verstärkt ausgebaut werden, um auch in ländlichen Gebieten dem Leitsatz „ambulant vor stationär“ mehr Bedeutung beizumessen.

Einen interessanten Aspekt, warum Österreich noch anderen Ländern im Ausbau der mobilen Dienste hinterherhinken könnte, hörte ich in einem geschichtlichen Vortrag über „Pflegende im Nationalsozialismus“.

Zur Zeit des Nationalsozialismus wurden die Gemeindeschwestern (Hauskrankenschwestern), die hauptsächlich am Land tätig waren und – zumindest theoretisch – nur Angehörige der NS-Schwesternschaft sein sollten, verpflichtet, es anzuzeigen, wenn sie irgendwo bei ihren Hausbesuchen behinderte oder an erblichen Krankheiten leidende Kinder oder Erwachsene antrafen. Wie viele Schwestern das tatsächlich getan haben, weiß niemand. Durch die Tatsache, dass die

Hauskrankenschwestern hauptsächlich NS-Schwestern waren und dass die Bevölkerung in ihnen auch teilweise „Spitzel" gesehen haben dürfte, geriet die Hauskrankenpflege in Verruf und stand nach 1945 nicht im Brennpunkt des Interesses.

Es handelt sich hierbei jedoch nur um eine Vermutung, die von MMag. Dr. Ilsemarie Walter im Rahmen einer Festveranstaltung „keine Ausnahme“ anlässlich des zeitgeschichtlichen Gedenkjahres am 05.11.2008 im Festsaal des Alten Rathauses in Wien angestellt wurde, welche jedoch nicht (zumindest bis dato noch nicht) wissenschaftlich belegt ist.

9 Pflegemängel

Groben Mängeln in der Pflegequalität kam man in den Untersuchungen zum Lainzer Skandal auf die Spur: Menschen mit Medikamenten ruhiggestellt, in Netzbetten versperrt, nur dürftig versorgt – unendlich ließe sich diese Liste fortsetzen über Missgriffe, die damals passierten. In der Zwischenzeit ist viel geschehen, man spricht jetzt von Qualitätsmanagement, Professionalisierung, ISO-Zertifizierung und die ehemalige Lainzer Pflegeeinrichtung bekam sogar einen neuen Namen, um die Schreckensgeister von damals ein für allemal zu vertreiben. Die Öffentlichkeit wurde durch die damals passierten Missstände wachgerüttelt und sensibilisiert, auch die Politik erwachte aus ihrem Dornröschenschlaf und legt seither verstärktes Augenmerk auf den Gesundheitssektor und hier vor allem auf die Betreuung von alten Menschen.

Um es erst gar nicht zu einer Wiederholung des Pflegeskandales kommen zu lassen, wurde seit dem Jahr 2001 mit dem § 33a des Bundespflegegeldgesetzes die gesetzliche Grundlage für qualitätssichernde Maßnahmen geschaffen. BezieherInnen des Bundespflegegeldes, welche in häuslicher Umgebung gepflegt werden, wurden im Auftrag des BMSK von qualifizierten diplomierten Pflegefachkräften besucht. Diese Hausbesuche dienten der Bewertung von Pflegesituation und Pflegequalität. Die in der folgenden Tabelle dargestellten Ergebnisse stammen aus solchen 2006 und 2007 durchgeführten Projekten.

Tab. 18: Gesamteindruck Pflegequalität

Sehr gut	10.784	63,52%
Gut	5.949	35,04%
Mangelhaft	225	1,33%
Verwahrlost	18	0,11%
Gesamt	16.976	100,00%

Quelle: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007c

In 98,6% der erhobenen Fälle wurde eine sehr gute bis gute Pflegequalität erhoben, nur bei 18 Fällen trafen die Pflegefachkräfte auf eine schlechte Versorgung. Die Fälle der mangelhaften und verwahrlosten PflegegeldbezieherInnen werden von den Pflegefachkräften an die zuständigen Pensionsversicherungsträger weitergeleitet, diese entscheiden je nach Sachlage. So kann das Pflegegeld bei missbräuchlicher Verwendung teilweise oder zur Gänze durch Sachleistungen ersetzt oder sogar ruhend gestellt werden (vgl. BMSK 2007), um Mängel in der Versorgung zu vermeiden. Mit der Einführung dieser Methode zur Qualitätssicherung ist

ein wichtiger und richtiger Schritt geschehen, der alte Menschen vor Unterversorgung schützen kann. Inwieweit dieses Instrument tatsächlich im Feld angewendet wird, werden Gespräche mit ExpertInnen ergeben.

9.1 Nationales Qualitätszertifikat für Heime (NQZ)

Das Sozialministerium war in den Jahren 2005 bis 2007 eine der Partnerorganisationen im Leonardo da Vinci Pilotprojekt E-Qualin®(European quality improving innovative learning in residential care homes for the elderly), das vom Institut für Bildung im Gesundheitsdienst geleitet wurde.

Eine der Zielsetzungen dieses EU-Projektes war die Entwicklung eines branchenspezifischen Qualitätsmanagement-Systems für Alten- und Pflegeheime, das auf die Steigerung der Zufriedenheit und Lebensqualität von BewohnerInnen, Angehörigen, MitarbeiterInnen und damit allen Beteiligten innerhalb der Altenhilfe abzielt.

Im November 2005 wurden im Rahmen eines internationalen Kongresses in Wien, an dem über 800 Personen aus fünf europäischen Ländern teilnahmen, das E-Qualin®-Modell sowie die praktischen Erfahrungen mit der Einführung des Qualitätsmanagement-Systems E-Qualin® in Alten- und Pflegeheimen vorgestellt.

Das EU-Projekt E-Qualin® trägt der Tatsache Rechnung, dass sich aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen – z.B. eines höheren Lebensstandardes – das Qualitätsempfinden der BewohnerInnen deutlich geändert hat. Zugleich haben konzeptive und kulturelle Entwicklungen in der Altenpflege zu einem neuen Qualitätsverständnis der Heime geführt. Mehr als 10% der Alten- und Pflegeheime in Österreich haben bereits – zum Teil mit Unterstützung der Länder – ein Qualitätsmanagement-System eingeführt, um Arbeitsabläufe zu optimieren und Ressourcen optimal zu nutzen (ISO oder E-Qualin®).

Die Weiterentwicklung der Qualität erfolgt bei QM-Systemen größtenteils auf der Basis von Selbstbeurteilungen.

Das EU-Projekt E-Qualin® sah als weiteren Schwerpunkt die Entwicklung eines Konzeptes für ein nationales Qualitätszertifikat zur Fremdzertifizierung von Alten- und Pflegeheimen vor.

Zur Erarbeitung dieses Konzeptes haben das Sozialressort und der Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der VertreterInnen der Bundesländer, der LänderARGEN der HeimleiterInnen, des Seniorenrates, der Pflegedienstleitungen und Qualitätsmanagement-ExpertInnen mitarbeiten. Die Konzepterstellung für das nationale Qualitätszertifikat – als Teil des EU-Projektes E-Qualin® – wurde im März 2006 abgeschlossen. In der Arbeitsgruppe „Nationales Qualitätszertifikat" wurden die Ergebnisse weiterentwickelt und die konkrete Umsetzung vorbereitet. Den Ausgangspunkt für die Zertifizierung bilden unterschiedliche Qualitäsmanagement-Systeme (E-Qualin®, ISO). In 31 Qualitäts- und Ergebnisfeldern wird neben der Struktur- vor allem die Prozess- und Ergebnisqualität überprüft.

Zentraler Aspekt beim Nationalen Qualitätszertifikat (NQZ) ist die, – selbstverständlich – den gesetzlichen Auflagen zu entsprechen, darüber hinaus aber aus eigenem Antrieb massive Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung gesetzt zu haben (z.B. durch die Einführung eines der drei QM-Systeme). Die Zertifizierung bedeutet die öffentliche Anerkennung für jene Alten- und Pflegeheime, die sich – über die Pflege- und Betreuungsqualität hinaus – im besonderen Maß um die Lebensqualität ihrer BewohnerInnen bemühen.

Im Jahr 2008 wird das Nationale Qualitätszertifikat in einer Pilotphase, an der sich alle Bundesländer und insgesamt 15 Pilothäuser beteiligen, erprobt. Auf dieser Grundlage werden in weiterer Folge Überlegungen für einen Regelbetrieb angestellt. Zielhorizont könnte eine einheitliche oder zumindest vergleichbare Qualität der Alten- und Pflegeheime in Österreich sein (*BMSK* 2007c: 39).

10 Pflegenotstand

Als in den 80er-Jahren InteressensvertreterInnen versuchten, die zuständigen Entscheidungsträger zu alarmieren, kam der Begriff des „Pflegenotstandes“ in aller Munde. Mit diesem Begriff wollte man auf drei Grunddimensionen aufmerksam machen: den Personalmangel, die Qualitätsmängel (in Kapitel 9. bereits beschrieben) und die nicht aufgefangene Unzufriedenheit/Demoralisierung/Überlastung des Personals (vgl. *Krajic* et al. 2005).

Vor allem die übermäßige Belastung durch Unterbesetzung, schlechte Bezahlung, doppelte Belastung (Familie und Beruf), physische Überforderung, ausgelöst durch schwere körperliche Arbeit (Heben und Umlagern der PatientInnen, langes Stehen) Nachtdienste, führen bei Pflegenden immer wieder zu häufigen Krankenständen, gefolgt von einem frühzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf nach einigen Jahren der Berufstätigkeit.

Die Sorge um eine angemessene Pflege, um gute Information der Kranken, aber auch Stress und Enttäuschungen prägen den Pflegealltag. Um die pflegebedürftigen Menschen nicht unnötig warten oder leiden zu lassen, kompensieren und ersetzen viele Pflegende individuell das, was von anderen Berufsgruppen nicht geleistet wird, wodurch die eigenen Aufgaben nur insuffizient erledigt werden können. Neue Enttäuschungen sind die Folge (*Seidl* 1994: 166).

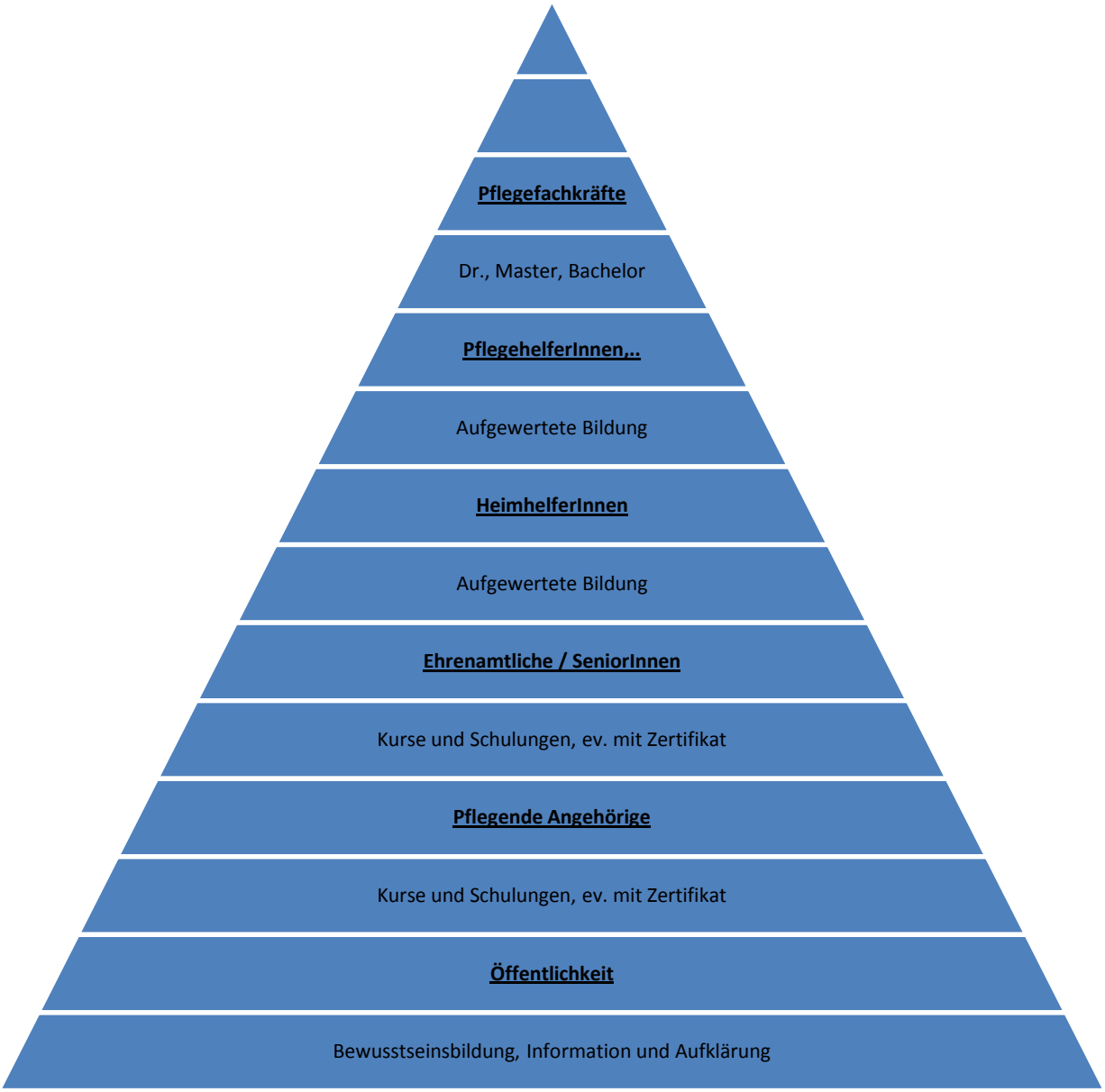
Als präventive Maßnahme könnte die Grundausbildung für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienst auf akademisches Niveau gehoben werden, wie es auch international bereits durchaus üblich ist. Dadurch würden sich neue Perspektiven für diese Berufsgruppe öffnen, zusätzlich wäre die Garantie für den Erwerb der Kompetenzen, die die zukünftigen Herausforderungen der Pflege bringen werden, gegeben. Dies würde freilich nicht dazu führen, die Frage der steigend notwendigen Zahl an pflegenden Personen „am Bett“ tatsächlich zu lösen.

Eine mögliche Lösung erarbeitete Seidl (2006) im Auftrag des österreichischen Seniorenbundes, in welchem sie vorschlägt der Bildung von allen Personen, die in irgendeiner Weise an Pflege und Versorgung betreuungsbedürftiger Menschen beteiligt sind, mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

In erster Linie betrifft dies die professionell Pflegenden, in zweiter Linie diejenigen, die sich ehrenamtlich für pflegerische und Betreuungsaufgaben zur Verfügung stellen, weiteres die pflegenden Angehörigen und im weitesten Sinn die gesamte Bevölkerung.

Die im Folgenden dargestellte Grafik nennt einerseits die betroffenen Personengruppen und andererseits die Bildungswege, die zu beschreiten sind.

Abb. 7: Bildungskonzept für Pflege und Gesundheit der Bevölkerung



Quelle: Seidl (2006)

11 Gesetzliche Grundlagen der Pflege

In Österreich sind laut Angaben des *ÖBIG* (2006) im Arbeitsbereich der professionellen Pflege zwischen 60.000 und 80.000 Pflegende tätig, diese sind in Spitälern, Ambulanzen, Heimen und privaten Haushalten beschäftigt, den berufsrechtlichen Rahmen bildet das GuKG[3] (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).
Die Pflegeberufe zählen in Österreich zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und werden als Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bezeichnet und auf Bundesebene vom Gesundheitsressort des jeweils zuständigen Ministeriums (BMGF) geregelt.

11.1 Gehobener Dienst

Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen gehören der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Pflegehilfe, wobei der gehobene Dienst nach absolvierter Grundausbildung in einer der drei folgenden Disziplinen tätig wird:

- Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (GuK)
- Kinder und Jugendlichenpflege
- Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Zur Assistenz der gehobenen Dienste für GuK wurde der Beruf der Pflegehilfe geschaffen; diese üben ihre Tätigkeit nach Anordnung und unter Aufsicht des gehobenen Dienstes für GuK aus.

Der Beruf der AltenfachbetreuerInnen zählen zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und ist auch kein Gesundheits- und Krankenpflegeberuf, sondern gehört in Österreich zu den Sozialberufen. Er wird an dieser Stelle erwähnt, da die Ausbildung die Berufsberechtigung zur Pflegehilfe nach dem GuKG 1997 beinhaltet.
Zukünftig[4] wird die Ausbildung der AltenfachbetreuerInnen durch eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe gemäß Art. 15a BVG einheitlich auch auf Bundesebene geregelt sein und die Berufsbezeichnung lautet künftig Fach-SozialbetreuerInnen mit dem Schwerpunkt Altenarbeit. Sozialbetreuungsberufe wie

[3] GuKG BGBI. I 1997/108)
[4] Art. 8, Abs. (1) Diese Vereinbarung tritt zwei Monate nach Ablauf des Tages in Kraft, an dem in zumindest fünf Ländern die nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind und beim Bundeskanzleramt die Mitteilungen darüber vorliegen, sowie die nach der Bundesverfassung erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind.

Heimhilfen, Behinderten- und FamilienbetreuerInnen erhalten durch diese Vereinbarung ebenfalls Pflegekompetenzen nach dem GuKG in abgestuftem Ausmaß (*ÖBIG* 2006).

11.1.1 Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche

Das im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (BGBl. I 1997/108) sehr weit gefasste Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege ermöglicht Pflegepersonen, im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration und Rehabilitation unmittelbar und mittelbar tätig zu sein.

Die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeiten.

Der **eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich** (§ 14 des GuKG) umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit der PatientInnen oder KlientInnen sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.

Durch den steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen und dem wachsenden Pflegebedarf gewinnen Art, Quantität und Qualität der gebotenen Pflegeleistungen zunehmend an Bedeutung, wie aus dem umfassenden Aufgabenbereich ersichtlich ist.

Der **mitverantwortliche Tätigkeitsbereich** (§ 15 des GuKG) umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. § 16 des GuKG, der **interdisziplinäre Tätigkeitsbereich,** umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen. Angehörige des gehobenen Dienstes haben das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht und tragen die Verantwortung für die Durchführung der von ihnen in diesem Bereich gesetzten pflegerischen Maßnahmen wie z.B. bei der Verhütung von Krankheiten und Unfällen, der Förderung der Gesundheit und der Vorbereitung auf die Entlassung.

11.1.2 Einsatzbereiche

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen können ihre Dienstleistung in unterschiedlichen Settings anbieten:

- Intramural – Akutversorgung im KH, oder
- Extramural – Alten- und Pflegeheime – Langzeitpflege
  – mobile Hauskrankenpflege

In der folgenden Tabelle sind die Organisationsformen des Krankenhauses, von Alten- und Pflegeheimen und der mobilen Pflege überblicksmäßig dargestellt.

Abb. 8: Organistion der Pflege

Krankenhaus	Alten-/Pflegeheim	Mobile Pflege
Kollegiale Führung	Geschäftsführung/Heimleitung	Geschäftsführung
Pflegedienstleitung	Pflegedienstleitung	Pflegedienstleitung
Oberschwester-/pfleger Stationsschwester-/pfleger	----- Stationsschwester-/pfleger	Bezirksleitung/Regionalleitung Stützpunktschwester-/pfleger
Gehobener Dienst für GuK ----- Pflegehilfe	Gehobener Dienst für GuK Altenfachbetreuerin-/betreuer (AFB) Pflegehilfe	Gehobener Dienst für GuK AFB Pflegehilfe
Stationärer Bereich		**Mobiler Bereich**
Intramuraler Bereich	**Extramuraler Bereich**	

Quelle: ÖBIG 2006

11.2 Pflegehilfe

Das Berufsbild der Pflegehilfe besagt, dass die Pflegehilfe die Betreuung pflegebedürftiger Menschen zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK sowie von Ärzten umfasst.

Die Formulierung signalisiert eher einen Betreuungs- als einen Pflegeberuf, denn es heißt, die Pflegehilfe betreut (und nicht pflegt) pflegebedürftige Menschen. Der Tätigkeitsbereich weist hingegen Pflegebefugnisse aus (*vgl.* ÖBIG 2006).

12 Forschungsmethodik

Um die in Kapitel 1 beschriebenen Fragen zu beantworten, entschied ich mich, ExpertInnen zu befragen. Allgemein lässt sich in Anlehnung an *Vogel* (1995) und im Rückgriff auf die einschlägigen Arbeiten von *Meuser* und *Nagel* (1997) das „explorative“, das „systematisierende“ und das „theoriegenerierende“ ExpertInneninterview unterscheiden.
Für diese Arbeit wurde die Typologie des systematisierenden ExpertInneninterviews gewählt. Diese Form des ExpertInneninterviews zielt auf systematische und lückenlose Informationsgewinnung, wobei ExpertInnen über objektive Tatbestände aufklären und ihre Sicht der Dinge zu Themenausschnitten erläutern (vgl. *Bogner und Menz* 2005).

12.1 Wer gilt als Experte?

Allgemein werden als ExpertInnen Sachverständige, KennerInnen, oder Fachleute bezeichnet, also Personen, die über besondere Wissensbestände verfügen.

Zu ExpertInnen für die WissenschaftlerInnen werden diejenigen, die ihnen mit Blick auf ihr spezifisches Forschungsthema Relevantes beizutragen versprechen.

In einem methodologischen Sinne wäre der ExpertInnenstatus demnach ein je nach Forschungsinteresse (auch) zugeteilter Status von WissenschaftlerInnen, mit anderen Worten: ein situativ-relationaler Status. Treibt man diesen Gedanken auf die Spitze – etwa, indem man InterviewpartnerInnen in einem biographieorientierten Forschungsprojekt als „ExpertInnen ihrer selbst“ bezeichnet –, ist der Begriff der ExpertInnen nicht mehr diskriminierend: Jede oder jeder InterviewpartnerIn ist dann quasi per definitionem „Experte“ bzw. „Expertin“ (*Liebold, Trinczek* 2002: 37).
Personen werden nur dann Adressat von ExpertInneninterviews, wenn begründeterweise angenommen wird, dass sie über Wissen verfügen, „das sie zwar nicht alleine besitzen, das aber doch nicht jedermann bzw. jedefrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (*Meuser, Nagel* 1997: 484).
Es lassen sich drei zentrale Dimensionen des ExpertInnenwissens bestimmen. Erstens das *technische Wissen*, welches sich durch die Herstellbarkeit und Verfügung über Operationen und Regelabläufe, fachspezifische Anwendungsroutinen, bürokratische Kompetenzen usw. charakterisiert. Dieses Wissen ist jener Bereich, wo ein spezifischer Wissensvorsprung

vorliegt, wo sich ExpertInnenenwissen aufgrund der Systematik und inhaltlichen Spezifität vom Alltagswissen unterscheidet. Von diesem lässt sich das *Prozesswissen* abgrenzen, welches sich auf Einsichtnahme und Information über Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen, organisationale Konstellationen sowie vergangene oder aktuelle Ereignisse bezieht, in die ExpertInnen aufgrund ihrer praktischen Tätigkeit direkt involviert sind oder über die sie aufgrund der Nähe zu ihrem persönlichen Handlungsfeld zumindest genauere Kenntnisse besitzen. Dieses Wissen kann mit dem praktischen Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext verglichen werden. Das theoriegenerierende ExpertInneninterview zielt auf die Erhebung von *Deutungswissen*, also jene subjektiven Relevanzen, Regeln und Interpretationen der ExpertInnen, die das Bild vom ExpertInnenwissen als das eines heterogenen Konglomerats nahelegen. Deutungswissen wird erst mittels der Datenerhebung und der Auswertungsprinzipien hergestellt, es existiert als eine interpretationsunabhängige Entität (vgl. *Bogner, Menz* 2002: 43–44).
Daraus lässt sich die Frage ableiten: Wie wird man zur Expertin bzw. zum Experten?

Die Antwort gilt gleichermaßen als Conclusio auf den oben angeführten Diskurs:

Die Forschenden entscheiden, wer dazu gehört – der ExpertInnenstatus wird von den ForscherInnen quasi verliehen.

12.2 Vorstellung der ExpertInnen und deren spezifischer Beitrag zum Thema

Um zu themenrelevanten Ergebnissen zu kommen, wurden – wie bereits in der Einleitung beschrieben – Personen gesucht, von welchen anzunehmen war, dass sie über Wissen und Erfahrung verfügen und sich dazu spezifisch äußern können. Einige InterviewpartnerInnen wurden aufgrund von Empfehlung vorangegangener Interviews ausgewählt, von anderen wiederum war mir bekannt, dass sie aufgrund ihrer Position über relevantes Wissen verfügen.

Im Gegensatz zu anderen Formen des offenen Interviews bildet bei ExpertInneninterviews nicht die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, d.h. die Person mit ihren Orientierungen und Einstellungen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhangs. Der Kontext, um den es hier geht, ist ein organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, der mit dem Lebenszusammenhang der darin agierenden

Personen gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen „Faktor“ darstellen (*Meuser, Nagel* 2005: 72).
Im Folgenden möchte ich die interviewten Personen, ihr Tätigkeitsfeld und die Relevanz zum Thema kurz skizzieren.

Herr Roland Em MSc. ist Bereichsleiter der Hauskrankenpflege der Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH. Die wesentlichen Aufgaben dieses Vereines liegen in der mobilen Pflege und Betreuung von Menschen, sie sind unterstützend tätig, um die Bedürfnisse pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen in den „eigenen vier Wänden“ zu befriedigen. Dort, wo eine Hilfestellung notwendig ist, wird diese durch die entsprechende Profession den Klienten angeboten.
Sein Wissen deckt den Teil der extramuralen Versorgung ab. Ebenfalls sind die Wiener Sozialdienste eine der Hauptinitiatoren auf dem Gebiet der Wohngemeinschaften für ältere Menschen.

Frau Ursula Frohner DGKS ist Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV). Ihre Hauptaufgaben liegen in der Interessensvertretung der zahlenden Mitglieder. Das von ihr vermittelte Wissen zeigt auf, unter welchen Rahmenbedingungen Pflegende ihrer Tätigkeit nachgehen, welche Verbesserungen durch ihre Tätigkeit bereits erfolgt sind und an welchen noch gearbeitet wird.

Frau Mag. Judith Hackl bekleidet das Amt der Pflegedirektorin im Kuratorium der Wiener Pensionisten Wohnhäuser. In dieser Funktion ist sie für 31 Pensionistenwohnhäuser in Wien verantwortlich und liefert einen Beitrag zur intramuralen Versorgung alter Menschen. Das Kuratorium arbeitet derzeit verstärkt an der Errichtung von Wohnbereichen, in welchen alte Menschen von niedrigen Pflegestufen bis in hohe Pflegebedürftigkeit ohne Umzug verbleiben können.

V.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer ist die Leiterin des Institutes für Pflegewissenschaften an der Universität Wien. Sie liefert mit ihren Erfahrungen hinsichtlich Pflegeforschung und aktuellen Forschungsthemen relevante Beiträge.

Dr. Elisabeth Hechl von der Abteilung IV ist zuständig für seniorenpolitische Grundsatzfragen im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Sie

ergänzt aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mein Wissen bezüglich Bildung für ältere Menschen und Sicherheit für ältere Menschen.

Dr. Andreas Khol ist Vizepräsident des Österreichischen Seniorenrates. Der Seniorenrat ist ein Dachverband der großen Senioren- und Pensionistenorganisationen und gewährleistet eine unparteiliche Interessensvertretung der österreichischen SeniorInnen. Die Ergebnisse aus seinem Interview geben Aufschluss über die aktuellen, vom Seniorenrat gemeinsam mit der Politik geführten Debatten und die dazu angedachten Lösungsvorschläge der von Dr. Khol vertretenen Organisation.

Herr Erich Ostermayer stellt sich als Vertreter der Abteilung VI/4 Pflegevorsorge vom BMASK, zuständig für Behindertenversorgung und Sozialhilfeangelegenheiten, als Interviewpartner zur Verfügung. Durch seine Arbeitsschwerpunkte leistet er vor allem Beiträge rund um das Thema des Bundespflegegeldgesetzes.

A.o. Univ.-Prof. Dr. Peter Pietschmann ist Vorstand der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Dieser gemeinnützige wissenschaftliche Verein hat die Förderung von Forschung und Lehre über das Altern und die Verbreitung von geriatrischen und gerontologischen Erkenntnissen zum Ziel.

Frau Mag. Elisabeth Pochobradsky ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im GÖG (Gesundheit Österreich GmbH). Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Projektarbeit mit dem Schwerpunkt auf Alten- und Langzeitbetreuung in Österreich. In Auftragsarbeiten erstellt sie Bedarfs- und Entwicklungspläne zur Versorgung von alten Menschen.

Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl ist Leiterin der Abteilung für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz. Von 2004 bis 2007 war sie Vertragsprofessorin für Pflegewissenschaft an der Universität Wien und ist eine der bekanntesten und engagiertesten Pflegewissenschaftlerinnen in Österreich. Ihr Interviewbeitrag ist durch das Aufzeigen jahrelanger Bemühungen pflegerelevanter Themen für alte Menschen gekennzeichnet.

Frau Charlotte Staudinger ist Generaloberin des Wiener Krankenanstalten Verbundes (KAV), sie leitet den Geschäftsbereich Qualitätsarbeit in diesem Unternehmen, der für Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Gesundheitsförderung und Umweltschutz

zuständig ist. Der Krankenanstalten Verbund ist eine Dachorganisation, in welcher alle öffentlichen Krankenhäuser und alle öffentlichen Geriatriezentren verankert sind. Der Großteil der stationären Versorgung und auch der teilstationären Versorgung im Bereich der Altenpflege wird von diesem Verbund gewährleistet.

Herr Mag. Johannes Wallner ist Präsident des Dachverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs. In jedem österreichischen Bundesland besteht eine dieser Arbeitsgemeinschaften, welche im Dachverband zusammengefasst sind. Neben dieser Funktion ist er in Bundesarbeitskreisen zum Thema Pflegevorsorge tätig. Seine Kollegin, Fr. Gabriele Tupy, welche ebenfalls an dem mit ihm geführten Interview teilnahm, ist zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit im Dachverband.

Herr Peter Mader ist Ombudsmann für Heime und Pflege des Pensionistenverbandes Österreichs (PVÖ). Der PVÖ setzt sich aus 9 Landesorganisationen zusammen und steht den Mitgliedern beratend, begleitend und organisierend bei. Neben dieser Tätigkeit ist er auch einer der Vertreter im Österreichischen Seniorenbund. Sein Beitrag gibt vor allem zum Verständnis aktueller politischer Probleme von pflegebedürftigen Menschen Aufschluss.

Die ExpertInnenbefragung verfolgte das Ziel, drei für die Pflegevorsorge relevante Themenbereiche näher zu erfassen und nach Problemen bzw. Lösungsvorschlägen zu Qualitätsfragen, Strukturfragen und Zukunftsinnovationen systematisch darzustellen. Zudem sollte auch eine Einschätzung der momentanen Situation erfolgen, um in einem weiteren Schritt mögliche Optimierungsvorschläge für pflegebedürftige ÖsterreicherInnen gewinnen zu können.

12.3 Der Interviewleitfaden

Die Arbeit am Interviewleitfaden hilft, sich als kompetenter Gesprächspartner zu präsentieren, ebenfalls hilft der Leitfaden dabei, das Gespräch flüssig zu halten.
Auch ist der locker strukturierte und flexibel einsetzbare Leitfaden bereits Ausdruck erster (theoriegeleiteter) Hypothesen, welche dann mit der sozialen Realität konfrontiert werden (*Kühl, Strodtholz* 2002: 42).

- Der Leitfaden ist als Gedächtnisstütze gedacht!

Nach folgendem Leitfaden wurden alle Interviews geführt:

1) Wo liegen Ihre hauptsächlichen Aufgabenbereiche?
   - Politische Agendensetzung
   - Organisation und Verwaltung
   - Bearbeitung und Begutachtung von Rechtsgrundlagen
   - Innovations- und Gestaltungsarbeit
   - Andere

2) Für welche Region/Bundesland in Österreich sind Sie bzw. ist Ihre Organisation zuständig?

3) Welchen rechtlichen Charakter hat Ihre Institution?

4) In welcher Art leistet Ihre Organisation einen Beitrag zur Versorgung alter Menschen?
   - Sozialpolitische Tätigkeit auf Bundesland- oder Gemeinde- bzw. Bezirksebene
   - Pflege und Betreuung
   - Koordination verschiedener Einrichtungen
   - Forschung
   - Andere

5) Es ist bekannt, dass es in einigen Jahren eine Vielzahl an alten, pflegebedürftigen Menschen geben wird. Welche Maßnahmen haben Sie sich für Ihren Wirkungsbereich bereits überlegt, um diesem Mehraufwand gerecht zu werden?

6) Falls bereits Maßnahmen gesetzt werden: Von wem stammte der Auftrag?

7) Falls bis dato noch keine Maßnahmen gesetzt worden sind: Sind Maßnahmen in Planung?

8) Wer überprüft die Wirksamkeit der Maßnahmen?

9) Was müsste an den gegebenen sozialpolitischen Strukturen verändert werden, um dem Bedarf gerecht zu werden?

10) Hätten Sie die Macht und die Möglichkeit, die zukünftige Situation zu entschärfen, was wären Ihre ersten Maßnahmen?

11) Welche neuen Formen der Versorgung – abseits bereits vorhandener Einrichtungen / Methoden – pflegebedürftiger Menschen würden Ihnen einfallen?

12) Was glauben Sie, wäre bei der Realisierung das größte Problem?

Der Hintergrund, warum gerade diese Fragestellungen gewählt wurden, begründet sich durch die in der Einleitung und an dieser Stelle nochmals aufgezeigten Forschungsfragen.
Wie stellen sich ExpertInnen eine innovative Betreuungsform für schwer pflegebedürftige alte Menschen vor?
Wie schätzen ExpertInnen die derzeitige Situation ein, sind die gesundheits- und sozialpolitischen Bestrebungen, den demografischen Entwicklungen gerecht zu werden, spürbar?
Was muss sich an strukturellen Bedingungen für Pflegende und die Empfänger von Pflege ändern?
Welche Entwicklungen gibt es, um auch MigrantInnen ein ihren Bedürfnissen entsprechendes Altern zu ermöglichen?

Alle vier Schwerpunktthemen wie innovative Betreuungsformen, Bestrebungen zur Lösung der Problematiken hinsichtlich des demografischen Wandels, etwaige Änderungen der strukturellen Bedingungen und Ideen zur bedürfnisgerechten Betreuung pflegebedürftiger MigrantInnen wurden mit oben genannten Fragen abgedeckt.

Meuser und *Nagel* folgend: Der Leitfaden schneidet die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen der ExpertInnen heraus und dient dazu, das Interview auf diese Themen zu fokussieren (*Meuser, Nagel* 2005: 82).

12.4 Von der Datenerhebung zur Auswertung

Im folgenden Abschnitt werden die Schritte der Auswertung nachvollziehbar dargestellt, wobei die Auswertung der gewonnenen Daten nach *Meyring* (2008) und *Bogner* et al. (2005) erfolgte.

1. **Transkription**

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend wortwörtlich transkribiert, wobei auf Sprechpausen, Stimmlagen und andere nonverbale Elemente keine Rücksicht genommen wurde.

2. **Paraphrase**

Als erster Schritt zur Verdichtung des Textes erfolgte die Paraphrasierung nach „Manier des Alltagsverstandes“. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Interviews zu garantieren, war es notwendig, die ersten Paraphrasen am Ende noch einmal durchzumustern (vgl. *Meuser, Nagel* 2005).

3. **Überschriften**

Der nächste Schritt zur Verdichtung des Materials bestand darin, die einzelnen paraphrasierten Passagen mit Überschriften zu versehen, wobei die großen Kategorien aus dem Interviewleitfaden teilweise durch Unterkategorien ergänzt wurden. Dabei wurde textnah vorgegangen und die Terminologie der interviewten Personen aufgegriffen.

4. **Thematischer Vergleich**

In diesem Schritt wurde nach thematisch vergleichbaren Textpassagen gesucht. Die einzelnen Passagen aus den Interviews, in denen ähnliche Themen behandelt werden, wurden zusammengestellt und den Überschriften zugeordnet. Anschließend erfolgte die Zusammenschau, welche teilweise in eigenen Worten und teilweise in der Terminologie der ExpertInnen erfolgte.

5. **Ausblick oder Resümee**

Dieser Schritt bildet den Schlussteil der Arbeit, in welchem grundlegende Probleme nochmals hervorgehoben und Lösungsvorschläge herausgearbeitet wurden.

13 Auswertung

Im folgenden Abschnitt werden die Antworten der Befragten im Status der Synthese wiedergegeben, dabei wurden einzelne Aussagen, die besonders aussagekräftig scheinen, kursiv gesetzt, um ihre thematische Relevanz zu unterstreichen.

13.1 Mindestens so ein gutes Qualitätsmanagement wie in der Fliegerei

Um das Wort Qualität auch für die Pflege bedeutsam zu machen, brauchte es für Österreich erst einige Skandale, die in den Medien für Schlagzeilen sorgten. Sehr ungern werden diese Vorkommnisse von Personen angesprochen, die in der Pflege involviert sind und sehr ängstlich stimmen sie die gepflegten Menschen und deren Angehörige. Neben all der negativen Publicity hatten diese Ereignisse zur Folge, dass dem Wohlergehen von alten und pflegebedürftigen Menschen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die hohe Medienpräsenz dieser Vorfälle führte und führt nach wie vor zu vielen Änderungen und Verbesserungen für alle an der Betreuung von alten Menschen Beteiligten.

„Die Qualität, um Menschen ein menschenwürdiges Leben im Alter zu ermöglichen, steht für mich sowieso außer Diskussion, die muss es einfach geben.“ (Ombudsmann für Pflege und Heime)

Die gesetzliche Verankerung der Qualitätssicherung im Bundespflegegeldgesetz (siehe Kap. 6.1) erlaubt Entscheidungsträgern Überprüfungen in Form von Hausbesuchen. Dies geschieht unter der Prämisse, dass nach Möglichkeit auch Personen, die an der Pflegesituation beteiligt sind, einbezogen werden. Diese Verordnung leistet einen maßgeblichen Beitrag, sofern sie richtig eingesetzt wird, zur Verbesserung der Qualität. Im Jahr 2008 wurden 17.000 solcher Hausbesuche bei Beziehern aus der Sozialversicherung der Bauern durchgeführt, der Schwerpunkt aber lag vor allem in der Information und Beratung der Pflegegeldbezieher und leider weniger in der Kontrolle der Pflegequalität.
Auch stationäre Einrichtungen wie z.B. die Häuser des Kuratoriums der Wiener Pensionistenwohnheime werden jedes Jahr nach festgelegten Qualitätsrichtlinien geprüft. Bestehen Mängel, so werden diese dokumentiert und die Prüfung wiederholt sich nach einiger Zeit wieder. Diese Kontrollen werden von Sachverständigen aus dem Pflegebereich

durchgeführt und umfassen die Durchführung und Planung von Pflegehandlungen sowie die Befolgung von Hygienerichtlinien.
Auch wurde mit der Einführung des Nationalen Qualitätszertifikates für Alten- und Pflegeheime (siehe Kap. 9.1) dem Wunsch nach Vergleichbarkeit Rechnung getragen, da trotz der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG 1993 über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen die Qualität der Alten- und Pflegeheime in Österreich bislang nur schwer vergleichbar war.

„Minister Hundsdorfer hat gesagt: Wir haben mit dem NQZ die österreichische Realverfassung außer Kraft gesetzt. Weil wir Bund und Länder dazu gebracht haben, auf die Bundeslandkrämerei zu vergessen und alles auf einen einheitlichen Standard zu heben." (Dachverband der Alten- und Pflegeheime)

Der Dachverband der Alten- und Pflegeheime übernahm dabei die wichtige Aufgabe der Einrichtung einer Arbeitsgruppe, in welcher Vertreter der Bundesländer, der Seniorenrat und PflegeexpertInnen vertreten sind.

Die Qualität der häuslichen Versorgung ist zwar gesetzlich mit der Qualitätssicherung (§ 33a des Bundespflegegeldgesetzes) geregelt, jedoch bleibt offen, mit welcher Intensität diese Qualitätskontrollen durchgeführt werden. Es gibt aber öffentliche Meldestellen, wie z.B. den Ombudsmann für Pflege, an welche sich Menschen bei Problemen oder Mängeln wenden können, ob dies ausreichend ist, wäre nur durch gezielte Kontrollen und Befragungen erhebbar.

Nicht nur in den Betreuungseinrichtungen für alte und pflegebedürftige Menschen ist die Sicherung der Qualität von großer Bedeutung. Auch der Bereich der wissenschaftlichen Forschung stellt sich mit den Veröffentlichungen von Forschungsergebnissen der Scientific Community. Die in der Forschung tätigen Organisationen verfolgen mit ihren Publikationen einerseits das Ziel einen Beitrag zur wissenschaftlichen Bearbeitung von pflege- und betreuungsrelevanten Problemen zu leisten und andererseits stellen sie auch das erworbene Wissen der breiten Bevölkerung zur Bewusstseinserweiterung zur Verfügung.

„Wir veröffentlichen das auf der Homepage, damit andere sich was abschauen können." (BMASK, Seniorenpolitische Grundsatzfragen)

Es agieren jedoch nicht alle in dieser Weise. Viele in Auftrag gegebenen und mit öffentlichen Geldern finanzierte Projekte werden der Öffentlichkeit nicht zugängig gemacht, ein durchaus problematisches Unterfangen. Auch werden Folgeaufträge zur Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen nur sehr selten in Auftrag gegeben, die Auftraggeber tendieren dazu, Mittel in neue Forschungsarbeiten fließen zu lassen.

Fazit ist, dass Qualitätssicherung in der Pflege und auch bei der Forschung in pflegerelevanten Themenbereichen immer mit hoher Priorität betrieben werden muss.

13.1.1 Pflegerische Fragen gehen über die Fragen der Ärzte hinaus

Aus medizinischer Sicht ist die Forschung für und an alten Menschen noch ein Bereich, der am Anfang steht, da die meisten pharmakologischen Studien an jüngeren Menschen durchgeführt werden, sodass über die Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten an alten Menschen noch vieles unerkannt ist. Sicher ist jedoch, dass durch intensive Grundlagenforschung und angewandte klinische Forschung noch viel gelernt werden kann, um in Zukunft Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

Seit vielen Jahren bemüht sich auch die Pflegewissenschaft, ihren rechtmäßigen Platz in der Forschung rund um den alten Menschen zu festigen. Dass diese Bemühungen aber nicht immer von Erfolg gekrönt sind, liegt daran, dass die dominante medizinische Forschung der Pflege nicht den Stellenwert anerkennt, den sie eigentlich haben sollte. In vielen Ländern arbeiten diese beiden Berufsgruppen produktiv nebeneinander, nicht so jedoch in Österreich, wie sich nur unschwer aus den Interviews erkennen lässt, was auch folgende Aussage auf den Punkt bringt:

„Es kann nicht sein, dass alle Forschungsressourcen in die medizinische Forschung fließen." (ÖGKV)

Die Forderung der Pflege nach mehr Ressourcen hat, wenn den demografischen Entwicklungen geglaubt werden darf, durchaus ihre Berechtigung. Forschung in der Pflegewissenschaft findet statt, sie ist sogar im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gesetzlich verankert.

„Es ist ein Kampf, zu Forschungsaufträgen zu kommen, aber er wird gar nicht geführt, wenn Pflegepersonen sehen würden – wir sind etwa 70.000 in ganz Österreich – dass Pflegeforschung in unserer eigenen Aufgabe enthalten ist, ja vom Gesetz vorgeschrieben ist." (ÖGKV)

Folgt man dieser Ausführung, so liegt die Frage nahe: Warum wird dann so wenig geforscht? Eine mögliche Erklärung lässt sich in der oftmals noch unzureichenden Befähigung von Pflegenden finden, die Forschung durchführen sollten. Für Wissenschaftscoaching fehlt Geld und vor allem auch das Verständnis und vielfach spielt auch der Zeitmangel, dem diese Berufsgruppe ausgesetzt ist, eine bedeutende Rolle.
Die öffentlichen Fördertöpfe, die es gibt und aus denen geschöpft werden kann, werden bevorzugt für medizinische Studien geleert.
Wie bereits in der Überschrift dieses Kapitels angedeutet, gehen die pflegerischen Fragen über die der Medizin hinaus, Pflegende fragen nicht nur, ob die Medikamente gut vertragen werden, sondern auch Fragestellungen, wie die Menschen das überhaupt schaffen, – wenn sie alleine leben – werden thematisiert. Auch die Zunahme der altersbedingten Demenzen eröffnet ein weites Feld an Fragestellungen. Der Betreuungsaufwand und die Belastungen, die daraus resultieren, werden von den Angehörigen oftmals als große Bürde wahrgenommen. Daraus lässt sich nur unschwer erkennen, dass die pflegewissenschaftliche Betrachtungsweise neue Fragen aufwirft, vor allem dadurch, da sie den Menschen mitsamt seinem Umfeld wahrnimmt. Dies ist eine Perspektive, die den in der Medizin tätigen Menschen völlig fremd ist, sich aber für den Betroffenen und seine Familie als sehr bedeutungsvoll darstellt.

Durch eine der pflegewissenschaftlichen Grundlagenarbeiten kam man zu der Erkenntnis, dass Bildung Pflegebedürftigkeit verzögern kann. Bildung wird hierbei nicht in dem Sinne von „Latein für Fortgeschrittene" verstanden, sondern Bildung bedeutet in diesem Kontext, sich besser informieren zu können, zu wissen, wohin man geht, wenn psychische und physchische Probleme auftreten, zu wissen, zu welchen Ärzten man gehen kann und auch welche Dienste es gibt, um die Belastungen zu minimieren. Arbeiten dieser Art tragen dazu bei, das Verständnis der am Pflegeprozess teilhabenden Menschen zu sensibilisieren. So schlägt eine Interviewpartnerin vor:

„Forschung und Bildung, damit die Bevölkerung lernt die jetzige Last der Alten positiv zu bewältigen." (ÖGKV)

Diese Aussage schließt sich der von Seidl (in Kapitel 10) gestellten Forderung an, in welchem sie ein umfassendes Bildungskonzept für alle an der Versorgung betreuungsbedürftiger Menschen Beteiligten fordert. Eine möglichst breit angelegte Förderung aller an der Versorgung von alten Menschen Beteiligten könnte das Pflegepotenzial unserer Gesellschaft erhöhen. Auch können solche Projekte, wie bereits im Bundespflegegeldgesetz (§ 33c) festgelegt ist, Förderungen erfahren.
Komplexe Überlegungen dieser Art stammen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft.
Erschwerend dazu kommt der seit längerem geführte Kampf der Einführung eines ordentlichen Studiums an der Wiener Universität. Während in den Bundesländern Bemühungen diesbezüglich von Erfolg gekrönt sind, setzt sich der Diskurs in der Bundeshauptstadt fort. Auf die dringend notwendige zusätzliche Ausbildung von diplomierten Pflegekräften und interessierten Menschen zeigt sich kaum eine Reaktion. Der erste Lehrstuhl an der Uni Wien war nur dank einer Stiftungsprofessur möglich, die Fortsetzung wurde erschwert durch den starken Andrang auf die Studienplätze. Man sollte meinen, dass das große Interesse schon die Mittel heiligen sollte, welche notwendig wären. Auch die medizinische Fakultät tat einen Schritt nach vorne, um sich die Pflege wieder untertan zu machen, indem sie das Studium unter ihrer Leitung ermöglichen wollte.

„Wir haben viel zu wenig Lehrkanzeln und die Vereinnahmung von der Pflege durch die medizinische Fakultät ist auch eine schwierige und fehlgeleitete Entwicklung.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Aussagen dieser Art kommen auch von primär berufsfremden Personen, die aber den nötigen Weitblick besitzen, um diese Entwicklungen mit Interesse und Sorge zu beobachten.

13.2 Wenn Strukturen und Rahmenbedingungen nicht passen, dann kann eine Vielzahl von Menschen die Hilfeleistung nicht erfahren

Die in Österreich geltende Regelung, dass das Gesundheitsthema grundsätzlich Ländersache ist, lässt eine Vergleichbarkeit nur schwer zu. Dieser Fakt löst auch in den geführten Interviews immer wieder Unverständnis aus.

„Transparenz der Systeme, Gleichbehandlung vom Bürger Vorarlbergs zu Wien – was und wie viel bezahlt die Kassa." (Universität Wien, Pflegewissenschaft)
Oder:
„Da melde ich mich in Niederösterreich an und bekomme was anderes wie in Wien und umgekehrt." (GÖG)

Bis vor Kurzem war es für Sozialhilfeempfänger (siehe Kapitel 5.1) nicht möglich, ihre Leistungen von einem Bundesland ins andere mitzunehmen. Für Familien stellte dies ein fast unüberbrückbares Hindernis dar, wenn zum Beispiel die Tochter ihre Mutter von Tirol nach Wien holen wollte, um sie in der Nähe ihres Wohnortes besser versorgen zu können.

„Wir leben in einem vereinten Europa, wir haben freien Personen- und Reiseverkehr, aber wenn ein älterer Mensch von einem Bundesland in das andere will, dann sperrt es sich – das ist nicht human." (Ombudsmann für Pflege und Heime)

Eigentlich sollte man meinen, dass Bestrebungen von Familienangehörigen in dieser Richtung vom Staat unbedingt unterstützt werden sollten, wenn es um den Empfang von Leistungen aus der Sozialhilfe geht. Da, wie bekannt, ein Großteil der Pflegeleistungen von Angehörigen übernommen wird, ist es verwunderlich, dass sich solche künstlich aufrechterhaltenen Grenzen nur so schwer durchbrechen lassen.
Neben der Transferierung von Bezügen von einem Bundesland in das andere ist auch die personelle Besetzung in den Pflegeberufen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausgelastet.

„Wir haben enorme Unterschiede in der Personalausstattung von Bundesland zu Bundesland, wir haben in Wien die beste – im Bereich Pflege- und Betreuungspersonal doppelt so viele

Mitarbeiter wie in anderen Bundesländern – da kann man anderes leisten.“ (Dachverband der Alten- und Pflegeheime)

Vor allem in den Städten wird der intramuralen Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen eine große Rolle zugeschrieben, während in ländlichen Gebieten die Familie eher dazu tendiert, Betreuung krankenhausfern zu leisten.
Zwar ist die Attraktivität des Pflegeberufes nicht unmittelbar mit strukturellen Gegebenheiten verknüpft, doch haben verstrickte gesundheitspolitische Entscheidungen sehr wohl zu der nun herrschenden Situation ihren Beitrag geleistet.

„Generell möchte ich sagen ist unser Gesundheitssystem in eine Schieflage gekommen, die besten Kräfte, diplomierte Pflegepersonen, sind in der Akutversorgung, das müsste man reduzieren – massiv, ich würde die Hälfte all dieser Pflegepersonen aus dem Krankenhaus herausnehmen und sie mit Sekretärinnen und Ärzten ersetzen. Sie gezielt mit Zusatzkenntnissen in der häuslichen Versorgung, in der Gemeindeversorgung einsetzen, dann kämen wir ins Lot.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Diese Aussage verdeutlicht nach wie vor die priorisierte Stellung der Akutkrankenhäuser und den noch immer etwas vernachlässigten Bereich der Langzeitbetreuung. Um diesem Umstand entgegenzuwirken, hat sich der Krankenanstaltenverbund mit dem Strukturkonzept „Geriatrie Neu“ zum Ziel gesetzt, dem regionalen Versorgungscharakter der Geriatrie besser gerecht zu werden. Es geht einerseits darum, regionale Einrichtungen zu schaffen und andererseits den baulichen Standard zu heben. Das Ziel dieser Bemühungen sind kleinere Einheiten mit einer dementsprechenden Infrastruktur für moderne Pflegekonzepte. Es geht vor allem darum, nicht mehr den Krankenhauscharakter im Pflegeheim zu haben, sondern die Ausstattung der Einrichtungen so zu gestalten, dass Bewohner nach dem Normalitätsprinzip leben können.

„Ich glaube, dass wir sehr gute Versorgungsinstrumente in der Stadt haben, dass aber alle Maßnahmen die in den vergangenen Jahrzehnten gesetzt wurden, eher auf das stationäre Setting ausgerichtet waren und sind, das ist eine traditionelle Wiener Geschichte.“ (KAV)

Im ambulanten Sektor geht es um den Ausbau der tagesklinischen Versorgungsmöglichkeiten sowohl im städtischen wie auch im ländlichen Bereich, aber auch um eine regional gut ausgebaute Pflege zu Hause. Hier sind es Plattformen, die nötig wären, um neben der

qualitativen Gewährleistung auch eine Steuerungsfunktion übernehmen zu können. In weiterer Folge wird ein Bedarf vom Klienten angemeldet und ein multiprofessionelles Team entscheidet, welche Leistungen gebraucht werden und wo diese zu finden sind.

„Es braucht so eine Drehscheibe, wenn das gut organisiert sein soll, und nicht im Gießkannenprinzip die Leistungen verteilen." (KAV)

Der Schwerpunkt sollte hierbei nicht in der Neuentwicklung von Einrichtungen und Angeboten liegen, sondern auf der Optimierung und Anpassung der bereits vorhandenen Strukturen.
Die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Stadtplanung würde sich hier als nachhaltig sinnvoll erweisen. Der Zuzug von jungen Familien in den Nordosten von Wien zum Beispiel macht es notwendig, sich bereits jetzt schon mit dem Gedanken auseinanderzusetzen, dass in einigen Jahren auch dort vermehrt Betreuungsmöglichkeiten für alte Menschen entstehen müssen.

„Wichtig ist, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um den Ansprüchen des steigenden Bedarfes zum einen, aber auch zur Bedürfnisbefriedigung der Klienten sicherzustellen." (GÖG)

Die demografische Entwicklung ist eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem für die Zukunft. Mit dem Wissen, dass wir immer älter werden und dass dadurch das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ansteigt, sollte verstärkt an einer Anpassung der Rahmenbedingungen für die pflegebedürftigen Menschen gearbeitet werden.

„Wir beobachten diese Entwicklungen, auch die Zuwachsraten, die wir an Pflegegeldbeziehern haben, und versuchen das System zu justieren." (BMASK / Pflegevorsorge)

Immer wieder fordern politische Organisationen Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und deren Betreuungspersonen in Form von Vergünstigungen oder finanziellen Zuschüssen, die Entscheidungen ziehen sich jedoch über viele Monate, oftmals sogar Jahre hin. Diese zähen Verhandlungen werden von der Öffentlichkeit mit ängstlichen Gefühlen verfolgt, trifft es doch früher oder später fast alle.

Die Prognosen, die zum Teil bis in das Jahr 2050 reichen, sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da stark anzunehmen ist, dass medizinische Entwicklungen die Pflegebedürftigkeit dämpfen werden. Der Dank gebührt dem guten sozialen und medizinischen Versorgungsnetzwerk in Österreich, welches sich aber immer noch vermehrt um die Erhaltung der Produktivität ihrer Bürger kümmert als um die Sorge um jene, die bereits jenseits ihrer Leistungsgrenze liegen.
Zu keiner Zeit in der Geschichte waren die Menschen so gut versorgt wie jetzt, so gesund, so mobil und so produktiv wie jetzt – die Berücksichtigung dieser Fakten ist unbedingt einzuhalten.

„Entdramatisieren und entpaniken, all die Unglückspropheten leben davon." (Seniorenrat)

Zu den angesprochenen Unglückspropheten zählen vor allem die Anbieter privater Pflegevorsorge, die in den Jahren 2006 und 2007 eine zusätzliche Absicherung stark propagiert haben. Herausgestellt hat sich in der Zwischenzeit jedoch, dass sich das nicht realisieren lassen wird, da viele Menschen nicht die notwendigen Mittel erübrigen können, sich über das geforderte Mindestmaß hinaus zu versichern. Folgender letzter Satz eignet sich hervorragend, um die Meinung meiner InterviewpartnerInnen zu unterstreichen.

„Ich halte nichts von privater Pflegevorsorge, das ist öffentlich. Ich finde, dass es eine unbestrittene soziale Verantwortung der Solidarität einer Gesellschaft ist." (Ombudsmann für Pflege und Heime)

13.2.1 Aber wo werden wir die Mittel hernehmen?

„Es geht um 1,5 Mio. Menschen in Österreich, die alt sind und die mit gutem Recht erwarten, dass die wirtschaftliche Grundlage gesichert ist, dass sie ihr Alter in Würde verbringen können. Für mich heißt Altern in Würde, dass vor allem die finanziellen Rahmenbedingungen gesichert sind." (Ombudsmann für Pflege und Heime)

Wie fast alle staatlich finanzierten Bereiche betreffend, so ist auch die Bereitstellung von ausreichenden Mittel für die Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen schon seit längerer Zeit problematisch. Die Krankenkassen werden von den Medien als „kranke Kassen" bezeichnet und stehen mit ihren finanziellen Problemen immer wieder in den

Medien. Forderungen, zusätzliche Steuern einzuführen, um so das Budget für Pflege und Betreuung aufzustocken, lösen nicht bei allen politischen Parteien Beifall aus.
Besucht man ein Akutkrankenhaus, so wird der Eindruck der knappen Geldmittel nicht vermittelt, hingegen äußern Pflegekräfte aus der Hauskrankenpflege Verzweiflung, wenn sie sich täglich mit den knappen Ressourcen konfrontiert sehen.

„Es ist ein Faktum, dass wir sehr knappe Ressourcen zur Verfügung haben, ich kenn das aus der Pflege in den stationären Einrichtungen versus der Pflege in häuslichem Setting, die Krankenkassen und Spitäler jammern, dass sie zu wenig Geld haben, die schöpfen nach wie vor aus dem Vollen.“ (Dachverband für Alten- und Pflegeheime)

Tritt der prognostizierte Zustand ein, dass den Menschen zukünftig in der Pension weniger Geld zur Verfügung stehen wird, so werden viele die Taktik verfolgen, schon während ihres Berufslebens Mittel einzusparen, um in höheren Altersstufen daraus profitieren zu können. Auswirkungen wird dies auch auf die jüngere Generation haben, denn wenn die Eltern für ihren Ruhestand vorsorgen, schmälern sich dadurch die finanziellen Mittel der Jungen.
Gute Pflege kostet immer mehr Geld, dadurch beginnen die alten Menschen immer stärker ihre wirtschaftliche Potenz in die Vorsorge für zukünftiges Altern zu geben, was bedeutet, dass die Mittelzufuhr von Alt zu Jung abnimmt.

„Es gibt Schätzungen, aber ich würde sagen, dass etwa 30 bis 35% des Reichtums – damit meine ich nicht unendlich viel Geld, sondern Wohnung, Ausbildung und Auto – von den Alten finanziert wurde, das wird gerne vergessen. Es heißt immer, die Alten werden den Jungen zu viel Geld kosten, es ist darauf hinzuweisen, dass Alte auch Junge finanzieren.“ (Seniorenrat)

Wenn die Unterstützungsleistungen der älteren Menschen abnehmen, entstehen neue Spannungsfelder zwischen den Generationen.

13.3 Innovationen der Betreuungsformen werden nötig sein

Vor allem um den künftigen Bedarf zu decken, werden dem Einfallsreichtum von Pflegeanbietern und Entscheidungsträgern keine Grenzen gesetzt. An modernen computerunterstützten Technologien wird gearbeitet, diese haben das Ziel, der Einsamkeit alter Menschen entgegenzuwirken. Das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und

Technologie fördert Forschungsprojekte in dieser Richtung. Mit der Hilfe von möglichst einfach zu bedienenden Medien sollen erste Ängste abgebaut werden. In weiterer Folge wird die webbasierte Kommunikation mit den Angehörigen, Freunden oder Bekannten auch für nicht mehr so mobile Menschen nutzbar gemacht. In diesen „neuen Medien“ steckt sicher viel Potenzial, aber alle Projekte in dieser Richtung stecken noch in der Entwicklungsphase. Ambient Assisted Living (AAL) nennen sich solche internationalen Forschungsprogramme, deren Ziel ist, älteren Menschen so lange wie möglich ein unabhängiges, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen.
Ein Grundproblem bei all diesen Forschungsprojekten ist es, geeignete und aussagekräftige Testpersonengruppen zu finden. Die Generation, die bereits mit dem Computer vertraut ist, lässt sich aufgrund ihres noch zu niedrigen Alters nicht als geeignete Testpersonen akquirieren. Sie sehen sich vor allem noch nicht mit Abhängigkeit und mangelnden sozialen Kontakten konfrontiert. Hingegen hat die eigentliche Zielgruppe, die Menschen, die über 80 sind, Berührungsängste und sehen sich selbst als zu alt und zu unsicher, um sich damit noch auseinandersetzen wollen.

In erster Linie geht es vor allem darum, die Anforderungen an die verschiedenen Kommunikationsmedien zu erheben. Da Jüngere noch gar nicht wissen wie es ist, alt zu sein und mit Bewegungseinschränkungen leben zu müssen, können sie aus ihrer Verständnislosigkeit heraus diese Anforderungen an die Technik erst einmal gar nicht stellen.
Eine wesentliche Aufgabe in der Begleitung dieser Projekte fällt der Pflegewissenschaft zu, die sich vor allem um die Userperspektive kümmert, also die Sichtweise des alten Menschen, damit einfache Mängel, die von Technikern nicht bemerkt werden, in der Entwicklung berücksichtigt werden können.

„Sonst haben wir die zugehäkelten Monitore, weil die Leute Angst haben und nicht beobachtet werden wollen.“ (BMASK Seniorenpolitische Grundsatzfragen)

Es gibt Forschungsprojekte, die bereits abgeschlossen sind, dabei handelt es sich aber nicht primär darum, der Einsamkeit entgegenzuwirken, sondern um die Möglichkeit, durch technische Adaptierung in den Wohnungen der älteren Menschen einen Umzug in eine Altenwohneinrichtung hinauszuzögern.
Sensoren werden an verschiedenen Einrichtungsgegenständen angebracht und alarmieren bei unsachgemäßer Benutzung die Betreuungsperson; hier gilt es aber, noch kostengünstige

Produkte auf den Markt zu bringen. Auch sind die ethischen Fragestellungen, welche sich bereits in der Entwicklungsphase ergeben, zu bedenken, denn die Autonomie der älteren Menschen darf nicht durch moderne Technologien gefährdet werden.

Dem primären Problem, nämlich der pflegerischen Versorgung von alten Menschen, werden computerbasierte Medien keine Abhilfe schaffen können. Hier sind es alternative Wohn- und Betreuungsformen, die es gilt, auszubauen und für alte Menschen attraktiv zu gestalten.

13.4 Sie müssen ja nicht, manche wollen das

„Jetzt sind sie noch ein hohes Potenzial an Ressourcen, weil sie die Pflege gerne machen (...), obwohl wir schon von Institutionen hören: Die Überlastung hat negative Folgen, diese Ressourcen nehmen ab, das wissen wir, weil die Menschen, die pflege,n älter werden, weil die jungen Frauen durch ihre Berufstätigkeit das nicht mehr übernehmen können, diese Ressourcen müssen wie Goldschätze gehütet werden." (Univ. Linz Pflegeforschung)

Dem Stellenwert, den Angehörige in der Pflege und Betreuung ihrer Familienmitglieder einnehmen wird noch nicht sehr lange Bedeutung beigemessen. Bis vor einigen Jahren gab es kaum Unterstützung für diese Personengruppe. In dem Moment, in dem der Staat davon ausgeht, dass die Hauptlast der Pflege von Angehörigen übernommen wird, müsste er ausreichend Möglichkeiten schaffen, die zu einer Entlastung derselben führen kann. Eine sich bereits in Umsetzung befindliche Verbesserung geschah sicherlich mit der Einführung der begünstigten Selbstversicherung und begünstigten Weiterversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger, wie bereits in Kap. 2.5 ausführlich beschrieben wurde.

Die hohen Scheidungsraten und das Auflösen der klassischen Familienstrukturen bringen mit sich, dass derzeit viel mehr Frauen einer Erwerbstätigkeit nachgehen als noch vor 30 und mehr Jahren. Wenn Frauen bislang auch im Alter eine unabhängige Absicherung erreichen wollten, so mussten sie ihr ganzes Leben arbeiten und pflegerische Aufgaben konnten nur unter schwierigen Bedingungen geleistet werden.
Passen jedoch die Strukturen und die Angehörigen sind bereit, sich um ihre alten Familienmitglieder zu kümmern, so kann sich der Staat trotzdem nicht der Verantwortung entziehen, nach zusätzlichen Entlastungsmaßnahmen zu suchen. Überlastungen von Angehörigen können im äußersten Fall zum Suizid führen, da Überforderung Menschen in die

Enge treiben kann, sodass kein anderer Ausweg mehr gesehen wird. Würden Angehörige keinerlei Pflege mehr übernehmen, so wären die Auswirkungen unvorstellbar und kaum mehr zu bewältigen. Deshalb sind die Menschen, die so viel von der Last der Staatsschultern abnehmen, mit allen nur erdenklichen Mitteln zu unterstützen.

„Da gibt es dramatische Überlastungen von Menschen, meist Frauen, da muss man helfen." (Univ. Linz Pflegeforschung)

Vielerorts entstehen Einrichtungen, die zu dieser Entlastung einen wesentlichen Beitrag leisten können. Informationsdefizit, Mangel an finanziellen Ressourcen und Auslastung der Einrichtungen sind nur einige der Hindernisse, warum solche Einrichtungen oftmals nicht genützt werden.

„Multidisziplinäre Pflegeberatung vor Ort, mit einer Komm- und einer Gehstruktur, die Leute sollen kommen können, um sich auszureden, wenn sie Unterstützung brauchen, aber sie können auch Hilfe anfordern, wenn sie ihre Lieben nicht alleine lassen können, von dort muss alles geplant werden." (Univ. Linz Pflegeforschung)

Als zukünftige Aufgabe gilt es, diese Einrichtungen zu schaffen, um eine effizientere Struktur zu ermöglichen. Eine Expertin schlug bereits vor einiger Zeit vor, 200 wohnortnahe Beratungszentren als Pilotprojekte einzurichten, tatsächlich wurden drei realisiert.
Pflegestammtische, Angehörigengruppen und Selbsthilfegruppen entstehen aus Eigeninitiativen betroffener Personen und können in einigen Fällen helfen Belastungen, resultierend aus der Pflege, zu mindern. Auch große Anbieter von Pflegeleistungen bieten solche Austauschmöglichkeiten an, wurden aber in der Vergangenheit nur selten in Anspruch genommen, sodass ihr Weiterbestehen ungewiss ist. Die Zeit, die aufgewendet werden muss, um einen stark pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Umgebung zu versorgen, lässt es oft nicht zu, dass solche Veranstaltungen besucht werden können. Zu Beginn der Pflegeübernahme – wenn die Betreuungsintensität noch nicht so hoch ist – glauben viele die Last alleine tragen zu können. Wenn der Betreuungsaufwand dann doch stetig wächst, besteht keine Möglichkeit mehr, den Angehörigen alleine zu lassen.

„Es braucht für die Angehörigen viel mehr Urlaubsmöglichkeiten mit ihren Lieben, ohne ihre lieben Menschen, je nachdem, wie sie es brauchen – eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten, damit sie ihre Freude an der Pflege bewahren.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Anzunehmen, dass auch in Zukunft die Familie nach wie vor viel Pflege abfangen wird, gleicht einem Verschließen der Augen. Sicher ist, dass es noch einige Zeit dauern wird, bis diese Strukturen gewachsen sind und sich in den Gemeinden etabliert haben. Verbesserungen in der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung pflegender Angehöriger sind sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung, aber noch viele weitere Schritte sind notwendig, um auch wirklich ausreichende Möglichkeiten anbieten zu können, damit sich die Länder der Verantwortung entziehen können.
Selbst die Bewältigung der Scham, andere um Hilfe bitten zu müssen, weil man an der Belastungsgrenze steht, kostet viele Ehepartner und Angehörige große Überwindung.

„Der Gepflegte wird eh von zwei Ärzten betreut und auf den Angehörigen schaut man nicht, gerade wenn die schon älter sind, ist die Frage, ob sie das körperlich unbeschadet schaffen.“ (ÖGKV)

Um dieser Aussage Folge zu leisten, wäre es an der Zeit, ausreichend Möglichkeiten zu schaffen, um Urlaub von der Pflege rasch und unbürokratisch möglich werden zu lassen. Die Belastung wächst stetig und plötzlich ist es zu viel, vor allem bei der Pflege von Bettlägerigen ist irgendwann der Punkt erreicht, wo es körperlich nicht mehr ohne Hilfe geht. Einer meiner Interviewpartner erzählte von einer Pflegeeinrichtung in Tirol, die neben stationärer Pflege eine Minipflegeakademie beherbergt. In dieser können pflegende Angehörige pflegerische Kompetenzen in Form von Schulungen erwerben, denn nur gezieltes Anbieten von Entlastungsmaßnahmen kann dazu beitragen die Last, die pflegende Angehörige zu tragen haben, zu relativieren.

Einige der Entlastungs- und Unterstützungsmaßnahmen könnten z.B. auch von gut ausgebildeten ehrenamtlichen Helfern kommen, die zunehmend auch in Österreich ihre Hilfe anbieten.

13.4.1 Initiativen bis hin zur Einbindung von freiwilligen Menschen

Bereits seit einiger Zeit ist man auch in Österreich auf das mögliche Potenzial, welches in der Einbindung von ehrenamtlichen Helfern liegt, aufmerksam geworden. Was in einigen anglikanischen Ländern schon seit Langem der Fall ist, gewinnt zunehmend auch hierorts an Bedeutung.

Als die Politik vor einigen Jahren darauf aufmerksam geworden ist, dass die alten Menschen ganz „plötzlich und unerwartet“ mehr geworden sind, war sie der Meinung, dass die Versorgung dieser doch in der Verantwortung jedes Einzelnen liegt. Die Übernahme der sozialen Verantwortung sollte nicht nur darin liegen, dass ein steuerlicher Beitrag zu leisten ist, sondern auch in der Einbringung persönlicher Humanressourcen. Die Österreicher als Nutznießer eines guten Sozialsystems wurden dazu aufgerufen, vermehrt ehrenamtliche Tätigkeiten aufzunehmen.

Lange Zeit jedoch wurden freiwillige Helfer vor allem im Pflegebereich abgewiesen, da die Pflege es als nur ihre Kompetenz gesehen hat, Pflegehandlungen durchzuführen. Mittlerweile hat auch die Pflege eingesehen, dass in der Einbeziehung von ehrenamtlichen Helfern großes Potential schlummert, das nur darauf wartet, sich in die Betreuung von alten Menschen einzubringen.

Durch vielerlei Faktoren ist es vielen Menschen möglich, nach Beendigung ihrer Berufslaufbahn noch viele Jahre ein produktives Leben zu führen und die Erkenntnis, dass sie nach jahrelanger Berufstätigkeit in der Lage sind, endlich sinnvoll ihr Sozialkapital einbringen zu können, erfüllt viele mit neuer Energie.

„Es gibt ein Leben nach dem Berufsleben und das soll man sich genau überlegen und vorbereiten und weggehen vom Begriff des Ruhestandes. Denn wenn der Ruhestand ein Ruhestand ist, dann ist er bald ein Sterbestand. Der Ruhestand muss ein Unruhestand sein.“ (Seniorenrat)

Große Organisationen wie das Rote Kreuz haben diesen Wunsch schon vor einiger Zeit erkannt und sich überlegt, wie Freiwilligenarbeit bedarfsdeckend organisiert werden kann. Unterstützt wurden und werden solche Projekte auch von Seiten der Politik, dabei werden Überlegungen angestellt, wie man Freiwillige entsprechend ihren Möglichkeiten sinnvoll und zielführend einsetzen kann. Ziel soll dabei freilich nicht sein, dass Pensionisten kostengünstig Tätigkeiten übernehmen, sondern vorrangig geht es darum, die Bewusstseinsförderung vieler

älterer Menschen anzuregen, dass auch sie noch für die Gesellschaft ein großes Potenzial bergen.
Das zunehmende ehrenamtliche Engagement und die Konsulententätigkeit älterer Menschen in Firmen und Vereinen bringen auch mit sich, dass sich viele Menschen in ihrer Arbeitswelt bereits von älteren Menschen umgeben sehen, deren Wissen schätzen und von ihrer Erfahrung profitieren können.

13.5 Wenn es notwendig wird, dass man nach ihnen schaut

Leider ist es oft noch so, dass sich Menschen viel zu spät damit auseinandersetzen, in welcher Umgebung sie die letzten Jahre ihres Lebens verbringen wollen; täten sie es früher und mit mehr Bedacht, so wären die Möglichkeiten fast unbegrenzt.
Selbst organisierte Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen, Pensionistenheime und private Pflege zu Hause sind nur einige der Angebote, die wahrgenommen werden können. Diese Auswahl treffen in vielen Fällen die Betroffenen selbst oder dann, wenn sie nicht mehr in der Lage dazu sind, ihre Angehörigen. Dass die Möglichkeiten dann nicht mehr allzu breit gefächert sind, lässt sich leicht nachvollziehen.
Es gibt aber zunehmend mehr wissenschaftliche Arbeiten, in denen man sich mit den Wunschvorstellungen der alten Menschen vertraut macht. Das bedeutet aber nicht, dass diesen Vorstellungen auch tatsächlich entsprochen wird.
Nicht verwunderlich sind die daraus gewonnenen Erkenntnisse, nämlich dass viele Menschen auch in hohem Alter in ihrer eigenen Wohnung versorgt werden wollen.

„Die Menschen, das wird sich nicht ändern, wollen, wenn sie alt werden, zu 90% zu Hause alt werden und auch zu Hause sterben.“ (Seniorenrat)

Anbieter von mobiler Betreuung sind zunehmend bestrebt diese Wünsche zu unterstützen.
Damit eröffnet sich ein relativ neues Feld der Betreuung, einerseits sind es Wohngemeinschaften für alte Menschen und andererseits sind es Altenheime, die Pflege und Betreuung bis in hohe Pflegestufen ermöglichen.
Immer mehr organisieren sich Wohngruppen oder Wohngemeinschaften von alten und immer öfters auch von dementen Menschen. Die Prognosen über den Erfolg und die Sinnhaftigkeit solcher Einrichtungen werden von ExpertInnen unterschiedlich bewertet. Einige sehen den

Erfolg in der Auswahl der BewohnerInnen begründet, die auch für Demente als bedürfnisgerechte Wohnform gesehen wird.

„Wir werden sie im gemeinsamen Assessment mit den Sozialarbeitern, Psychologen, dem Arzt und den Angehörigen und den Bewohnern selber auswählen, denn ich glaube nicht, dass jeder für eine Wohngruppe geeignet ist, aber viele sind es und wir haben gute Erfahrungen am Mühlengrund damit." (Pflegedirektorin)

Auch für demente Menschen wird diese Form des Zusammenlebens als bedürfnisgerechte Wohnform gesehen und durchaus als zukunftsträchtig bewertet.
Die negativen Ereignisse, die eine Wohngemeinschaft betreffen können sind bei ihrer Errichtung nicht außer Acht zu lassen. Vor allem wenn das Konstrukt der Gemeinschaft durch den Tod einer Person zerstört wird, sind die Folgen zu bedenken, die sich auf die „Zurückgebliebenen" auswirken. Wer kommt nach und nimmt den freigewordenen Platz ein, das sind durchaus Fragen, mit denen es sich zu beschäftigen gilt und für die bereits im Vorfeld Lösungen erarbeitet werden müssen, um das Funktionieren dieser Wohnform zu gewährleisten. Die mehr oder weniger zusammengewürfelte neue Familie entwickelt mit der Zeit ein natürliches Zusammengehörigkeitsgefühl und wird durch das Sterben in gleicher Weise erschüttert wie eine „natürliche" Familie. Bedenkt man dabei auch die Situation, dass diese Wohngemeinschaften meist von HeimhelferInnen betreut werden, die sicher nicht in der Lage sind, mit diesen schwierigen Problemen fertig zu werden, so ergeben sich daraus bereits Konstellationen, die zu Krisen führen können. Will die Strategie der Wohngemeinschaften weiter verfolgt werden, muss unbedingt ein stabiles Betreuungsnetz mit BetreuerInnen unterschiedlicher Disziplinen geschaffen werden.

Gibt man den Suchbegriff Wohngemeinschaften für SeniorInnen in eine Suchmaschine ein, ergeben sich unzählige Treffer, diese stammen vor allem aus Deutschland, wo SeniorInnen Eigeninitiative ergreifen und sich ihre Altersresidenz selber organisieren. Für Österreich ergeben sich im Gegensatz dazu kaum Treffer, was bedeuten kann, dass ÖsterreicherInnen mit der derzeitigen Betreuungslandschaft zufrieden sind und keinen Bedarf sehen, Eigeninitiative ergreifen zu wollen. Andererseits kann das aber auch bedeuten, dass hier ein Informationsmangel herrscht und deshalb die Kreativität durch Wissensdefizit gehemmt ist.

Seit einiger Zeit hat sich der Wunsch von älteren Menschen nach betreuten Wohnungen oder „Wohnen mit Service“ gezeigt. Die Gründe für einen Umzug sind vielfältig, Vereinsamung, körperliche Beschwerden, weit entfernt lebende Angehörige oder eine nicht passende Wohnsituation bewegen viele, ihr Heim zu verlassen. Zurzeit ziehen die älteren Menschen erst in Heime ein, wenn sie schon Hilfebedarf haben, im Gegensatz dazu kamen vor 20 Jahren noch viele der BewohnerInnen aus Substandardwohnungen. Viele hatten nicht mehr die Möglichkeit, auch mit nur leichten Mobilitätseinschränkungen in ihrer Wohnung zu verbleiben, da es oft noch keine Aufzüge, Toiletten oder fließendes Wasser in den Wohnungen gab.
Ist der Umzug erfolgt, so haben die BewohnerInnen den Wunsch, möglichst lange in ihren institutionell verankerten Appartements versorgt zu werden. Teilweise lässt sich das jetzt schon in den Einrichtungen bis in höchste Pflegestufen realisieren, sofern der medizinische Aufwand es noch zulässt.

„Vom Einzug bis zum Tod – ohne Wechsel – das ist unser Ziel.“ (Pflegedirektorin)

Die dafür erforderlichen baulichen Strukturen wurden oder werden von einigen Anbietern betreuter Wohnungen bereits geschaffen, um den Menschen auch bei Verschlechterung ihres Zustandes einen weiteren Umzug ersparen zu können. Verschlechterung des Zustandes bedeutet hier eine Zunahme des Pflege- und Betreuungsbedarfes, in dem ein Leben nicht mehr ohne anwesende fremde Hilfe möglich ist.

„Solange es medizinisch handlebar ist, wird es auch pflegerisch handlebar sein.“ (Pflegedirektorin)

Ein wesentlicher Aspekt, den viele alte Menschen bedauern, ist die unzureichende Information über Angebote, wie sie sich ihr Leben erleichtern können. Viele Beratungsleistungen sind vorhanden, jedoch sind die Informationen darüber – so auch die Einschätzung der ExpertInnen – noch nicht niederschwellig genug. Eventuell könnte mit Information über eventuelle mögliche Hilfeleistungen dem Wissensdefizit entgegengewirkt werden, um ein

„Unabhängiges aktives Altern, voll im Leben drinnen zu bleiben“ (BMASK Seniorenpolitische Grundsatzfragen)

zu gewährleisten.

13.6 Das Heim als Netzwerk

In den letzten Jahren fand in vielen Alten- und Pflegeheimen ein beobachtbarer Modernisierungsboom statt. Nicht nur die baulichen Strukturen passen sich an die Empfehlungen von ExpertInnen an, sondern die Heime wollen sich immer mehr als Kompetenzzentren und Beratungszentren sehen.
Vor allem die rein institutionell orientierten Alten- und Pflegeheime tendieren durch wohl überlegte Konzepte immer mehr dazu, ihre Einrichtungen zu öffnen.

„Zu uns kommen täglich 20 Personen zum Mittagessen, das ist eine günstigere und bessere Form als Essen auf Rädern, sie kommen raus und haben Kontakt.“ (Dachverband Alten- und Pflegeheime)

Heime öffnen sich nach außen und nehmen bereits vielerorts die Stellung einer „Sozialprophylaxe“ wahr. Ebenfalls bieten sie auch für Nichtbewohner Raum für geselliges Beisammensein an. Dies könnte zukünftig auch eine der Herausforderungen an Heime sein, sich als Netzwerkorganisation anzubieten, was dem Ruf nach vermehrt niederschwellig gestalteten Beratungszentren nachkommen würde.
In einem Modellprojekt aus Vorarlberg konnte gezeigt werden, dass die Kombination von Kindergarten und Altenheim sich als eine sehr gelungene darstellen kann. Dieses Angebot bietet die Möglichkeit, zwei ganz unterschiedliche Generationen auf natürliche Weise miteinander zu verbinden mit dem durchaus wünschenswerten Ergebnis, die Kommunikation und Interaktion zwischen den Alten und Kindern zu fördern.

„Es ist nett, wenn ein Bewohner in den Betriebskindergarten geht und Geschichten erzählt, Geschichten für die die Mutter keine Zeit hat. Oder es ist sehr bereichernd für ein Kind, Strohsterne zu basteln und für den alten Menschen ist es vielleicht ganz gut, noch einmal Strohsterne basteln zu können, diese Verknüpfung meine ich.“ (Dachverband Alten- und Pflegeheime)

Der oft geforderten Bewusstseinsänderung, dass alt nicht gleich krank und hilfsbedürftig bedeutet, kann durch diesen Ansatz ebenfalls Rechnung getragen werden.

13.7 Die Krankenhausstrukturen sind für alte Menschen konterproduktiv

Altern findet primär in der Wohnung statt, die alten Menschen verbringen aufgrund ihrer demografisch gestiegenen Lebenserwartung dort mehr Zeit als je zuvor.
Ist ein alter Mensch durch seine erheblichen Einschränkungen gezwungen, sich nach einer neuen Wohnmöglichkeit umzusehen, so stellt dies einen entscheidenden Eingriff in seine Lebenswelt dar. Kommt dazu noch ein Krankenhausbesuch, so sieht sich der alte Mensch seiner Sicherheit beraubt.
Erwachen wir nach längerer Abwesenheit wieder in unserem Bett, so fällt uns oft im ersten Moment die Orientierung schwer. Hält man sich die eigene Unsicherheit vor Augen, dann fällt es leicht, sich in die Situation eines alten Menschen hineinzuversetzen, die sich durch folgende Aussage bestärken lässt.

„Wir haben eine Studie gemacht, und die unterscheidet sich wenig von den Ergebnissen aus dem internationalen Bereich, da wurden die Menschen, die aus einem Heim ins Krankenhaus kamen, zurück ins Heim befragt, wie man mit ihnen im Krankenhaus umgegangen sei – wie sie informiert wurden. Die Hälfte dieser Menschen konnte sich nicht erinnern was im Krankenhaus war und die andere Hälfte konnte nicht mehr sagen, wo sie jetzt ist. Die Verwirrung der alten Menschen, wenn sie von zu Hause in ein Akutspital kommen, all die diagnostischen Maßnahmen, die man ihnen vorschreibt. Das müssen sie durchhalten und sind so überfordert damit, dass das Krankenhaus einfach konterproduktiv für alte Menschen ist.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Der bereits geforderte Ausbau der ambulanten Dienste im Bereich der medizinischen Versorgung kann dazu genützt werden, dass kleinere Eingriffe ohne den belastenden stationären Aufenthalt vonstatten gehen können. Ist ein stationärer Aufenthalt unbedingt notwendig, so sind die alten Menschen mit einer immer kürzer werdenden Aufenthaltsdauer konfrontiert.

„Die Aufenthaltsdauer in den Akutkrankenhäusern senkt sich täglich, nur die Leute werden in einem noch nicht gesundeten Zustand entlassen.“ (ÖGKV)

In vielen Fällen fehlten genügend Plätzen in der Akutgeriatrie oder Rehabilitation. Diese zwar sehr kostenaufwendigen Institutionen würden für den alten Menschen einen großen Gewinn an Mobilität bewirken, die Akutgeriatrie übernimmt dabei die Aufgabe der spezifischen Nachbetreuung im Anschluss an ein Akutereignis.

„Ich bin überzeugt, dass das schon auch weit signifikant beiträgt Pflegebedürftigkeit zu verhindern." (Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie)

Die Rehabilitation – sofern man alten Menschen den Zugang dazu gewährt - hingegen übernimmt den Versuch, den Zustand vor einem Sturzereignis wieder herzustellen.

„Da wäre es ganz notwendig, bevor jemand einen Pflegeheimantrag stellt, vorher einen Remobilisationsversuch zu unternehmen, um wirklich das Potenzial festzustellen, ob es nicht doch möglich ist, dass jemand in einer anderen Einrichtung oder zu Hause mit mobilen Diensten untergebracht werden könnte." (GÖG)

Vor allem in den klassischen Altenheimen fehlt es vielfach an räumlichen und strukturellen Ressourcen für Rehabilitation und Mobilisation. Durch Investition in die Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität wäre es vielfach möglich, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern; es fehlt hier aber noch vielfach an Verständnis für die Bedürfnisse alter Menschen.

13.8 Da braucht es ein neues Gesellschaftsbild

Folgend der Aussage eines Interviewpartners:

„Alle wollen alt werden, aber niemand will alt sein." (Seniorenrat)

Ebenfalls wollen viele Menschen nur sehr ungern mit dem Alter und den Alten in Berührung kommen. Seit vielen Jahren beklagen die Träger von Alten- und Pflegeheimen den Mangel an qualifiziertem Personal. Ein Effekt, warum der Beruf der Altenbetreuer oder -pflegerin von vielen für so unattraktiv gehalten wird, liegt in dem festgefahrenen Gesellschaftsbild von alten Menschen.

„In unserer Gesellschaft ist der alte Mensch immer mehr zu einem Konsumenten geworden, und je nach seiner Konsumfähigkeit bekommt er Status in der Gesellschaft." (Ombudsmann für Pflege und Heime)

Die alten Menschen selbst sehen sich nur sehr ungern in dieser Rolle, besuchen diese einen der vielen Pensionistenklubs oder Pensionistenveranstaltungen, treffen sie Aussagen wie:

„Ich bin da hingegangen und sah mir das an – alles alte Leute." (Seniorenrat)

Was unbedingt notwendig ist, wäre ein Umdenken aller beteiligten Akteure, sowohl der alten wie auch der jungen Menschen. Die Generationenkonfrontation, wie sie in dem bereits genannten Beispiel aus Vorarlberg zu einer Vermischung von Jung und Alt führen kann, lässt ein gegenseitiges Verständnis entstehen, das für beide Seiten Vorteile bringt. Ältere Menschen haben in ihrem Leben viel bewegt und haben Angst vor Nutzlosigkeit und dem Zustand „Alter".

„Das Alter darf unter keinen Umständen tabuisiert oder diskriminiert werden, hier sind große Entwicklungen notwendig und möglich." (Univ. Linz Pflegeforschung)

Obwohl die politische Präsenz der älteren Menschen in den letzen Jahren stark zugenommen hat und viele Seniorenorganisationen selbst von politischen EntscheidungsträgerInnen unterstützt und vertreten werden, so kann die Lobby der älteren Menschen doch noch viel mehr Einfluss bewirken, als ihnen bewusst ist. Ein Interviewpartner formuliert dies folgendermaßen:

„Sonst stehen wir in 10 bis 15 Jahren vor einem Dilemma, das dazu führen kann, dass die Alten sich organisieren und zu Maßnahmen greifen, da steht dann für mich die Sorge um den sozialen Frieden." (Seniorenrat)

Diese Aussage spiegelt die starke Beunruhigung beim Gedanken an Solidarität in der älteren Generation wider, ein Hinweis dafür, dass der Zusammenschluss einer Bevölkerungsgruppe Durchsetzungskraft hätte und vielleicht auch zu einer Lösung aller seniorenbezogenen Grundsatzfragen führen könnte.

13.9 Der Pflegeberuf hat in Österreich keinen besonderen Status

Eine nicht unerhebliche Rolle in der Versorgung alter Menschen spielen die Pflegenden, angesprochen sind an dieser Stelle nicht mehr die pflegenden Angehörigen, sondern die professionellen Pflegekräfte in der Altenpflege. Das bereits erwähnte Problem vieler älterer Menschen, nicht unter dem gängigen Stigma leben zu wollen, gilt in ähnlicher Form auch für die in der Altenpflege tätigen Berufsgruppen.
Die Unattraktivität, in diesem Bereich der Pflege zu arbeiten, lässt sich am deutlichsten an den vielen unbesetzten und unterbesetzten Arbeitsplätzen sehen. Durch die Unterbesetzung kommt es zur Überlastung und Unzufriedenheit, in diesem Bereich tätig zu sein, außerdem:

„In einer Gesellschaft, wo man nicht alt sein darf, will auch keiner mit alt in Verbindung kommen, alles was alt ist, wegzuweisen; wenn das so ist und mit dem Alter zu tun hat, dann macht jeder einen großen Bogen darum und keiner will da arbeiten. Wie kann ich das Ansehen des Alters und damit auch den Job im Heim aufwerten und zu einem anderen Image kommen?“ (Dachverband für Pflege und Heime)

Die fehlende Attraktivität liegt vor allem in der gesellschaftlichen Bewertung der Pflege und vor allem der Altenpflege, sie ist noch immer ein typischer Frauenberuf, verbunden mit einem niedrigen Einkommen und begrenzten Karrierechancen. Außerdem wird die gesellschaftliche Stellung älterer Menschen noch immer vom Leistungsgesellschaftsparadigma abgeleitet, was folgende Aussage verdeutlicht.

„Die Pflege hat in Österreich keinen besonderen Status, auf der Intensivstation hat man schon einen Status. Es gibt Studien, die sagen, dass das Ansehen der Gepflegten abfärbt auf das Ansehen der Pflegenden.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Vom Imageproblem sind alle Pflegepersonen betroffen, ganz gleich, in welcher Sparte sie tätig sind. Zudem ist, obwohl fast jeder vierte Arbeitsplatz indirekt oder direkt mit Gesundheit zu tun hat, diese Berufsgruppe nicht organsiert genug, um Änderungen herbeiführen zu können. Ärzte dagegen sind durch ihren Berufsstand gezwungen sich einer Standesvertretung anzuschließen. Daraus entstehen zwar Verpflichtungen, die sie in der Ausübung ihres Berufes erfüllen müssen, haben aber auch in ihren Forderungen eine sehr starke Vertretung nach außen. Die Pflegenden sind in keiner Weise verpflichtet sich einem Verband anzuschließen

und ein Beitritt ist nur von ganz wenigen zu verzeichnen. Viele wissen nicht, dass überhaupt solche Vereinigungen existieren, die in beratender und vertretender Weise tätig sind. Würde dem Satz: „nur gemeinsam sind wir stark“ mehr Bedeutung zugemessen, wäre es vielleicht möglich, den Pflegeberuf, der immerhin von ca. 60.000 Menschen in Österreich ausgeübt wird, zu einem besseren Image zu verhelfen.

„Es muss gelingen, in der Berufsgruppe so etwas wie ein Standesbewusstsein zu schaffen.“ (ÖGKV)

Vielen Menschen ist nach wie vor nicht bewusst, dass die Pflege die Arbeit der Mediziner zu Ende bringt, ein orthopädischer Eingriff besteht zu 20% aus ärztlicher Tätigkeit und 80% pflegerischer Tätigkeit. Wenn die Diagnostik der Mediziner abgeschlossen ist, dann beginnt erst die Arbeit der Pflege, die unter Umständen recht umfangreich sein kann.

„Die Pflege muss ihren angemessenen Platz im Gesundheitswesen bekommen, nicht mehr und nicht weniger, dass sie nicht in der 2. und 3. Reihe einbezogen werden.“ (ÖGKV)

Viele Faktoren bewirkten und bewirken noch immer eine Unterbesetzung der Pflegeposten. Vor 30 Jahren half sich das österreichische Gesundheitssystem, indem es vermehrt auf PflegerInnen aus Indien und den Philippinen zurückgriff.
Zu Beginn wurden sie in den Krankenhäusern gebraucht, in den letzten Jahren, als die alten Menschen *„unerwartet mehr geworden sind“*, griff man auf die Menschen aus den Nachbarländern wie der Slowakei, Ungarn und Polen zurück. Die schlechten wirtschaftlichen Bedingungen in ihren Heimatländern führten dazu, dass viele einen Arbeitsplatz in Österreich gefunden haben. Die neuen Arbeitgeber, in der häuslichen Versorgung private, waren froh in der Lage zu sein, zu günstigen Preisen gute Pflege und Betreuung angeboten zu bekommen. Skrupel bei der Entlohnung verspürte aber kaum einer. Der Lebensstandard unserer Nachbarländer wird aber immer besser, sodass sie in relativ absehbarer Zeit nicht mehr kommen werden, da sie in ihren Heimatländern bald gleiche Arbeitsmarktbedingungen finden werden, spätestens dann

„…werden wir bald bei den Vietnamesen sein, die dann diese Aufgabe wahrnehmen werden.“ (Seniorenrat)

Es ist an der Zeit, sich zu überlegen, was passieren wird, wenn die ausländischen PflegerInnen nicht mehr für wenig Geld bereit sind die alten Menschen in Österreich zu versorgen. Die Anzahl der Alten, die Hilfe brauchen, werden nicht weniger werden. Genügend Betreuungs- und Pflegepersonal für die Altenpflege zu finden stellt sich immer mehr als Sisyphusarbeit dar.
An den Krankenpflegeschulen wird diplomiertes Pflegepersonal ausgebildet, aber nur für den Bedarf im eigenen Krankenhaus. Die Möglichkeit, ein Diplom in Altenpflege zu machen, gibt es in Österreich nicht und außerdem wird den Altenpflegeheimen die Möglichkeit, für den Eigenbedarf Personal auszubilden, verwehrt. Sie leiden sehr darunter, dass sie seit Inkrafttreten des GUK nur mehr unter dem Aspekt der Gesundheits- und Krankenpflege betrachtet werden und MitarbeiterInnen die für das Krankenhaus ausgebildet sind, bekommen. Die neuen MitarbeiterInnen aus dem Akutbereich müssen erst für den Langzeitbereich sozialisiert werden, dazu braucht es Personalressourcen und Kompetenzen, damit dies für die MitarbeiterInnen, umsetzbar ist. Sehr kritisch wird von den Verantwortlichen betont, dass nicht immer eine diplomierte Pflegekraft anwesend sein muss und der oftmals relativ geringe Pflegeaufwand durchaus von weniger gut ausgebildeten Personen bewältigt werden kann.

„Wenn Sie eine diplomierte junge Kraft, die eine gute Ausbildung hat, dazu verpflichten den ganzen Nachmittag Mensch ärgere dich nicht zu spielen, dann ist es nicht verwunderlich, dass sie nicht bis zum Ende ihrer Berufslaufbahn bleibt.“ (KAV)

Die Unterforderung fachlicher Natur lässt sich aus diesem Beispiel gut erkennen. Es stellt sich immer mehr heraus, dass der Bedarf nach gut überlegten Konzepten steigt, um einerseits den Standard der Altenpflege heben zu können und andererseits genügend Pflegehilfskräfte ausbilden zu können.
Die Forderung danach, Pflege zu einem Lehrberuf zu machen, ist immer wieder Thema, um zu mehr Personal zu kommen, wird aber von kompetenten Vertretern der Pflege auf das vehementeste verurteilt.

„Da war die Welle, wo man auf die 15-Jährigen zurückgegriffen hat, da haben wir vor der UNO-City protestiert – alle gehen hinauf, nur wir gehen hinunter – damit war das Eintrittsalter gemeint.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Eine hohe Drop-out-rate, hohe Kosten, verbunden mit der Ausbildung, und eine Verunsicherung vieler junger Menschen waren das Ende dieser *„Welle“*. Derzeit liegt das europaweite Eintrittsalter in die Pflegeausbildung bei 18 Jahren, in Österreich kann mit 16 Jahren die Ausbildung begonnen werden. Nimmt man die durchschnittliche Berufsverweildauer im Pflegeberuf mit sieben Jahren an, so liegt der Schluss nahe, dass sich etwas ändern muss, um den Pflegeberuf wieder attraktiver zu gestalten. Wird der Meinung der ExpertInnen Folge geleistet, so wäre der Ausbau der pflegerischen Hilfskräfte eine Möglichkeit, dem Personalnotstand in der Pflege entgegenzukommen.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wie er in Österreich heißt – die diplomierte Kraft – die für die Einschätzung des Pflegebedarfes und der Qualitätssicherung in der Pflege gemeinsam mit dem Arzt den mitverantwortlichen Bereich abdeckt, sollte ihre Ausbildung im tertiären Bildungsbereich eine Bachelorausbildung an einer Fachhochschule erhalten. Die breite Basis würde dann ihre Ausbildung an Schulen finden.

Immer mehr kristallisiert sich heraus, dass Pflegepersonen in hohem Maß bildungswillig sind, deshalb ist der Ausbau von Bildungseinrichtungen unerlässlich. Das Studium der Pflegewissenschaften an der Uni Wien ist ein gutes Beispiel dafür:

„Wir mussten das Studium abschaffen, weil zu viele gekommen sind“, (Univ. Linz Pflegeforschung) meint eine Expertin.

Für viele bedeutet die berufliche Weiterbildung auf Universitäten oder Fachhochschulen zwar zusätzliche Belastung, fungiert aber als der einzige Ausweg aus der Unzufriedenheit.

„Viele kommen mit den Worten zum Studium: Ich kann nicht mehr so weiterarbeiten, ich bin am Ende, wenn ich jetzt nicht etwas studieren kann, dann gehe ich weg. Daher habe ich den Slogan geprägt: lieber aufsteigen als aussteigen.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Da eine Vielzahl an Pflegepersonen bereit ist Freizeit zu opfern, um neue Wissenshorizonte für sich zu entdecken, ist es an der Zeit, nachzudenken, welcher Tätigkeitsbereich sich für diese Menschen ergeben wird. Problematisch ist es nämlich, eine Vielzahl an Einrichtungen zu schaffen, in denen Wissen vermittelt wird, sich aber nach Beendigung des Studiums keine

Arbeitsplätze daraus generieren lassen. Sonst wird sich über kurz oder lang das Interesse legen und die Pflegekräfte werden in andere Tätigkeiten überwechseln.

Nichts desto trotz führt höhere Bildung zu keiner Lösung der so dringend benötigten Arbeitskräfte in der Altenpflege und -betreuung.
Auch ist es keine Lösung Menschen, die in ihren angestammten Berufen keinen Arbeitsplatz mehr finden, der Ausbildung zum/zur Pflegehelfer/in oder Altenhelfer/in zuzuführen. Denn dass Menschen in diese Berufsbilder gehen, weil sie sonst keine Arbeit finden und von ihrer Persönlichkeit her einen mental so schwierigen Beruf nicht geeignet sind, kann kein richtiger Weg sein. Vor allem nicht im Pflegebereich, wo mit Menschen gearbeitet wird, die am Ende ihres Lebensweges stehen.

Es muss in Österreich eine Möglichkeit geschaffen werden, Menschen durch gut ausgebildete Pflegekräfte nach einheitlichem Konzept zu schulen, ganz egal ob diese Schulungen in Altenheimen oder Geriatriezentren stattfinden. Ebenfalls wurde bereits erwähnt, dass nicht für alle Tätigkeiten eine diplomierte Pflegeperson benötigt wird, denn nur so ist es möglich, dass die Altenpflege zu einer Zukunftsbranche werden kann, die attraktive und sichere Arbeitsplätze in hoher Zahl bietet.

13.10 Die MigrantInnen scheinen in meiner Erlebniswelt gar nicht auf!

Österreich und vor allem der Wiener Bereich kann auf eine lange Tradition der Immigration zurückblicken. Fast jeder Wiener, wie nur unschwer an den Namen im Telefonbuch zu erkennen ist, hat in seiner Familiengeschichte Vorfahren aus Polen, Böhmen oder Ungarn. Zukünftig werden neben der Vielzahl an pflegebedürftigen ÖsterreicherInnen, auch alte MigrantInnen mit ihren ganz speziellen Bedürfnissen einen Platz brauchen, damit es ihnen möglich gemacht wird, Altern ihren Wünschen entsprechend zu gestalten. Die Voraussetzung für einen Bezug nach dem Bundespflegegeldgesetz ist ein Pensions- oder Rentenbezug, es werden dabei keine Unterschiede nach der Staatsbürgerschaft gemacht.
Ausgangspunkt aller Diskussionen um dieses Thema ist, dass davon ausgegangen wurde, dass die MigrantInnen als GastarbeiterInnen, nach Österreich kommen, in der Pension aber wieder in ihre Länder zurückkehren.

„Sie haben mit den Jahren die Annehmlichkeiten unserer Kultur schätzen gelernt, nach Hause zurückgehen würde für viele ein Wertverlust sein.“ (Ombudsmann)

Die Familienzusammenführung bewirkte eine Veränderung dieser ehemaligen Annahme und viele der MigrantInnen verbringen auch nach ihrem Berufsleben den Ruhestand in Österreich. Durch die relativ hohe Scheidungsrate lösen sich auch hier die klassischen Familienstrukturen auf, sodass in Zukunft nicht von einer generellen Annahme ausgegangen werden kann, dass alle ihre pflegebedürftigen alten Menschen innerhalb der Familie betreut werden. Man neigt zu übersehen, dass die MigranInnen ihre eigene bürgerliche Gesellschaft haben, gerade die Moslems in Österreich haben Kulturvereine, Sportvereine und Jugendvereine, also ein ähnliches Geflecht, das unserem völlig entspricht, nur gibt es keine oder nur wenig Berührungspunkte.
Vor allem die Hauskrankenpflege war durch den Wunsch vieler MigrantInnen bereits gezwungen sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Sie beschäftigt daher bereits eine Vielzahl an Nationalitäten, was ihr die Möglichkeit gibt MitarbeiterInnen der gleichen Konfession und Nation den KlientInnen zuordnen zu können.

„Wir setzten uns schon damit auseinander, aber es ist ein schwieriges Thema, weil das Aufeinanderprallen von verschiedenen Kulturen schon bewältigbar ist, aber zeitintensiv“ (Pflegedirektorin)

Die im institutionellen Rahmen stattfindende Pflege wird sich mit Hindernissen unterschiedlichster Art auseinandersetzen müssen. Vom Essen bis zu einem anderen Tages- und Nachtrhythmus reichen die Ansprüche der älteren MigrantInnen und unterscheiden sich somit wesentlich von den Bedürfnissen der alten Menschen, mit denen die Pflege sich bisher auseinandersetzte.

„In den Heimen gibt es standardisierte Abläufe, da ist alles, was eine Spur abweicht, ein Problem.“ (BMASK Seniorenpolitische Grundsatzfragen)

Alteneinrichtungen, die bisher mit drei Gerichten aus traditioneller Wiener Küche ausgekommen sind, werden in Zukunft sieben bis acht Menüs anbieten müssen, um zumindest die Essensbedürfnisse befriedigen zu können und um nicht in Konfliktsituationen zu kommen.

Während sich Heime der zukünftigen Anforderung an sie durchaus bewusst sind, hinkt die medizinische Forschung den Entwicklungen noch nach. Derzeit finden sich noch keine gezielten Überlegungen oder Lösungen in diesem Bereich. Dabei wäre es sehr wichtig zu erkennen, wo die medizinischen Probleme der MigrantInnen liegen könnten und an welcher Stelle mit Aufklärungsarbeit begonnen werden muss. Selbstverständlich sein sollte der Respekt im Umgang mit den Patientinnen, ihnen religiöse Toleranz zuzugestehen, wenn sich zum Beispiel islamische Frauen nicht von männlichen Ärzten oder Pflegern behandeln lassen wollen.

Der Pflege im Allgemeinen ist vollkommen klar, mit welchen Herausforderungen sie sich künftig zu konfrontieren hat, denn das Bild der Familie, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und dem Wohlbefinden ist ein differentes, was bereits im Bewusstsein fast aller pflegenden Personen verankert ist.
Eine Interviewpartnerin berichtete von einem Projekt in Amsterdam, aus einem Viertel, in dem viele türkische Familien wohnen. In muslimischen Gemeinschaften ist es üblich, dass dem ältesten Bruder die Aufgabe zukommt, die Familie zu versorgen; dieser delegiert das an seine Frau weiter, welche dann als Hauptpflegeperson gilt. Da es als große Ehre gilt, die Eltern zu pflegen, darf niemand sagen, dass das auch als Belastung gilt und das haben professionelle Pflegepersonen dort gut erkannt und den Frauen erstmals Angebote gemacht. Es wurde erhoben, was sie brauchen – sie brauchen wenig – und ihr Wissen umfasst die Funktionen des menschlichen Körpers. Sie kannten aber die Funktion des Pankreas nicht und konnten so den Diabetes nicht verstehen. Aus dem Interesse heraus die Zusammenhänge verstehen zu wollen, wurden zuerst kürzere und dann längere Schulungen vorgenommen. Viele wollten eine Aufschulung zur Hauskrankenpflege und konnten so, wenn die eigenen Familienangehörigen sie nicht mehr benötigten in ihren Gemeinschaften eigene Versorgungsmöglichkeiten schaffen. Man hat die Ressourcen dieser Menschen genützt, sie gebildet und ihnen eine Position in der Gesellschaft gegeben.

„Es geht nicht um horrende Ressourcen, es geht um viel Logistik und es geht um multikulturelle Kompetenz, zu schauen, was die Menschen schon an Kompetenz haben und ihnen zu helfen, sie zu stärken.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)
An Kompetenzen fehlt es weniger den MigrantInnen, als eher den Pflegepersonen selbst, die sich, sofern sie nicht aus dem gleichen Kulturkreis stammen, mit vielen Barrieren konfrontiert sehen. Aus der Pflege gibt es Arbeiten, die sich mit diesen Problemen auseinandersetzten,

auch an Ergebnissen mangelt es nicht. Verwunderlich ist hier die positive Einstellung, sich über die fremde Kultur weiterbilden zu wollen. Diese Weiterbildungen werden einerseits von den Institutionen angeboten und gefördert und andererseits ist es oft auch die Initiative der Pflegenden selbst:

„Es gibt tolle Ergebnisse, die eine hat geschrieben: Ich habe schon die dritte Sprache gelernt und habe ein Lexikon zu Hause, die andere schrieb: mit viel Liebe und Verständnis.“ (Univ. Linz Pflegeforschung)

Dem Erwerb von sprachlichen Kompetenzen muss eine besondere Bedeutung beigemessen werden, keinesfalls sollen berufsfremde Personen dazu herangezogen werden, Dolmetschertätigkeiten übernehmen zu müssen. Für diese Aufgaben braucht es entweder Pflegepersonen aus dem gleichen Land oder eigens dafür angestellte und geschulte Personen, die diese wichtige Tätigkeit übernehmen können.
An sprachlichen Kompetenzen fehlt es vielfach den MigrantInnen selbst. Dadurch erschwert sich ihr Zugang zum Gesundheitssystem enorm.

„Ich würde mir wünschen, dass sich StadtpolitikerInnen anschauen: Wo wohnen sie und wie informiert man sie über den Zugang zum Gesundheitssystem und welche Informationsveranstaltungen macht man für sie.“ (KAV)

Der Ausbau an wohnortnahen multikulturellen Beratungszentren soll aber keineswegs zu einer vermehrten Bildung von Ghettos führen.

„Wir haben in Favoriten das FEM-Süd, ein Frauengesundheitszentrum, das sich mit seinen Programmen den Diversitäten der Multikulturalität widmet, Sprachprogramme und Generationenprogramme finden sich dort.“ (KAV)

Obwohl sich bereits langsam Anlaufstellen für MigrantInnen bilden, um dem Informationsdefizit Abhilfe zu schaffen, so bedeutet das auch für die Pflege- und Beratungszentren, sich mit diesem Themenbereich auseinanderzusetzen und genügend kompetente Personen in diesen Bereichen einzusetzen.
Die Ghettobildung ist auch ein Schwerpunkt, dem sich die Heime stellen müssen, wenn an die institutionelle Unterbringung gedacht wird. Eine Aufstockung des Personals um 10 bis 15

Prozent ist notwendig, wenn keine kulturelle Trennung gewünscht ist, was dafür sprechen würde, dass selektiv vorgegangen wird und ein Altersheim für Menschen islamischer Kultur und ein Heim für Menschen jüdischen Glaubens eingerichtet wird.

„Ich würd´ mir wünschen, dass wir zu einer Gesellschaft der gegenseitigen Achtung finden.“(Ombudsmann für Pflege und Heime)

Denn dann bräuchten wir auch das Thema, jedem seine eigene Betreuungs- und Pflegestruktur, nicht diskutieren müssen.

14 Conclusio

Mein Anliegen mit dieser Arbeit war es, mit der Hilfe von ExpertInneninterviews nach innovativen Betreuungsformen für pflegebedürftige Menschen zu suchen. Des Weiteren wurden die InterviewpartnerInnen nach ihrer Einschätzung der derzeitigen und zukünftigen Situation Pflegebedürftiger befragt und welche Gesundheits- und sozialpolitischen Strukturen sich ihrer Meinung nach verändern müssten, um den prognostizierten Anstieg an pflegebedürftigen Menschen bewältigen zu können. Ebenfalls wurde mit dieser Arbeit die Frage behandelt, ob es Entwicklungen gibt, die sich mit den Bedürfnissen von pflegebedürftigen MigrantInnen auseinandersetzen.

Aufgrund der vorgenommenen Analyse der derzeit zur Verfügung stehenden Institutionen steht fest, dass Bestrebungen der Länder und Gemeinden erkennbar sind, um auf die bevorstehenden demografischen Entwicklungen Österreichs reagieren zu können. Gleichfalls zu erkennen ist dies an den häufigen Novellierungen der Bundes- und Landespflegegeldgesetze.

Die von mir interviewten ExpertInnen sind in ihren Tätigkeits- und Einflussbereichen bestrebt, die Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen in diesem Land zu verbessern.

Geht man von der Tatsache aus, dass der Großteil aller pflegebedürftigen Menschen in Österreich von ihren Familien versorgt werden, so liegt die Vermutung nahe, dass es eine Vielzahl an Unterstützungsmaßnahmen geben müsste, um sich das Potenzial der pflegenden Angehörigen auch für die Zukunft zu sichern. Angebote und Möglichkeiten bestehen, aber bei Weitem noch nicht genug, da viele – vor allem Frauen – ihren Beruf aufgeben müssten, um pflegen zu können. Würden die pflegenden Angehörigen ihre Tätigkeit niederlegen und die Verantwortung der Pflege dem Staat übergeben, so wäre ein Chaos vorprogrammiert und die Folgen für Österreich langfristig beträchtlich. „Man muss sie hüten wie Goldschätze“, unterstreicht eine Expertin und bezieht sich damit auf die erbrachten Pflegeleistungen der Angehörigen. Derzeit finden im Vorfeld noch rudimentäre Beratungs- oder Hilfsangebote statt und es ist falsch, darauf zu warten, dass die Angehörigen von selbst kommen. Professionelle Hilfe wird von pflegenden Angehörigen in der Regel erst in Anspruch genommen, wenn die Pflegebedürftigkeit schon weit fortgeschritten ist und die Belastungen kaum mehr auszuhalten sind.

Der weitere Weg vieler pflegebedürftiger Menschen in eine stationäre Einrichtung ist dann oft unausweichlich und stellt sich für beide Seiten als sehr belastend dar.

In den letzten Jahren haben die Träger klassischer Pflegeheime viel unternommen, um von ihrem schlechten Image wegzukommen. Die Qualität in der Versorgung und Betreuung von älteren Menschen gilt nicht mehr länger als Fremdwort, auch wenn leider erst schlechte Erfahrungen in der Vergangenheit die Ursache für Veränderungen bewirkten. Verstärkt bemühen sich Organisationen, SeniorInneneinrichtungen anzubieten, in denen den alten Menschen auch bei Verschlechterung ihres Zustandes, also bei dem Übergang in die Pflegebedürftigkeit, Versorgung geboten wird, ohne dabei die Institution wechseln zu müssen. Die Tendenz der Heime, sich langfristig als Aufenthaltsort anzubieten, spiegelt die Wünsche der älteren Menschen, die sich wünschen auch bei Pflegebedürftigkeit nicht umziehen zu müssen, wider.
Ebenfalls wollen Heime künftig für ältere Menschen mehr Initiativen ergreifen und ihr Angebot ausdehnen, um nicht nur als Unterbringungsort für ältere Menschen zu fungieren, sondern um auch als Ort der Begegnung – zwischen den Generationen – wirksam zu werden. Dies lässt sich durch deren Angebote wie den Mittagstisch, Ausflüge und Kindertagesstätten beobachten.

Nachhaltig sehr wirksam ist die Idee der gesteigerten Zurverfügungstellung von Informationen für noch nicht pflegebedürftige Menschen. Mit Hilfe dieser Informationen kann es gelingen, dass ältere Menschen in Österreich mehr Eigeninitiative ergreifen und sich rechtzeitig überlegen, wie sie ihr eigenes Altern gestalten möchten, ohne auf die klassischen Versorgungsmöglichkeiten in den Institutionen zurückzugreifen. Beispiele aus Deutschland über Aktivitäten der selbst organisierten Wohnhäuser können als Ideeninput herangezogen werden.

Ältere Menschen stellen in zunehmendem Maß Forderungen an ihre Umwelt. Sie ergreifen Eigeninitiative und lassen sich nicht mehr in einen passiven Zustand drängen. Auch mit fortgeschrittenem Alter wollen sie ihren rechtmäßigen Platz in der Gesellschaft einnehmen. Durch den Wunsch, nach ihrer Erwerbstätigkeit einer Aufgabe nachzugehen, tragen sie dazu bei, dass sich das klassische Klischee der „nutzlosen Alten“, welches in den Köpfen vieler verankert ist, in Auflösung befindet.

Für demente Menschen erschließt sich dank der Initiative von ExpertInnen in zunehmendem Maße das Feld der Wohngemeinschaften; auch moderne technische Hilfsmittel können dazu

beitragen, dass sie nach ihren Bedürfnissen und Ansprüchen und auch nach dem Stand der Forschung entsprechend betreut werden.
Den innovativsten Bereich nimmt die Technik für sich ein, sie kann einerseits künftig für mehr Kontakt zwischen den älteren Menschen und deren Angehörigen trotz Distanz sorgen und andererseits technische Hilfestellung leisten. Ältere und auch demente Menschen wären dann dank dieser Innovation in der Lage, länger in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben. Ethische Überlegungen sollten vor allem dazu beitragen, dass die Autonomie der älteren Menschen zu keiner Zeit verletzt wird. Wichtig zu erkennen scheint hier, dass die Technik – zumindest aus heutiger Sicht – kein Ersatz für den menschlichen Kontakt sein wird oder werden darf.

Spezielle Entwicklungen, welche sich mit Bedürfnissen von älteren und pflegebedürftigen MigrantInnen auseinandersetzen, gibt es nicht. ExpertInnen sehen sich den entstehenden Herausforderungen gewachsen und weisen darauf hin, dass sie sich der Wünsche von MigrantInnen an die Pflege- und Betreuungslandschaft bewusst sind. Den sprachlichen Barrieren, die sich aus einer Inklusion in vorhandene Strukturen ergeben, wird die bereits vorhandene sprachliche Kompetenz von MitarbeiterInnen der Pflege entgegen gestellt.

Eine weitere Tatsache ist, dass die Mehrheit der älteren Menschen den Wunsch hat, auch bei Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt zu werden. Kann diese Aufgabe nicht von Angehörigen übernommen werden, so ist der Einsatz von mobilen Pflegediensten vonnöten. Die hierfür zuständigen ExpertInnen sehen sich mit vielen Problemen konfrontiert.
Durch die schlechte Bezahlung und durch die knappen Ressourcen, mit welchen Pflege und Betreuung geleistet werden müssen, herrscht einerseits ein Mangel an qualifiziertem Personal und führt andererseits zu Überlastung und Frustration des Personals. Aus diesen Gründen gilt der Bereich der Hauskrankenpflege als einer der unattraktivsten Tätigkeitsfelder für professionell Pflegende.
Der Mangel an gut geschultem österreichischem Personal sollte nicht dazu führen, auch weiterhin auf Pflegepersonal aus dem Ausland zurückzugreifen. Sinnstiftender wäre hier eine Neustrukturierung – so wie sie auch von ExpertInnen gefordert wird – der Pflegehierarchien und eine Neugestaltung der Ausbildung von professionell Pflegenden, sofern sie gut durchdacht ist.

Fest steht, dass die Bildung einer österreichweiten und verpflichtenden „Pflegekammer“ ein großer und wichtiger Schritt wäre, um den in den Pflegeberufen tätigen Menschen mehr Einfluss in der Politik zu verschaffen. Diese Maßnahme hätte auch positive Auswirkungen auf pflegebedürftige Menschen, indem z.B. Pflegebegutachtungen und Einstufungen durch qualifiziertes diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal vorgenommen werden könnten. Dies ist nach wie vor ein großes Anliegen von ExpertInnen.
Nicht außer Acht gelassen werden darf auch, dass die demografischen Prognosen einen Rückgang der Geburtenrate prophezeien, eine Entwicklung, welche auch den Pflegenachwuchs betreffen wird. Hier ist es notwendig, die Ausbildung attraktiver zu gestalten, um künftige Personalengpässe zu verhindern.

Fazit ist, dass weder von den alten Menschen selbst, noch von den Menschen, die sie versorgen – privat oder professionell – Mühen gescheut werden dürfen, um die Öffentlichkeit auf ihre Bedürfnisse, Anliegen und Sorgen aufmerksam zu machen, um den unausweichlich auf uns zukommenden Ansprüchen in der Altenversorgung gewachsen zu sein.

Ich möchte mit einem Zitat von Peter Mader diese Arbeit beenden:

„Was für mich außer Streit steht ist, dass eine solidarische, humane Gesellschaft die Ressourcen zur Verfügung stellen muss, die Menschen brauchen, um zufrieden leben zu können, nicht nur für Alte, sondern auch für Behinderte, für Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben müssen. Das inkludiert auch das Migrantenthema – es geht schließlich um den Menschen.“

15 Literatur

AMANN A. (1998) Tagungsbericht - Pflegevorsorge in Österreich: Erfahrungen und Perspektiven. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit.

AMANN A. (2000) Sozialpolitik und Lebenslagen älterer Menschen. In: Backes G., Clemens W. (Hrsg.) Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen 75–91.

AMANN A. (2004) Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Böhlau Verlag

AMRHEIN L. (2004) Die zwei Gesichter des Altersstrukturwandels und die gesellschaftliche Konstruktion der Lebensführung im Alter. In: Backes G., Clemens W., Künemund H. (Hrsg.) Lebensformen und Lebensführung im Alter. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 59–86.

ASAM W.,ALTMANN U. (1995) Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Lambertus Verlag.

BÄCKER G., NAEGELE G., BISPINK R., HOFEMANN K., NEUBAUER J. (2008) Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. 4. Aufl. VS Verlag: Wiesbaden.

BACKES G. (1997) Alter(n) als gesellschaftliches Problem? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Westdeutscher Verlag.

BACKES G., CLEMENS W. (2008) Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung. Juventa Verlag.

BADELT C., HOLZMANN A., MATUL C., ÖSTERLE A. (1995) Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrend der Altenbetreuung. Böhlau Verlag.

BLINKERT B., KLIE T. (2004) Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Vincentz Network.

BMASK (2009) Bundespflegegeldgesetz. Arbeitsbehelf für das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen Sektion IV; BMASK (Hrsg.) Wien.

BMSG (2004) Bericht über die soziale Lage 2003 - 2004. Ressortaktivitäten; Analysen. BMSG (Hrsg.) Wien.

BMSK (2002) Bericht zur sozialen Lage. BMSK (Hrsg.) Wien.

BMSK (2006) „Zu Gast im Pflegeheim – Was erwarten pflegende Angehörige von Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme?“ In: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. 17-18 (Hrsg. BMSK).

BMSK (2007a) Sozialschutz in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

BMSK (2007b) Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

BMSK (2007c) Österreichischer Pflegevorsorge-Bericht 2007. BMSK (Hrsg.) Wien.

BMSK (2008) Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006. BMSK (Hrsg.) Wien.

BMSK (2009) Bundespflegegeldgesetz. Arbeitsbehelf für das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen. BMSK Sektion IV (Hrsg.) Wien.

BOGNER A., MENZ W. (2005) Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensform, Interaktion. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. VS Verlag: Wiesbaden.

BOGNER A., LITTIG B., MENZ W. (2005) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. VS Verlag: Wiesbaden.

BRANDENBURG H. (2004) Altern in der modernen Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven für Pflege- und Sozialberufe. In: Altenheime der Zukunft – Zukunft der Altenheime!? Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover. 49–76.

DIETZ Berthold (2002) Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.

DIETZEL-PAPAKYRIAKOU M. (1993a) Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. 1–154.

DIETZEL-PAPAKYRIAKOU M. (1993b) Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben. Enke Verlag: Stuttgart.

FERNÁNDEZ DE LA HOZ P., PFLEGERL J. (1999) Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien. (Vorläufiger unveröffentlichter Endbericht). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.

FERNÁNDEZ DE LA HOZ P., PFLEGERL J. (2000) Ältere MigrantInnen in Österreich. In: Ältere Menschen – neue Perspektiven; zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

FEUERSTEIN C., HAVEL M. (2000) Wohnformen im Alter. In: Ältere Menschen – neue Perspektiven; zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien. 224–237.

GATTERER G. (2002) Die Aufgaben des Psychologen in der Geriatrie. In: Böhmer F., Rhomberg H.P., Weber E. (Hrsg.) Grundlagen der Geriatrie. Wien. 61–72.

GIDDENS A. (1995) Konsequenzen der Moderne. Frankfurt am Main.

GRANDNER M. (2004) Krankenpflege und Sozialpolitik. In: Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.) ÖGVP Verlag. 11–24.

HASSELER M., MEYER M. (2004) Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Schlütersche Velagsgesellschaft Hannover. 27.

HÖRL J., KYTIR J. (2000) Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen. In: Ältere Menschen – neue Perspektiven; zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

KÄLBLE K. (2005) Zur Akademisierung und Professionalisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. In: Bollinger H, Gerlach A,. Pfadenhauer M. (Hrsg.) Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Mabuse Verlag.

KLIMONT J., KYTIR J., LEITNER B. (2007) Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) Wien.

KRAJIC K., NOWAK P., RAPPOLD E. (2005) Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Wissenschaftliches Gutachten. Ludwig Boltzman Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.) Wien.

KÜHL S., STRODTHOLZ P. (2002) Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Rowohlts Enzyklopädie. Hamburg.

KYTIR J., MÜNZ R. (2000) Demografische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum. In: Ältere Menschen – neue Perspektiven; zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

LEHR U. (1996) Psychologie des Alterns. Heidelberg.

LIEBOLD R., TRINCZEK R. (2002) Experteninterview. In: Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Kühl S., Strodtholz P. (Hrsg.) Rowohlts Enzyklopädie. Hamburg. 33–71.

MAJCE G. (2000) Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse. In: Ältere Menschen – neue Perspektiven; zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

MAYRING P. (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

MEUSER M., NAGEL U. (1997) Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B., Prengel A. (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, Basel. 481–491.

MEUSER M., NAGEL U. (2005) ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner et al.: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

MÜHLBERGER U., KNITTLER K., GUGER A. (2008) Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) Wien.

NAEGLE G. (1998) Lebenslagen älterer Menschen. In Kruse A. (Hrsg.) Psychosoziale Gerontologie. Grundlagen. Göttingen ua. Hogrefe. 106–128.

ÖBIG (2004) Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

ÖBIG (2006) Österreichischer Pflegebericht. BMSK (Hrsg.) Wien.

ÖBIG (2008) Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich. BMFGJ (Hrsg.) Wien.

PUTNAM R. D. (2000) Blowing alone. The Collaps and revival of American community. New York.

PÖLTNER G. (2006) Grundzüge der sozialen Sicherheit. In: Jedelsky E. (Hrsg.) Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause. Springer Verlag. Wien.

REINPRECHT C. (1999) Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. Senior Plus. Wien.

REINPRECHT C. (2006) Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Braumüller. Wien.

ROSENMAYR L. (1996) Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Vandenhoeck Ruprecht: Göttingen.

RUBISCH M., PHILIPP S., WOTZEL W., ENGE I. (2005) Pflegevorsorge in Österreich. BMSK (Hrsg.) Wien.

SCHNEEWIND K.A. (2000) Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Hogrefe Verlag.

SCHNEPP W. (2006) Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen“. Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten Herdecke. In: Pflege und Gesellschaft. 11. Jg., H.1., 61–74.

SCHROETER K. (2000) Altersstrukturwandel als „ungeplanter Prozess“. In: Backes G. (Hrsg.) Soziologie und Alter(n). Neue Konzepte für Forschung und Theorieentwicklung. Opladen 79–108.

SCHROETER K. (2006) Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Juventa Verlag.

SCHULZ-NIESWANDT F. (2006) Sozialpolitik und Alter. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

SEIDL E. (1994) Pflege in Österreich – Gegenwart und Zukunft. Berufspolitische Konsequenzen. In: Seidl E., Stânková M. (Hrsg.) Ende der Pflegekrise? Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus. Maudrich, Wien. 166–176.

SEIDL E. (2006) Pflegekonzept zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der Bevölkerung Österreichs. Erstellt im Auftrag des Österreichischen Seniorenbundes. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien in Zusammenarbeit mit der Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz.

SOZIALBERICHT SALZBURG (2005) Amt der Salzburger Landesregierung - Abt 3. (Soziales). Zahlen und Daten zur Sozialhilfe, Pflegegeld, Jugendwohlfahrt und Behindertenhilfe im Bundesland Salzburg. Erscheinungsjahr 2006.

SOZIALBERICHT STEIERMARK (2004) Amt der Steiermärkischen Landesregierung: Steirischer Sozialbericht 2003/2004.

SOZIALREFERAT DER TIROLER LANDESREGIERUNG (2006) Tiroler Landesregierung – Abteilung Soziales.

STARK W. (1996) Empowerment: Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg, Lambertus.

STATISTIK AUSTRIA Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau seit 1951. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Revidierte Ergebnisse für 2001 bis 2007 Erstellt am: 02.06.2009 URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022163.html (Zugriff am: 14.01.2009).

STATISTIK AUSTRIA Fertilität, Geburtenentwicklung und Kinderzahl 1998 bis 2008. Erstellt am 09.07.2009 URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html (Zugriff am: 14.01.2009).

STATISTIK AUSTRIA Volkszählungen (bis 1981); Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1985). Erstellt am 27.05.2009 URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (Zugriff am: 14.01.2009).

STATISTIK AUSTRIA Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am 14.10. 2009 URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html (Zugriff am: 14.09.2009).

STATISTIK AUSTRIA Familienstrukturen und Familienbildung. Ergebnisse des Mikrozensus September 2001 (Teil 2) URL: http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html (Zugriff am: 14.01.2009).

STATISTIK AUSTRIA Kinder in Familien nach dem Familientyp 2006, 2015, 2030 und 2050 in Prozent. Erstellt am 11.11.2008 URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushalts_und_familienprognosen/020800.html (Zugriff am: 14.01.2009).

VOGEL B. (1995) „Wenn der Eisberg zu schmelzen beginnt…“ – Einige Reflexionen über den Stellenwert und die Probleme des Experteninterviews in der Praxis der empirischen Sozialforschung. In: Brinkmann C., Deeke A., Völkel B. (Hrsg.) 73–83

WALTER I., SEIDL E., KOZON V. (2004) Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag: Wien.

WEISSER G. (1978) Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Göttingen.

WEISZ U., HARTL S. (2009) Fehlbelegungen ein zentrales Nachhaltigkeitsproblem. 14. ÖNGKG Konferenz Linz URL: http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/konferenz_14/2.4_Weisz.pdf (Zugriff am 14.01.2009).

16 Tabellen- und Abbildungsverzeichnisse

Abb. 1: Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege 10
Abb. 2: Durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau seit 1951 14
Abb. 3: Kinder in Familien nach dem Familientyp – 2006, 2015, 2030 und 2050 in Prozent 20
Abb. 4: Mobile Dienste in Ö. – Sollstand an Pflege- und Betreuungspersonen pro 1.000 Einwohner über 75 Jahre im Jahr 2010 auf Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne und Iststand im Jahr 2002 35
Abb. 5: Alten- und Pflegeheime in Österreich – Sollstand an Heimplätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren im Jahr 2010 im Vergleich zum Iststand 2002 35
Abb. 6: Pflegegeldstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des BMSK 2006 63
Abb. 7: Bildungskonzept für Pflege und Gesundheit der Bevölkerung 156
Abb. 8: Organistion der Pflege 160

Tab. 1: Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen 12
Tab. 2: Fertilität, Geburtenentwicklung und Kinderzahl 1998 bis 2008 13
Tab. 3: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit 17
Tab. 4: Räumliche Distanz mindestens eines Großelternteiles, insgesamt 19
Tab. 5: Übersicht der Finanzierung durch die Gebietskörperschaften 115
Tab. 6: Landes- und Gemeindeaufwendungen für den Bereich der Altenbetreuumg 117
Tab. 7: Ausgaben für die Altenpflege pro Bundesland 118
Tab. 8: Betreiber von Alten- und Pflegeheimen im Burgenland 2006 120
Tab. 9: Anzahl der Heime in Kärnten 122
Tab. 10: Anzahl der Pflegeheime und ihre Träger in NÖ 126
Tab. 11: Aufteilung der Pflegeheime in OÖ nach Rechtsträgern 2005 128
Tab. 12: Anzahl Pflegegeldbezieher Salzburg 132
Tab. 13: Anzahl der geleisteten Betreuungsstunden und der betreuten Personen 2004 Steiermark 136
Tab. 14: Anzahl der Heime und der Betten in Alten- und Pflegeheimen mit öffentlicher Trägerschaft 2006 in Tirol 139
Tab. 15: In der Kurzzeitpflege geleistete Verpflegungstage 2005 143
Tab. 16: Pflegeheime und Pflegeplätze in Wien 147
Tab. 17: Teilstationäre Einrichtungen in Wien 147

Tab. 18: Gesamteindruck Pflegequalität 152

Abkürzungsverzeichnis

ASGG	Arbeits- und Sozialgericht
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AVARAG	Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz
AVG	Angestelltenversicherungsgesetz
BGB1	Bundesgesetzblatt 1
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
B-KUVG	Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMSK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovationen und Technologie
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
E-Qualin®	European quality improving innovative learning in residential care homes for the elderly
FSVG	Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GweO	Gewerbeordnung
HBeG	Hausbetreuungsgesetz
ISO	International Organization for Standardization
NPO	Non Profit Organisationen
NQZ	Nationales Qualitätszertifikat
PTSG	Poststrukturgesetz
QM	Qualitätsmanagement
RGBI	Reichsgesetzblatt
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Anhang

Zusammenfassung

Dass das Alter heute als eigene Lebensphase gesehen werden kann, ist der Etablierung des Wohlfahrtsstaates zu verdanken.

Als zentrale Grundlage für positives Altern ist die soziale Absicherung und die Schaffung eines Angebots zur Teilnahme am politischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben auch im Alter zu sehen.

Die Aufgabe des Staates liegt nicht nur in der Schaffung von Rahmenbedingungen für die psychosoziale Förderung des Wohlbefindens von älteren Menschen, sondern er muss ebenfalls den sich in Veränderungsprozessen befindlichen demografischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen - im konkreten Fall: dem Anstieg der Zahl von alten Menschen.

Seit einigen Jahren befasst sich die sozialwissenschaftliche Forschung mit der Frage was notwendig ist, um Menschen ein bedürfnisgerechtes Altern zu ermöglichen Generell sollen die durch statistische Prognosen gewonnenen Richtwerte und a die aus empirischen Studien gewonnen Erkenntnisse für eine optimale Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen zielführend umgesetzt werden.

Aus diesem Grund gliedert sich die Arbeit in zwei Abschnitte, wobei der erste Abschnitt allgemeine Bedingungen des Altersstrukturwandels darstellt und einen Überblick über die in Österreich gesetzlichen Gegebenheiten sowie eine Bestandsaufnahme und Analyse der Institutionen im Status quo aufzeigt. Im zweiten Teil werden ExpertInnen aus relevanten Bereichen mit der Hilfe von qualitativen, leitfadenstrukturierten Interviews nach ihrer Einschätzung der derzeitigen und künftigen Situation pflegebedürftiger älterer Menschen befragt. Auch zielen Fragen darauf ab herauszufinden, welche gesundheits- und sozialpolitischen Strukturen sich verändern müssten, um den prognostizierten Anstieg an pflegebedürftigen Menschen auch zukünftig bewältigen zu können. Ebenfalls wird der Frage nachgegangen, ob es Entwicklungen gibt, die sich mit den Bedürfnissen von pflegebedürftigen älteren MigrantInnen auseinandersetzen und was notwendig ist, auch ihnen ein bedürfnisgerechtes Altern in Österreich zu ermöglichen.

Schlagwörter:

Pflegebedürftigkeit, ExpertInneninterviews, MigrantInnen, Bundespflegegeldgesetz, Pflegevorsorge

Abstract

The fact that aging can be seen as its own phase of life is a positive effect of today´s social welfare state. The foundation for positive aging is social security and the possibility to participate in political, social, economic and cultural activities.

Not only is the creation of the framework conditions for psychosocial support of aged people the duty of the state, but the changing demographic parameters also have to be taken into account - in this case: the rising number of aged people.

For a couple of years social scientists have been performing research to find out what has to be done to enable positive aging. In general the implementation of knowledge found in statistical records should flow into optimal provision for the aged and those in care situations.

For this reason the thesis is divided into two sections. Part one gives general information about aging´s structural transformations and an overview of Austria´s legal regulations and an evaluation of status quo institutions. In part two experts were interviewed with a qualitative study design. They were asked their opinion about what has to be changed in the field of health and social policy to provide suitable structures in the future for old people who are in need of care. The question was also raised about what has to be done to secure a suitable situation for aging migrants. The main point of research was to find alternative care settings which fulfill the needs of aged people so the possibility of aging with dignity can be assured in Austria.

Keywords:

need of care, expert interviews, migrants, federal care law, care provision

Lebenslauf

Geburtsdatum:	16.05.1970
Geburtsort:	Wien
Nationalität:	Österreich
Familienstand:	Verheiratet, 2 Kinder

Studium:	2007 - dato	Doktorratsstudium an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien
	2004 - 2007	IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
Berufserfahrung:	2009 - dato	Forschungsinstitut des Roten Kreuzes als wissenschaftliche Mitarbeiterin
	1995- 2009	AKH Wien, Unfallchirurgie als DGKS
	1994 - 1995	Rudolfinerhaus Wien als DGKS
Ausbildung:	1991 - 1994	Diplom an der Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses
Schulbildung:	1993 - 1989	Matura an der HBLA für Mode und Bekleidungstechnik

Vortragstätigkeit:

- Vorstellung erster Ergebnisse der Dissertation am 4. gemeinsamen Österreichisch - Deutschem Geriatriekongress im Mai 2009 in Wien

- Vorstellung der Diplomarbeit im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung AKH 2008

Vereinstätigkeit:

- Gründungsmitglied im Verein „Pflege und Wissenschaft im AKH“

- Mitglied im AbsolventInnenverein des Rudolfinerhauses