



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Erwartungen an die Pflege und empirische
Untersuchung über Pflegevorsorge“

Verfasserin

Helga Mandl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Vorwort

Zu allererst möchte ich mich bei meiner Betreuerin, Fr. Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula herzlich bedanken. Sie gab mir wertvolle Anregungen und hat mich mit Ihrem Wissen unterstützt, um eine gute Arbeit nach meinen Vorstellungen zu schreiben.

Ein großer Dank richtet sich auch an das AKH Wien, insbesondere an meine Stationsleitung DGKS Edith, sowie dem gesamten Team von 18K, die mir die Möglichkeit gaben, Berufs begleitend studieren zu können.

Erwähnen möchte ich auch Fr. Keiblinger von der Donauversicherung, Filiale Krems, die mir in dankenswerter Weise, so selbstverständlich Ihren Kundenkreis zur Verteilung meiner Fragebögen anbot und fachliche Informationsweitergabe nicht scheute.

Meinen Eltern Friederike und Leopold, sowie meinen Schwestern Edith und Birgit möchte ich danken, die mich bei der Verteilung der Fragebögen sehr hilfreich unterstützt haben und mir während der Studienzeit viel Verständnis entgegen brachten.

Danken möchte ich auch meiner Studienkollegin und langjährigen Freundin Inge, die den gesamten Studienweg gemeinsam mit mir bestritt und die mir oft Mut zum Weitermachen gegeben hat, wie auch meine Freundin Sabine, die mir durch Ihre stete Zusprache viel Energie und Kraft für die Arbeit geschenkt hat.

Ein ganz besonders herzlicher Dank gilt Hr. Ing. Pichler, der mich - laufend und besonders gegen Ende des Studiums - durch sein starkes Vertrauen in mich und meine Arbeit stets bestärkte, mir mit hilfreichen Tipps und seinem Wissen stets zur Seite stand und mich so zum Weitermachen anspornte.

Ein ebenso großer und besonderer Dank gilt Hr. MMag.Stelzhammer und Sandra, die mir mit Ihrem großartigen Einsatz im Statistikbereich Ihre tolle

Unterstützung zukommen ließen und ebenso Hr. Mag. Huber, der mir mit seinen exzellenten PC-Kenntnissen sehr hilfreich zur Seite stand.

Helga Mandl

Wien, November 2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
1 EINLEITUNG	7
1.1 <i>Forschungsfrage:</i>	7
1.2 <i>Relevanz des Themas</i>	7
1.3 <i>Aufbau der Arbeit</i>	8
2 THEORETISCHER HINTERGRUND:	11
2.1 <i>Begriffsdefinitionen von Konsumentensouveränität:</i>	11
2.2 <i>Traditionelle Konzepte der Konsumentensouveränität.....</i>	14
2.2.1 <i>Nomokratische Ansätze oder die Ansätze der „gains of trade“:</i>	15
2.2.2 <i>Wohlfahrtsökonomischer Ansatz – ALLOCATIONAL APPROACH</i>	26
2.3 <i>Konsumentensouveränität und Evolution.....</i>	28
2.4 <i>Konsumentensouveränität auf dem Gesundheitsmarkt: Ein Paradigma im Gesundheitswesen.....</i>	33
2.4.1 <i>Ordnungsindifferentes Prinzip der Informationserlangung</i>	33
2.4.2 <i>Informationsbedarf</i>	34
2.4.3 <i>Lernprozesse im Gesundheitswesen</i>	39
2.4.4 <i>Konsumentensouveränität und Qualität</i>	41
2.4.5 <i>Konsumentensouveränitätstestdurchführung in Deutschland</i>	42
2.5 <i>Disease Management</i>	44
2.5.1 <i>Definition von Disease Management:</i>	44
2.5.2 <i>Die integrativen Elemente des Disease Managment</i>	45
3 ENTWICKLUNG DER PFLEGEVORSORGE.....	47
3.1 <i>Definition und Einleitung</i>	47
3.2 <i>Marktsituation in der privaten Pflegeversicherung</i>	49
3.3 <i>Marktanalyse.....</i>	50
3.3.1 <i>Allgemeine Produktbeschreibung</i>	51
3.3.2 <i>Gründe von Personen sich beraten zu lassen.....</i>	55
3.3.3 <i>Zusammenfassung der Studienergebnisse</i>	55
3.4 <i>Aktuelle Situation – Vergleich von Produktangeboten</i>	56
3.5 <i>Aktuelles Beispiel zur Finanzierung der Pflegevorsorge</i>	57

4	Zukünftige Pflegebedürfnisse	59
4.1	<i>VORSCHLÄGE VON GUTER VERNETZUNG:</i>	59
4.1.1	CARE-COMPETENCE CENTER:	59
4.1.2	SOZIALES MARKETING	60
4.2	<i>Pflegebedürftigkeit und Pflegepolitik Österreich</i>	63
4.2.1	Pflegekostenstudie der Wirtschaftsuniversität Wien	63
4.3	<i>Neuorientierung der Pflege, den Kundenwunsch in den Mittelpunkt stellen</i>	64
4.3.1	Mögliche Lösungsansätze	67
5	BEDARFSANALYSE.....	69
5.1	<i>Methodik.....</i>	69
5.2	<i>Ergebnisse der Fragebögen.....</i>	72
5.3	<i>Auswertung der Ergebnisse</i>	74
5.4	<i>Zusammenfassung.....</i>	129
6	RESÜMEE	136
7	LITERATUR.....	139
8	ANHANG	145

1 EINLEITUNG

1.1 Forschungsfrage:

Inwiefern entsprechen die derzeitigen Erwartungen bezüglich der eigenen Pflege im Alter der voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung, und inwieweit kann Pflegevorsorge einen unterstützenden Beitrag zum Gesundheitssystem und für den Einzelnen leisten?

1.2 Relevanz des Themas

Aufgrund der demographischen Entwicklung, sprich ständig zunehmenden Zahl älterer Menschen und des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, steigt der Bedarf laufend nach adäquaten Versorgungsmechanismen. Abgesehen vom Kostenaufwand kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Betreuungsbedürftigen und gleichsam kann die Familienstruktur dem Standard von Pflegeleistungen nicht standhalten.

Ein weiterer kritischer Einwand sind die in Zukunft eher sinkenden staatlichen Pensionen bei gleichzeitig steigenden Kosten. Auch diese Kombination wird die Finanzierungslücke in der Pflege erhöhen und den Pflegebedürftigen nicht unterstützen.

In der Zeit meiner Berufs- und Studienjahre wurde ich immer wieder mit verbesserungswürdigen Pflegesituationen und unzufrieden stellenden Gesprächen konfrontiert und so wurde diese Thematik zu einer immer stärker wachsenden Herausforderung in Richtung eines Diplomthemas.

Schätzungen haben ergeben, dass im Jahr 2030 bis zu 500.000 Personen pflegebedürftig, und bis zu 960.000 betreuungsbedürftig sein werden. Gleichzeitig werden weniger Erwerbstätige zu beziffern sein und es wird generell mehr Nachfrage an Pflegedienstleistungen vorherrschen.

Somit sind alle Pflegeverantwortlichen und damit auch die Pflegewissenschaft aufgefordert, sich noch intensiver mit diesem Thema auseinander zusetzen und nach guten Antworten und Lösungen zu suchen. Mögliche Ideen aufzugreifen, mit den Verantwortlichen politischen, wirtschaftlichen und sonstigen Träger- und Körperschaften wie die politischen Parteien, das Sozialministerium, die Arbeiterkammer, der Gewerkschaftsbund, die Wirtschaftskammer sowie Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe, Rotes Kreuz, Diakonie, Österreichische Krankenpflegeverband und so weiter – um nur einige zu nennen - zu kooperieren und Projekte umzusetzen.

Das Ziel sollte sein, den derzeitigen bereits eingeschlagenen wissenschaftlich qualitativ sicher guten Weg mit weiteren neuen möglichen innovativen Ideen und allen zur Seite stehenden Instrumenten noch besser zu gestalten. Das Ergebnis sollte auch für den Betroffenen, nämlich den Pflegebedürftigen und seinem Umfeld eine Verbesserung aufzeigen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Den Rahmen meiner Arbeit möchte ich folgendermaßen gestalten:

Meine Forschungsfrage wird unterlegt mit dem theoretischen Teil des Kapitels der Konsumentensouveränität in den verschiedensten Auslegungen der gefundenen Literatur.

1. Kapitel: Definitionen von Konsumentensouveränität, kurze Einblicke auf Traditionelle Konzepte der Konsumentensouveränität wie Nomokratische Ansätze, erklärend durch das Phänomen der Konsumentensouveränität bei Ludwig von Mises, die Konsumentensouveränität und der Ordoliberalismus, Hutt und seine Darstellung von Konsumentensouveränität, kurzer Einblick auf den Wohlfahrtsökonomischen Ansatz von Konsumentensouveränität (Allocational approach)

2. Kapitel: Einblick auf Konsumentensouveränität und Evolution als ein neuer Ansatz, Überlegungen aus der Epistemologie: wodurch wird der Einzelne zum Handeln motiviert, welche handlungsleitenden Grundmuster der Konsumentensouveränität und Problemlösungen liegen hier zugrunde

3. Kapitel : Konsumentensouveränität im Gesundheitsbereich, die Umsetzung auf den Gesundheitsmarkt, ordnungsindifferentes Prinzip der Informationserlangung sprich Wissen und Lernfähigkeit, Informationsbedarf auf Seiten der Leistungsanbieter- und Leistungsnachfragerseite, Internet als wichtige Informationsquelle, Umgang mit medizinischer Information, Lernprozesse im Gesundheitswesen mit Konsumentensouveränität, Qualitätsbereich, Konsumentensouveränitätstestdurchführung in Deutschland, Disease Management als geeignetes Instrument zur Steigerung der Patientensouveränität

4. Kapitel: Pflegevorsorge: Einleitung und Definition, Marktsituation in der privaten Pflegeversicherung, derzeitige Angebote und Vergleiche von Versicherungen innerhalb der Österreichischen Bundesländer unterlegt mit einer Studie über private Pflegegeldversicherungen der Arbeiterkammer Wien, aktuelle Situationsbeleuchtung anhand eines kleinen praktischen Beispiels zur möglichen Finanzierbarkeit

5. Kapitel: Zukünftiger Pflegebedarf: Gegenwärtige und zukunftsvisionelle Pflegebedürfnisse wahrnehmen, Vorschläge von guter Vernetzung: Care-Competence-Center und Soziales Marketing als ein mögliches Modell zur Dynamisierung von Prozessen im Gesundheitswesen durch strategische Netzwerkstrukturen, Pflegebedürftigkeit und Pflegepolitik von Österreich anhand einer Pflegekosten-Studie der Wirtschaftsuniversität Wien (August 2006), Neuorientierung der Pflege – Stellungnahme von Dr. Werner Kerschbaum, stellvertretender Generalsekretär des Österreichischen Roten Kreuzes in „Die Presse“ vom 9. Februar 2008 und mögliche Lösungsansätze

6. Kapitel: Bedarfsanalyse: Methodik, Fragebogenerhebung,
Fragebogenergebnisse, Auswertung der deskriptiven Ergebnisse,
Zusammenfassung

2 THEORETISCHER HINTERGRUND:

2.1 Begriffsdefinitionen von Konsumentensouveränität:

Die Konsumentensouveränität ist ein eher sperriger Begriff. Er wird daher oft mit der sehr einfachen Phrase „Der Kunde ist König“ übersetzt.

Der eigentliche Begriff jedoch findet sich erst historisch nachweisbar in einer Abhandlung William H. Hutt's aus dem Jahr 1936 (siehe auch Kapitel 2.2.1.3 Begriffsdefinition von Hutt).

Interessant ist, dass Hutt sich selbst nicht sicher ist, ob er den Begriff wirklich geprägt hat. In der Literatur finden sich dazu keine eindeutigen Angaben.

Der englische Originalbegriff lautet „Consumers` Sovereignty“, der in Pluralform definiert ist, dass zeigt, dass der Ursprung des Konsumenteninteresses sich auf die Mehrheit der Konsumenten im Verhältnis zur Produktion bezieht und nicht auf jeden einzelnen Verbraucher.

Übersetzt man den Begriff des Konsumenten aus dem Lateinischen, so heißt es: „der durch Verwenden Verbrauchende“ (vgl. von Reibnitz, Schnabel, Hurrelman, 2001, S. 266). Im Duden heißt es der „Verbraucher, Käufer“.

Der Begriff Souveränität ist auf das altfranzösische Wort „souverain“ zurückzuführen (vgl. von Bömmel, 2003, S. 17) und wird laut Duden als „unumschränkt, selbständig, überlegen“ übersetzt.

Der Souverän wird als Herrscher, Landes- und Oberherr beschrieben (vgl. Duden, Die deutsche Rechtschreibung, 1996, Band 1, S. 692)

Im Mittelalter stand Souveränität für eine hohe oder höchste Machtposition. Es wurde in religiöser wie auch in weltlicher Sicht gesehen, also für Gott den Allmächtigen oder für den höchsten Repräsentanten des herrschenden Adels (vgl. von Bömmel, 2003, S.17).

Den grundlegenden Bezug zur Begrifflichkeit stellt Hutt jedoch normativ so dar:

„There is firstly that process by which he obtains a claim on society. In exercising this we see him in his consumer`s role. He obtains the claim in return for services rendered by him in response to society`s demand. In rendering these services we see him in his producer`s role. Consumer`s sovereignty is exercised through the search on the part of Individuals for the fulfilment of some of their preferences in this manner“ (vgl. Hutt, 1936, S. 72).

Ähnlich äußert sich auch Adam Smith (1993):

„Der Verbrauch allein ist Ziel und Zweck einer jeden Produktion, daher sollte man das Interesse des Produzenten eigentlich nur soweit beachten, wie es erforderlich sein mag, um das Wohl des Konsumenten zu fördern....“ (vgl. Smith, 1988, S.558)

Diese Aussage klingt vorerst einleuchtend. Aus normativer Sicht umfasst die Aufgabe der Produktion, Produkte und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen, die individuellen Anforderungen genügen.

In der Merkantilistischen Wirtschaftsordnung wird das Wohl des Verbrauchers jedoch beinahe ständig dem Interesse des Produzenten geopfert.

“... betrachtet man offenbar die Produktion und nicht den Konsum als letztes Ziel oder Objekt allen Wirtschaftens und Handelns“ (vgl. Smith, 1993, S. 558).

Die merkantilistische Wirtschaftssteuerungsidee grenzt sich eindeutig zur marktwirtschaftlichen Ordnungsidee ab. Sie war ein Vorreiter der marktwirtschaftlichen Ordnungsformen.

Zur besseren Verdeutlichung zitiere ich Heissel:

„Die merkantilistische Wirtschaftspolitik ist unmittelbar mit dem absolutistischen Staat und seinem hohen Fiskalbedarf verbunden. Der Staat betreibt dabei eine Schutzpolitik der heimischen Wirtschaft. Die Produzenten galten als Motor der Wirtschaft, entsprechend wurde ihr Wohl in den Vordergrund der wirtschaftspolitischen Entscheidungen gestellt. Dies hatte monopolistische Strukturen zur Folge, die aufgrund der Abschottung von ausländischer Konkurrenz zu hohen Monopolgewinnen führten. Der Konsum hatte keinen eigenen Zweck, sondern diente lediglich der Erhaltung der Arbeitsproduktivität (vgl. Bowman, 1951, S.2f.).

Stobbe (1983) definiert Konsumentensouveränität

„...als einen Grundgedanken der Marktwirtschaft, der in seiner einfachsten Form besagt, dass die Konsumenten durch ihre Nachfrage in Abhängigkeit ihrer Präferenzen und im Rahmen ihres verfügbaren Einkommens die Produktion steuern“ (vgl. Von Reibnitz, Schnabel, Hurrelman 2001, S. 267).

Die Präferenzen des Konsumenten sind vorhanden und werden von individuellen Bedürfnissen gesteuert. Zu betonen ist, dass jeder Konsument in seinen Entscheidungen über Art und Menge der zu erwerbenden Güter frei ist.

Stobbe meint weiters:

„In der Markttheorie bedeutet Konsumenten-Souveränität aber nicht nur freie Wahlmöglichkeiten für den Verbraucher sondern auch, dass sich die Anbieter nach den Wünschen der Nachfrager richten, wie sie in deren monetären Nachfrage zum Ausdruck kommen, und dass es keinen Einfluss der Produzenten auf die Präferenzen der Konsumenten gibt (vgl. von Reibnitz, Schnabel, Hurrelman 2002, S.267)

Somit ist das Individuum allein für die Bewertung von Maßnahmen verantwortlich und entscheidet selbst, ob die Maßnahme ihm von Vorteil ist oder nicht.

Hutt zeigt den Vergleich mit einer parlamentarischen Regierung:

„Electors`sovereignty under democratic institutions are complementary. The individuals`s autonomy is expressed within the limits imposed by both. They cannot be considered apart“ (vgl. Hutt, 1936, S.12).

In der Literatur findet man sehr heterogene Vorstellungen von Konsumentensouveränität. Es herrscht jedoch Einigkeit darüber, dass es ein Bestandteil eines jeden marktwirtschaftlichen Steuerungssystems ist. Unklar hingegen ist, ob Konsumentensouveränität nun über ein eigenes Konzept verfügt, ob es ein Steuerungsideal darstellt oder ob der Begriff lediglich eine Prozessbeschreibung wiedergibt.

Außerdem wird dem Begriff eine emotionale Bedeutung zugeschrieben. Laut Literaturrecherchen liegt der Grund darin, dass die in Verruf geratenen Konzepte marktwirtschaftlicher Ordnung in ein besseres Licht gerückt werden sollen.

Die Literatur spricht deshalb ausschließlich von dem Phänomen der Konsumentensouveränität, damit alle möglichen Vorstellungen bezüglich der Konsumentensouveränität umfasst werden.

Im Wesentlichen werden mit dem Begriff der Konsumentensouveränität die folgenden Konzepte der Wirtschaftstheorie in Verbindung gebracht, auf die ich nun näher eingehen möchte.

2.2 Traditionelle Konzepte der Konsumentensouveränität

Buchanan definierte zwei Begriffe, die große Unterschiede in den verschiedenen Ansätzen der Wirtschaftstheorie zeigen, nämlich: „gain of trade“ (nomokratische Ansätze) und „allocational or maximizing approach“ (Wohlfahrtsökonomischer Ansatz),(vgl. Buchanan, 1991, S109ff).

Auch innerhalb dieser Ansätze können weitere Unterscheidungen wahrgenommen werden, nämlich die Nomokratischen Ansätze sowie die Wohlfahrtsökonomischen Ansätze, die ich nun etwas konkreter erläutern möchte:

2.2.1 Nomokratische Ansätze oder die Ansätze der „gains of trade“:

Vertreter dieser Ansätze sind Ludwig Von Mises, Eucken und Böhm (Ordoliberalismus) und letztendlich William Hutt, auf all deren Ausführungen ich nun näher eingehen möchte:

2.2.1.1 Phänomen der Konsumentensouveränität bei Ludwig Von Mises

Stellenwert der Konsumentensouveränität bei Von Mises

Ludwig von Mises ist ein bedeutender Anhänger und Begründer der Österreichischen Schule und wird im Zusammenhang mit Konsumentensouveränität in der Literatur sehr hoch geschätzt. Seine Ausführungen bieten jedoch weder ein Konzept noch ein Steuerungsideal der Konsumenten-Souveränität.

Die Bedeutung seiner Forderungen sind durchgehend klar erkennbar, d. h.

„Von Mises wirtschaftstheoretische Untersuchungen betreffen allerdings insbesondere das Handeln der Menschen und die einen Teil dieser Disziplin ausmachende Katallaktik (vgl. Mises 1950, S. 327).“

Laut den Ausführungen von Wikipedia entstammt der Begriff Katallaktik der griechischen Sprache „katallage“ das Tausch bedeutet, und als die Lehre von der Wirkung von Marktinteraktionen insbesondere unter Berücksichtigung der Kapitalmarktinteressenten übersetzt wird.

Der Begriff war ursprünglich für die Volkswirtschaftslehre gedacht und wurde von Richard Whately geprägt.

Heute, und laut angegebener Literatur, seit den Anfängen des 20. Jahrhunderts, hat der Begriff in der Ökonomie seinen Platz gefunden und steht für freie menschliche Marktinteraktionen als treibende Kraft zur Findung von komplexen ökonomischen Problemstellungen.

Die Lehre von der Katallaktik erforscht die Wechselwirkung von Austauschbeziehungen auf Märkten als auch die Wirkung von Interaktionen, welche auf Märkten möglich sind und stattfinden.

Nobelpreise für katallaktische Forschungsansätze wurden nicht nur einmal an bekannte Vertreter wie u. a. Daniel Kahnemann, Smith, George A. Akerlof, Michael Spence und Joseph E. Stiglitz sowie Friedrich Hayek verliehen und unterstreichen hiermit die Bedeutung der katallaktischen Forschungslehre (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/katallaktik>).

Katallakten werden aber auch laut Fremdwörterbuch Knaurs (vgl. Hermann, Fremdwörterbuch Knaurs, 1982 Lexikographisches Institut, München) als Bruchstücke und Fragmente alter Werke übersetzt, das wohl auch heißt, dass Mises, ebenso wie seine Mitstreiter, die Begriffsunvollständigkeit der Konsumentensouveränität gesehen haben, das wiederum die Konsumentensouveränität als „Phänomen“ zu bezeichnen, unterstreicht.

Mechanismus bei Von Mises

In den Augen von Mises ist der Konsument ein launischer und verwöhnter König. Er handelt nur nach seiner Willkür und Wünschen. Findet er woanders etwas, dass ihm besser gefällt, wendet er sich vom Alten rücksichtslos ab, sprich neuen Lieferanten zu. Er kann vollkommen frei über seine Wünsche verfügen, dem Produzenten jedoch sind die Hände gebunden. (vgl. Mises, 1950, S. 270)

Die rationalen Wünsche des Konsumenten bestimmen durch effektive Nachfrage die handlungsleitenden Produktpreise. Es bestehen keine Nachfrageeinschränkungen für den Verbraucher.

*„For them nothing counts other than their own satisfaction. They do not care a whit for past merit and vested interests“
(vgl. Mises, 1950, S. 270).*

Van Bömmel kommentiert unter anderem, dass in Mises Worten Mitleid für die ausgelieferten Produzenten durchzuhören sei. Der Konsument ist Hauptakteur und seine Willkür ist entscheidend. Er bezeichnet ihn als eine Art Sonnenkönig. Sein trageweites Verhalten, die Entscheidungen im Konsumverhalten, die ausgelösten Produktionsprozesse und deren Folgen für die Unternehmen berühren ihn absolut nicht (vgl. van Bömmel, 2003, S.36).

Die Produzenten und Unternehmer stehen in vollständiger Abhängigkeit des Verhaltens der Nachfrager. Jede Abweichung von den Wünschen der Konsumenten führt zur Verringerung ihrer Gewinne.

Die Konsumenten entscheiden über die bestmögliche Form der Verfügung über die Produktionsmittel. Eine Forderung von Mises lautet, dass die Unternehmer die künftige Marktlage voraussehen müssen.

Nach Von Mises wird das Phänomen der Konsumentensouveränität durch die „zwangsweise“ Reaktion der Produzenten auf die freien, egoistischen und launenhaften Konsumentenwünsche geleitet und durch das Preissystem koordiniert.

2.2.1.2 Konsumentensouveränität im Ordoliberalismus

Der Ordoliberalismus basiert auf der „Freiburger Schule“ und setzt auf die Selbstregulierung des Marktes.

(<http://www.politik-netzwerk.de/verbrauerpolitik/verbrauerpolitik.html>).

Er wird als freiheitliche, wettbewerbsorientierte Wirtschaftsordnung gesehen, mit weitgehender Verantwortung des Einzelnen (vgl. Hermann, Fremdwörterbuch Knaurs, 1977, 1979, 1982 Lexikographisches Institut, München). Der Begriff stammt von Hero Moeller aus dem Jahre 1950 und steht im Zusammenhang mit einer Zeitschrift namens Ordo.

Ordo wird wiederum als Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft genannt (<http://de.wikipedia.org/wiki/ordoliberalismus>).

Stellenwert von Konsumentensouveränität im Ordoliberalismus

Mit fortschreitender Industrialisierung ändert sich nun das Bild: Der gesellschaftliche Wohlstand zeigt sich durch Produktionswachstum und auch niedrige Einkommensschichten haben Anteil am wachsenden Wohlstand. Und Van Bömmel zitiert:

„Außerdem hat sich Marx` Analyse des Zusammenhangs von Produktionsverhältnissen und Gesellschaft in einem ökonomischen Gegenmodell zur liberalen Verkehrswirtschaft konkretisiert“ (vgl. Van Bömmel, 2003, S.34).

Beim Ordoliberalismus handelt es sich laut Heissel um eine marktwirtschaftliche Ordnungskonzeption, in deren Gesamtvorstellung die Steuerung durch den Konsumenten eine wichtige Rolle spielt. (vgl. Heissel, 2002, S. 20)

„Methodologisch hervorstechend ist das Denken in Ordnungen zur Lösung allgemeiner theoretischer Probleme“ versichert Lenel. (vgl. Lenel, 1989, S.5f).

Die bekanntesten Vertreter des Ordoliberalismus sind Eucken und Böhm, die sich hauptsächlich mit der zentralverwaltungswirtschaftlichen Ordnung kritisch auseinandersetzen. Es wird von einer wünschenswerten Ordnung gesprochen, wo Funktionsfähigkeit und Menschenwürdigkeit als die wünschenswerten Kriterien angeführt werden.

„Diese Zielvorstellung ist nur mit einer freiheitlichen Ordnung vereinbar, in der Wettbewerb ein zentrales Element ist“ (vgl. Heissel, 2002, S.20).

Der Wettbewerb stellt das Mittel zur übergeordneten Zielerreichung dar.

Wenn Wettbewerb, die Steuerung durch den Konsumenten aber maximal als ein Mechanismus im Wettbewerb verstanden werden kann, dann dient es nicht als Steuerungsideal, an dem die Qualität einer Ordnung gemessen werden kann.

Diese Einschätzung findet seine Bestätigung, indem sich weder Eucken noch Böhm näher mit der Wahlfreiheit der Konsumenten auseinandersetzen (vgl. Gröner/Köhler, 1987, S.12).

Dies erscheint jedoch aber unbedingt erforderlich, wenn man von einem Leitbild der Konsumentensouveränität spricht. Folgende Zitate beweisen die wichtige Rolle der Konsumenten im Lenkungsprozess aus der ordoliberalen Sicht:

*„Bei Konkurrenz bestimmen die Konsumenten über Art und Umfang der Produktion, wobei die Unternehmer letztlich, wenn auch mit einem gewissen Spielraum, in ihrem Auftrag handeln“
(vgl. Eucken, 1952, S. 163).*

Sowie

*„In der Zentralverwaltungswirtschaft sind die Konsumenten hörig. Sie lenken nicht mehr den Wirtschaftsprozess. Sie saugen nicht mehr mit Hilfe der Preise die produktiven Kräfte an sich heran und entscheiden nicht mehr über die Rückversetzung“
(vgl. Eucken, 1952, S. 87).*

Diese Zitate erheben den Konsumenten eindeutig zum König in einer marktwirtschaftlich orientierten Ordnung. Es lässt also sich feststellen dass das Phänomen der Konsumentensouveränität im ordoliberalen Ansatz zwar eine bedeutende Rolle spielt, es aber lediglich als Steuerungsmechanismus fungieren kann.

Die Steuerung durch den Konsumenten ist jedoch häufig eingeschränkt, denn nur im Zustand der vollständigen Konkurrenz ...

*“ist der Konsument uneingeschränkter Souverän des Marktgeschehens“
(vgl. Heissel, 2002, S.23).*

Zu dieser Erkenntnis gelangt Eucken durch den preistheoretischen Hintergrund, die seinem analytischen Standpunkt jedoch keine wesentlichen Veränderungen abverlangt (vgl. Fehrl, 1989, S. 79f.).

Laut Heissel ist das Ziel konstruktivistischer ordnungspolitischer Eingriffe:

...„die Herstellung der vollständigen Konkurrenz, in der der Konsument die Steuerungskraft besitzt. Das Steuerungsideal stellt die Verwirklichung der vollkommenen Konkurrenz dar, in der die Steuerung durch den Konsumenten ein wesentliches Element ist“ (vgl. Heissel, 2002, S. 23).

Vanberg hingegen fordert die strenge Trennung von Leistungswettbewerb und vollständiger Konkurrenz. Er unterscheidet nicht zwischen den Konzepten der Konsumentensouveränität von Hutt und der Vorstellung des Leistungswettbewerbes im Ordoliberalismus (vgl. Vanberg, 1997, S. 720f.).

So heißt es bei Vanberg:

*„Auch das Konzept der Konsumentensouveränität, das ebenso häufig missdeutet worden ist wie das des Leistungswettbewerbs, läuft auf die Vorstellung eines wirtschaftlichen Steuerungssystems hinaus, das Konsumentenentscheidungen zu den letztendlichen „Reglern“ des wirtschaftlichen Prozesses macht. Ebenso wie beim Konzept des Leistungswettbewerbes geht es dabei nicht um eine einfache Beschreibung faktischer Marktprozesse, sondern um ein Steuerungsideal, an dem existierende Wirtschaftsordnungen gemessen werden können“
(vgl. Vanberg, 1997, S. 720).*

Der Leistungswettbewerb wird als fair definiert, also als ein Wettbewerb ohne Behinderung der Mitwettbewerber (vgl. Eucken, 1952, S. 247). Der Wettbewerb dient dazu, sich die Gunst des Kunden zu verschaffen. Eucken stellt dafür die Forderung nach Vollständiger Konkurrenz auf.

Ich zitiere:

„In der vollständigen Konkurrenz findet ein Wettbewerb der Anbieter um die Gunst der Konsumenten statt. Der Anbieter nimmt den Preis als Datum. Der Preis wird also vom Markt genommen. Der Unternehmer versucht die zu realisierenden Preise zu schätzen (vgl. Eucken, 1950, S. 248).

Findet der Konsument nun keinen Gefallen an den angebotenen Gütern, scheidet der Unternehmer langfristig aus dem Markt aus oder er kann sein Angebot noch verändern. Somit wird der Wettbewerb Mittel zur Leistungssteigerung. Der Konsument steuert und lenkt die Prozesse (vgl. Heissel, 2002, S.27)

2.2.1.3 Konsumentensouveränität nach Hutt

Begriffsdefinition

William Hutt wird als der eigentliche Begründer des Begriffes der Konsumentensouveränität angesehen. Durch sein Buch „Economists and the Public: A Study of Competition and Opinion“ gewann der Begriff „Konsumentensouveränität“ seine große Bedeutung.

Heissel schreibt:

„Hutt zufolge erwähnte er den Begriff erstmals in einem Artikel 1931, der jedoch nicht veröffentlicht wurde. Nach Woll hat schon der akademische Lehrer Hutts, Edwin Cannan, den Begriff zuvor verwendet (Vgl. Woll 1998, S. 204). Woher diese Information stammt, bleibt jedoch unklar. In Hutt (1934, S.14), wird der Begriff erstmals in einem veröffentlichten Artikel verwendet. Zum damaligen Zeitpunkt vertritt Hutt noch die Vorstellung, dass Konsumentensouveränität selbsterklärend sei“ (vgl. Heissel, 2002, S. 31)

Hutt selbst hingegen misst der Wortschöpfung gar keine besonders große Bedeutung bei (vgl. Hutt, 1940, S. 77).

Er merkt sogar an, dass er möglicherweise gar nicht der Schöpfer des Begriffes sei:

*„I am not sure whether I coined the term myself. Marketing literature contains phrases like `the Customer is always right`, and I am told that a Coverbial expression in high Dutch is `De klant Is koning` (the customer is always king)“
(vgl. Hutt, 1940, S. 66).*

Hutt gibt auch zu, mit dem Begriff unzufrieden zu sein, weil dieser tatsächlich Emotionen hervorruft und die Sachlichkeit darunter leidet.

„Eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen würde daher eher erschwert“ (vgl. Heissel, 2002, S.32)

Er unterstreicht aber auch, dass er für den Begriff dennoch keinen besseren Ersatz findet, denn laut Literatur:

„Hutt verdeutlicht aber, dass der Begriff in Ermangelung eines besseren Begriffes durchaus seine Berechtigung hat, zumal er doch in hervorragender Weise genau das beschreibt, worauf es bei dem gesamten Konzept ankommt“ (vgl. Heissel, 2002, S.32)

Zitat von Hutt:

*„Nevertheless, the term still seems to me both object and vivid. It does describe most accurately the crucial relationship of the individual to society in respect of the ends of striving”
(vgl. Hutt, 1940, S. 71).*

Hutt setzt einen Vergleich zwischen dem Begriff der Konsumentensouveränität und der Souveränität des Wählers in einer Demokratie. So wie jeder Bürger einen Anteil an der Regierungsmacht besitzt, so wird auch die Macht des Konsumenten über den Produzenten gerechtfertigt.

Seiner Ansicht nach sind die Begriffe austauschbar, dennoch verwendet er in seinen weiteren Ausführungen den Begriff der Konsumentensouveränität (vgl. Heissel, 2002, S. 33).

Stellenwert und Verständnis

Hutt behandelt das Phänomen der Konsumentensouveränität als Steuerungsideal und als Mechanismus. Er zeigt sowohl eine Beschreibung als auch ein normatives Argument für das Phänomen.

Stellenwert und Verständnis von Hutt liegt in der Befriedigung der Konsumentenwünsche. Er unterteilt Elemente der Konsumentensouveränität auf zwei Ebenen, nämlich einer konzeptionellen und auf einer Prozessebene.

*„The consumer is sovereign when, in his role of citizen, he has not delegated to political institutions for authoritarian use the power which he can exercise socially through his power to demand (or refrain from demanding)“
(vgl. Hutt, 1936, S. 257).*

Für Hutt ist die richtige Anwendung der Konsumentensouveränität maßgeblich.

Er unterscheidet zwischen Zielen und Mitteln, wobei die Wahl von Zielen eindeutig bei den Konsumenten liegt und die Wahl der Mittel zur Erreichung dieser Ziele bei den Produzenten.

Diese Einteilung erkennt man auch schon bei *von Mises* und *Eucken*, die die Frage nach der Produktion (Ziele) und dem Produktionsprozess (Mittel) getrennt voneinander betrachten.

*„When ends are being sought, we are concerned with demand; when means are being chosen, we are concerned with an aspect of supply-entrepreneurship“
(vgl. Hutt, 1940, S. 66).*

Die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Zielen ist eine Offenbarung der Konsumentensouveränität.

Laut Heissel heisst es:

„Da Konsumentensouveränität den Vorstellungen der Gerechtigkeit entspricht und in einem engen Zusammenhang mit Freiheit und Toleranz steht, stellt nach Hutt die Konsumentensouveränität den Garanten für politische und soziale Stabilität dar“ (vgl. Persky, 1993, S.188).

Die Konsumentensouveränität dient nicht nur zur Befriedigung von Konsumentenwünschen. Nach Hutt ist es ebenso ein Instrument zur sozialen Kontrolle der Macht innerhalb der Gesellschaft und sie verspricht Freiheit. Hutt konzeptionierte somit die Konsumentensouveränität auch zur Erreichung des produktiven sozialen Friedens (vgl. Persky, 1993, S. 188).

Somit wird der Konsumentensouveränität ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Kontrolle von Macht und die Befriedigung des Konsumentenwillens gewinnen an Bedeutung. Das Konzept allein kann jedoch nicht als Lösung dienen (vgl. Hutt, 1936, S. 266f).

Heissel (vgl. Heissel, 2002, S.35) beruft sich auf Hutt, der die Konsumentensouveränität so angibt:

Er „sieht die Schwäche in der Ermangelung des Zusammenhanges zwischen den Ergebnissen des durch Konsumenten gesteuerten Prozesses und der Maximierung übergeordneter Bedürfnisse wie die eines „good life“ (vgl. Hutt, 1940, S. 70.

Auf die ethische Komponente zu seinem Begriff in diesem Zusammenhang geht Hutt nicht ein.

Mechanismus von Hutt

„Die Konsumentensouveränität, verstanden als Mechanismus, wird umschrieben als die Wirkung, die von den freien Konsumentenentscheidungen ausgeht, und zwar als unpersönlicher Zwang auf die Anbieter, deren Verhalten als Antwort auf diesen Reiz zu interpretieren ist“ (vgl. Heissel, 2002, S. 39).

Es ergeben sich zwei interessante Dimensionen (vgl. Van Bömmel, 2003, S. 16): denn Hutt nimmt eine Unterscheidung in Bezug auf die sozialen Rollen vor. Er sieht das Individuum in der Doppelrolle: nämlich als Produzent und Konsument.

Als Produzent steht er im Dienst der Wünsche des Konsumenten. Er muss auf seine eigenen Erwerbsinteressen zu Gunsten der anderen verzichten. Er sollte das produzieren, das andere sich wünschen.

Als Konsument ist er der König, der seine Wünsche und Vorstellungen kundtut. Er hält das Zepter in der Hand.

Die Doppelrolle eines jeden Individuums, die des Souveräns und die des Objektes sieht man beispielhaft in seiner Rolle als Konsument und als Produzent (vgl. Hutt, 1936, S. 25).

Tabelle 1: KONSUMENTENSOUVERÄNITÄT IN TRADITIONELLER SICHTWEISE

Konsumenten-souveränität	von Mises	Ordo-liberalismus	Wohlfahrt-ökonomie	Hutt
Ziel oder Mittel	Mittel	Mittel	Ziel: Souveränität des Verbrauchers als Ideal; enge Verbindung mit Paretokriterium als anzustrebendem Wohlstandsideal	Ziel: Konsumenten-souveränität wird als Steuerungsideal und Steuerungsmechanismus angestrebt
Fundierung	Naturrechtliche Begründung der katallaktischen Wirtschaftsform	Naturrechtliche Legitimierung	utilitaristisch	Legitimierung durch die übergeordnete Norm einer freien Gesellschaft
Nachfrage-verhalten	Befriedigung egoistischer Bedürfnisse und Präferenzen	Das Konsumverhalten ist konstant und wandelbar zugleich	Nutzenmaximieren der Konsument	Nutzenmaximierend er Konsument mit wandelbaren Präferenzen und begrenzter Rationalität
Produzenten-verhalten, Aufgabe der Produzenten	Profitmaximierer befriedigt Bedürfnisse der Nachfrager	Profitmaximierer befriedigt Bedürfnisse der Nachfrager	Profitmaximierer befriedigt Bedürfnisse der Nachfrager und handelt unter Sicherheit	Profitmaximierer der Produzent wählt die Mittel und gehorcht den Konsumenten
Funktionsbedingungen	Abwesenheit von Zwang, kompetitive Marktstrukturen, nicht verzerrte Preise	Vorliegen der konstituierenden und regulierenden Prinzipien	Atomistische Konkurrenz, Erfüllung des Paretokriteriums	Freiheit, Recht auf Substitution, Privateigentum
Kommunikationsvehikel	Aktuelle Preise und Hypothesen über Zukunftspreise	Aktuelle und zukünftigen Preisen	Gleichgewichtspreise	Marktpreise, Ungleichgewichtspreise
Wirtschaftspolitik	Sicherung des Preissystems	Konstruktivistisch, dient der Herstellung der vollständigen Konkurrenz. Korrektur wandelbarer falscher Bedürfnisse	Herstellung der vollkommenen Konkurrenz	Bewertung und Ausrichtung aller institutionellen Arrangements am Ideal der Konsumenten-souveränität erlaubt konstruktivistische Eingriffe
Kurzkritik	praxeologisch preistheoretisch fehlende Verhaltens und Produzententheorie naturrechtliche Legitimierung	konstruktivistische Wirtschaftspolitik fehlende Verhaltens und Produzententheorie naturrechtliche Legitimierung	statischer Nirwana Ansatz fehlende Verhaltenstheorie	nicht immer konsequent individualistisch Mangelnde Fundierung Keine fundierte Verhaltens- und Produzententheorie

Quelle: Heissel, 2002, Seite 59

2.2.2 Wohlfahrtsökonomischer Ansatz – ALLOCATIONAL APPROACH

Die Wohlfahrtsökonomie spaltete sich aufgrund der unterschiedlichen Denkweise in die „OLD WELFARE ECONOMICS“ und die „NEW WELFARE ECONOMICS“. (vgl. Bohnen, 1964, S. 61ff)

Diese Ansätze lassen sich weiter in einen

- Physisch-materiellen,
- Utilitaristisch-subjektiven,
- behavioristisch-formalen Wohlstandsbegriff

trennen (vgl. Jochimsen, 1961, S. 31ff), wobei alle drei Begriffe der utilitaristischen Theorie treu bleiben.

„Ihre theoretische Fundierung erhält die wohlfahrtsökonomische Betrachtung des Phänomens der Konsumentensouveränität durch den Utilitarismus, auf dessen Annahmen die Wohlfahrtsökonomie vollständig beruht“ (vgl. Heissel, 2002, S. 50).

Nach Bohnen stellt die Wohlfahrtstheorie eine Art weiterentwickelten, angewandten Utilitarismus dar (vgl. Bohnen, 1964, S. 3ff).

Der physisch-materielle Wohlstandsbegriff beinhaltet Verteilungsgerechtigkeit und Produktion.

Unter Wohlfahrt versteht man in erster Linie Kapitalanhäufung und diese gewinnt man durch Produktion. (vgl. Jochimsen, 1961, S. 34). Der Konsument verliert hier an Bedeutung.

„Unter der Voraussetzung gegebener Bedürfnisse und Produktionstechniken sowie bestimmter Produktivkräftemengen wird der wirtschaftliche Wohlstand maximiert, wenn überall in der Wirtschaft vollständiger Wettbewerb herrscht. Langfristig gesehen wird ein Ausgleich der Grenznutzen der Geldeinkommen angestrebt“ (vgl. Jochimsen, 1961, S. 36).

„Wohlstand und Sozialprodukt werden miteinander verknüpft“ (vgl. Jochimsen, 1961, S. 43)

Die subjektive Bewertung gewann mehr an Bedeutung.

Im Vordergrund steht jedoch generell nur noch der Ansatz der „New Welfare Economics“ oder wie er in der Literatur auch häufig genannt wird der „Paretian Welfare Economics“.

Der Begründer dieses Ansatz war Vilfredo Federico Pareto. Er wurde 1848 in Paris geboren und wird als Ingenieur, Ökonom und Soziologe beschrieben. Durch den Begriff der Wohlfahrtsökonomie wurde er bekannt. Die „Pareto-Verteilung“ und das „Pareto-Optimum“ wurden nach ihm benannt (http://de.wikipedia.org/wiki/vilfredo_pareto)

Dieser Ansatz hat in Bezug auf das Phänomen der Konsumentensouveränität und im Rahmen der Wohlfahrtsökonomie seinen festen Platz gefunden (vgl. Heissel, 2002, S. 50).

2.3 Konsumentensouveränität und Evolution

ALS EIN NEUER ANSATZ

Laut Heissel erfordert dieser Ansatz:

„eine Gesamtbetrachtung des Phänomens der Konsumentensouveränität. Das heißt, dass der Konsument und die ihm zugeschriebene Souveränität mit Lenkungscharakter nur in einem größerem Zusammenhang zu verstehen sind“ (vgl. Heissel, 2002, S. 61)

Ich möchte hier nun eine Abhandlung über Wissen, Informationssuche und Entdeckungssuche aus der Erkenntnislehre einbringen, weil das Wissen und die Information ein wesentlicher Bestandteil für den Konsumenten, speziell auf den Gesundheitskonsumenten bezogen darstellt, und schlussendlich diese Sichtweise die Konsumentensouveränität auf dem Markt als Instrument gelten lässt.

3.3.1 Vorüberlegungen aus der Epistemologie

Zur Einführung möchte ich kurz eine Quellenangabe von Loasby wiedergeben, die die Wichtigkeit der Entdeckungssuche nach Wissen verdeutlicht (vgl. Heissel, 2002, S.61):

„Im Jahr 1486 machte sich Christopher Columbus auf, um einen Wasserweg nach Indien zu entdecken. Am Anfang seiner Reise stand ein Initialproblem, das er mit Lösungshypothesen umgab. Entsprechend seinen Hypothesen verfolgte er das Ziel, neues Wissen zu entdecken, was ihm beeindruckend gelang.

Am Ende seiner Reise stand aber nicht die Entdeckung einer Wasserstraße nach Indien und somit die Verifizierung seiner Hypothesen, sondern die Entdeckung eines bis dahin für Europäer unbekannten Kontinents. Das zeigt auf der einen Seite die Beschränktheit des menschlichen Wissens und beweist auf der anderen Seite, dass diese Beschränktheit keine Bedrohung darstellt. Vielmehr sollte man sie zur Entdeckung neues Wissens nutzen, auch für nicht intendierte Problemlösungen“ (vgl. Loasby, 1999, S. 2).

Der Mensch kommuniziert auf sichtbare und unsichtbare Weise mit seiner Umwelt. Die Zusammenhänge sind in ihrer Komplexität nicht zu verstehen.

„Das Wissen des Einzelnen kann damit immer nur ein beschränktes, vorübergehendes Hypothesenwissen oder Vermutungswissen sein. Wissensverbesserungen durch die Entdeckung von neuem Wissen und Effizienzverbesserungen hinsichtlich der Wissensnutzung durch Koordination bleiben stets möglich“ (vgl. Loasby, 1999, S. 10).

Wissen ist dabei das Resultat einer evolutorischen Selektion und findet sich in formalen und informellen Institutionen wieder (vgl. Heissel, 2002, S. 63)

Zur Evaluation von Marktprozessen gibt es Hypothesentests, die dazu führen,

„dass neues Wissen entdeckt und falsifiziert oder bekanntes Wissen verifiziert wird“ (vgl. Heissel, 2002, S. 63)

Die Besonderheit an den Tests liegt in der ungeplanten, unvorhergesehenen Entdeckung. Somit ist laut Kasper/Streit aus dem Blickwinkel der Epistemologie

„die Kategorie der „Informationssuche“ („information search“) und auch die Kategorie der „Entdeckungssuche“ („discovery search“)" (vgl. Kasper/Streit, 1998, S. 46f.)

zu unterscheiden, und dieses Wissen stellt eine wichtige wissenschaftliche Grundlage zur Informationserlangung auf dem Wege der Konsumentensouveränität dar.

Friedrich August von Hayek, ein weiterer Vertreter der Österreichischen Schule, den ich bereits hinsichtlich der katallaktischen Forschungslehre erwähnte, widmete sich dieser besonderen Problemstellung. Die Wissensproblematik und die damit verbundene „Anmaßung von Wissen“ beziehungsweise das Konstruktivismusproblem seitens des Staates stellt er in den Mittelpunkt seiner Forschungsaktivitäten (vgl. zu der Problematik der Anmaßung von Wissen Hayek, 1975, 1979 sowie 1996).

Hayeks Arbeiten ist es auch zu verdanken, dass der Markt-Prozess evolutorisch ist und zur Suchmaschine von neuem Wissen verstanden werden kann (vgl. Heissel, 2002, S. 64) und somit auch als solcher instrumentalisierbar ist. Somit wird die Forderung aufgestellt, dass sich Konsumenten-Souveränität ebenso instrumentalisieren lassen können muss.

3.3.2 Handlungsmotivation und handlungsleitende Grundmuster der Konsumentensouveränität

Ein wichtiger weiterer Punkt stellt die Handlungsmotivation dar. Auch hier sehe ich den Gesundheitskonsumenten, dessen Handlungsmotivation zu hinterfragen ist. Wodurch wird der Einzelne zum Handeln angetrieben? Wie wiegt er Alternativen gegeneinander ab? Welchen Lernprozessen und Einflüssen unterliegt er bis er zu einer Entscheidung gelangt?

Die Handlungsmotivation liegen interne als auch externe Faktoren zu Grunde und ist von einer Vielzahl von Einflüssen umgeben. Die Literatur verweist auf die Hypothese des individuellen Gesamtwirtschaftsnutzen (vgl. Heissel, 2002, S. 66).

„Sie stellt eine Annäherung an die Handlungsmotivation dar, um zu einer prozessorientierten Mikroanalyse des wirtschaftlichen Verhaltens von Individuen zu gelangen. Es lässt sich mit dieser Hypothese nur der gemeinsame Zweck der Handlung auf einem hohen Abstraktionsniveau erläutern“ (vgl. Mantzavinos, 1999, S. 11).

Subjektivität und Rationalität des Handelns unterliegen wiederum einem dynamischen, evolutorischen Charakter (vgl. Heissel, 2002, S. 67)

„Die Bedürfnisse und Präferenzen eines Individuums, die beide subjektive Wissensinhalte darstellen“ (vgl. Engelhard, 1999, S. 32) sind variabel (vgl. Heissel, 2002, S. 67)

Bei Heissel heisst es:

„Es sind die Präferenzen, die das Wirtschaftssubjekt hinsichtlich seiner Wahlhandlung leitet (vgl. Heissel, 2002, S.67). Ohne das Vorhandensein von Bedürfnissen würden die Wirtschaftssubjekte keine Verhaltenserscheinungen an den Tag legen. Präferenzen finden ihre wirtschaftliche Äußerung in den Bewertungsurteilen, denen ein Konsument alternative sozialökonomische Sachlagen unterzieht, und in den Wahlhandlungen, die daraus folgen“ (vgl. Engelhard, 1999, S. 42).

Hat sich der Gesundheitskonsument nun zum Handeln motiviert, ob aus einem notwendigen Bedürfnis oder einer Präferenz heraus, und sich vorweg Informationen und ein Grundwissen beschafft, so wird als nächster Schritt die Art der Problemlösung erforscht, um so einen weiteren Hinweis auf das individuelle Verhalten zu erlangen.

3.3.3 Problemlösung

Um das individuelle Verhalten in diesem Konsens besser beurteilen zu können, ist der Mensch in seiner Problemlösungsaktivität zu beobachten.

Mantzavinos meint dazu dass die Technik der Wahlhandlung durch die universelle Anwendbarkeit seinen Vorteil erhalte (vgl. Heissel, 2002, S.69).

„ Es werden syntaktische und pragmatische Aspekte eingeschlossen und es ist eine statische und dynamische Betrachtung möglich“ (vgl. Mantzavinos, 1999, S. 5f).

„Ausgangspunkt ist, dass Individuen unvermeidlich mit Problemen konfrontiert werden, die es zu lösen gilt. Präziser wird der Begriff eines Problems beschrieben, wenn davon ausgegangen wird, dass ein Individuum ein gewisses Bedürfnis hat und der Weg der Bedürfnisbefriedigung noch unbekannt ist, beziehungsweise wenn Alternativen der Bedürfnisbefriedigung bestehen“ (vgl. Newell/Simon, 1972, S. 72).

„In einem solchen, ubiquitären Fall beginnt das Individuum mit Problemlösungsaktivitäten. Ziel ist es, durch die geeignete Auswahl an Operatoren den aktuellen Zustand zu verlassen und einen Zustand zu erreichen, in dem das ausgemachte Bedürfnis befriedigt wird“ (vgl. Heissel, 2002, S. 69)

*„Problem solving methods are procedures for selecting an appropriate sequence of operators that will succeed in transforming the initial state into a goal state through a series of steps“
(vgl. Holland/Holyoak/Nisbett/Thagard, 1986, S. 10).*

Es erfolgt ein Denken in Kategorien, dass heißt, es kommt zur sogenannten Problemkategorisierung. Es wird zwischen einem alten, bekannten Problem und einem neuen unterschieden. Nach dem Prinzip der Problemkategorisierung spielen Alternativen, Knappheit der Mittel und Präferenzen eine maßgebliche Rolle, um zur Problemlösungsaktivität zu gelangen. Auch diese theoretischen Ausführungen stellen einen interessanten Spielraum zur weiteren Handhabung von Konsumentensouveränität und zu deren Umsetzung im Gesundheitswesen dar

Zur weiteren Vertiefung möchte ich hiermit auf A. Heissel, 2002, S. 71 verweisen und nun weiter speziell auf das Gesundheitswesen eingehen.

2.4 Konsumentensouveränität auf dem Gesundheitsmarkt: Ein Paradigma im Gesundheitswesen

Die Konsumentensouveränität ist ein normativer Maßstab, an dem sich ordnungspolitische Bemühungen orientieren können. Inwiefern die Bedingungen der Konsumentensouveränität nun im Gesundheitswesen und die Anforderungen an die Institutionen erfüllt werden, sind maßgebend zum Erreichen dieses Zieles.

Es stellt sich die Frage, ob die laufenden Reformen im Gesundheitssystem dem Konzept der Konsumentensouveränität gerecht werden können. Es hat sich zwar die Stellung des Patienten hinsichtlich seiner Rechte verändert, aber ob ihm auch eine echte Souveränität eingeräumt wurde, bleibt zu hinterfragen.

Die Rechte des Patienten sind in den Ausführungen der Patientensouveränität hinsichtlich der Freiheitsgarantie sicherlich vereinbar, jedoch scheitert es am Wissensdefizit.

Allein die Möglichkeit von Wahlrechten stellt somit noch keine Alternative zu einem durch die Konsumenten gesteuerten Gesundheitswesen dar.

Um dem Phänomen Konsumentensouveränität im Gesundheitsbereich Fuß fassen lassen zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden. Einer dieser Punkte bezieht sich auf die Informationserlangung.

2.4.1 Ordnungsindifferentes Prinzip der Informationserlangung

Die ordnungsdifferenten Prinzipien, wie Freiheit und Preissystem obliegen der Politik, die ordnungsindifferenten hingegen sind Wissen und Lernfähigkeit, und auf diese beiden werde ich nun wieder etwas näher eingehen.

2.4.1.1 Wissen und Lernfähigkeit

In der Literatur wird häufig das Argument angeführt, dass der herrschende Informationsmangel der Konsumenten, verbunden mit nicht ausreichend vorhandenen Informationsmöglichkeiten, dazu führt, dass Funktionsprinzipien der Konsumentensouveränität verletzt werden. Wie im vorigen Kapitel über die Epistemologie und der Wahlhandlung bereits hingewiesen, wird diese Behauptung nun im Folgenden genauer analysiert:

Für die konkrete Wahlhandlung eines Leistungsnachfragers im Gesundheitswesen stellen sich dem Konsumenten folgende interessante Fragen (vgl. Heissel, 2002, S.144):

- Welche Therapiealternativen gibt es?
- Welches Interventionsergebnis ist zu erwarten?
- Welche Präventionsleistungen sind sinnvoll?
- Welche Qualität ist mit welchen Leistungsanbietern verbunden?
- Welche Versicherungsformen gibt es?
- Welche Leistungsanbieter stehen zur Verfügung?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen diesen Versicherungsformen?

Daraus leitet sich ein enormer Informationsbedarf ab.

2.4.2 Informationsbedarf

Der grundsätzliche Informationsbedarf lässt sich in den Bereich der medizinischen Information und den Informationen zu den Leistungsanbietern einteilen

2.4.2.1 Informationen zu den Leistungsanbietern

(vgl. Heissel, 2002, S. 144).

Ich möchte vorerst die Leistungsanbieterseite näher betrachten und über die Informationsart des Internets einige Ausführungen anbringen. Anschließend gehe ich auf die medizinischen Informationen über.

In einem durch Konsumentensouveränität gesteuerten Gesundheitssystem wird es keinen einheitlichen verordneten Leistungskatalog mehr geben. Die unterschiedlichsten Leistungen werden von verschiedensten Versicherungsformen angeboten. Die Auswahl von Verträgen zu den Leistungserbringern wird strenger geprüft werden. Es wird mehr Anfragen des Patienten über Informationen wie zum Beispiel Zugang zu medizinischen Leistungen, Präventionsmaßnahmen geben. Servicequalität, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Abfrage über die Patientenzufriedenheit liefern wesentliche Daten, die wissenschaftlich ermittelbar und über das Internet gut einsehbar sind.

Dazu wird in den USA laut Heissel die Website HEDIS angeboten, die für Healthcare Effectiveness Data and Information Set steht. Diese ist ein beliebtes und weit verbreitetes Maß, um die Leistungsqualität der Leistungserbringer in verschiedenen Kategorien zu messen. Außerdem verweist Heissel auf das Angebot von CAHPS, das wiederum für Consumer Assessment of Healthcare Provider and Systems steht. Die ermittelten Daten dieses Anbieters geben Auskunft

„wie gut Leistungserbringer in der Prävention und Behandlung von Krankheiten fungieren“

(vgl. Heissel, 2002, S.151).

Auf dieser Informationsbasis kann der Patient seiner individuellen Vorstellung und Wünschen eine entsprechende Handlung setzen.

Ebenso im Angebot der verschiedenen Versicherungsformen bietet das Internet eine große Auswahl. Heissel verweist auf ein interessantes Beispiel unter AHRQ, (2001, b). Allerdings konnte ich diese Internetseite nicht einsehen. Ich nehme an sie wurde bereits aktualisiert und neuere Formen werden angeboten. Die letzte Version, die für mich einsehbar war, stammt aus dem Jahr 2008. (<http://www.cahps.ahrq.gov/cahpsix.htm>)

Somit kommt man zu dem Ergebnis, dass Informationen sehr wohl vorhanden sind und diese zumindest theoretisch für jedermann zugänglich sind.

Diese Ermittlungsverfahren sind jedoch auch kritisch zu hinterfragen, da der Datenwert durch die Nachfrage bestimmt wird und es sich hier um ein laufendes Prozessgeschehen handelt (vgl. Heissel, 2002, S.152)

Somit sind Trugschlüsse nicht auszuschließen.

Das Medium Internet ist im 21. Jahrhundert im theoretischen wie im praktischen Bereich einfach nicht mehr wegzudenken. In Bezug meiner Thematik ist es sowohl auf der Leistungsnachfragerbeziehungsseite als auch auf der Leistungsanbieterbeziehungsseite beachtlich leistungsstark.

Daher möchte ich dieser Kommunikationsart einen kleinen Bereich meiner Arbeit widmen:

2.4.2.2 Informationsquelle Internet

Das Internet spielt – wie bereits vorhin erwähnt – eine sehr beachtliche Rolle, ins besonders auch auf der Konsumentenseite. Das Medium bietet dem Gesundheitswesen unter anderem eine gute Chance, um der Konsumentensouveränität den Platz einzuräumen, den diese benötigt, um in all seinen Prinzipien für das Gesundheitswesen anwendbar zu werden.

Ich werde nun kurz näher auf die Leistungserbringer-Seite eingehen:

2.4.2.3 Leistungserbringerseite

Morrison meint dazu:

*„The Internet is transforming every industry it touches, and it is likely that health care will be no exception“
(vgl. Morrison, 2000, S. 48).*

Die große Auswahl an Webseiten mit Informationen zu Gesundheit und Krankheit bestätigt diesen Trend. Schlussendlich bestärkt das Internet die Patienten in ihrer Autonomie. Informationen können relativ schnell abgerufen werden und sind sofort verfügbar und vergleichbar. Der Patient kann mit geringem Zeitaufwand und niedrigen Kosten seine Informationssuche bequem und unbürokratisch mit Transparenz verfolgen.

„Die Vielfältigkeit des im Internet verborgenen Wissens führt zu der Möglichkeit eines intensiven Hypothesentests. Altes Wissen wird obsolet, neue Hypothesen werden aufgestellt“ (vgl. Heissel, 2002, S. 149)

Besonders am amerikanischen Markt kann man beobachten, wie kreativ und funktionell das Internet für den Leistungsinformationssuchenden als gute Möglichkeit genutzt wurde, um den Konsumenten zur Marktteilnahme zu befähigen. Einzuwerfen wäre hier, ob Informationen dieser Art in einem durch Konsumenten gesteuerten Gesundheitswesen von selbst angeboten werden oder ob eine staatliche Regelung von Nöten ist.

Weiteres drängt sich hier im Hintergrund die Frage des Werbeverbotes auf, die in diesem Zusammenhang abgeklärt werden sollte (vgl. Heissel, 2002, S. 146)

2.4.2.4 Medizinische Informationen

Resultate der wissenschaftlichen Methoden wie klinische Versuche, ökonomische Evaluationen oder Outcomeforschung lassen sich in der ärztlichen Ausbildung, in der Handhabung von Behandlungsrichtlinien, im Rahmen der evidenzbasierten Medizin und auch in der täglichen Praxis wiederfinden (vgl. Heissel, 2002, S.147)

Im Sinne der Funktionsfähigkeit des Konzeptes der Konsumentensouveränität können nun auch Patienten mit Hilfe des Internets Informationen gut vergleichen und patientengerecht auf medizinische Informationen zurückgreifen, soweit diese verständlich und nachvollziehbar aufbereitet wurden, das als Grundvoraussetzung dient.

Heissel verweist hier auf die National Library of Medicine (vgl. National Library of Medicine, 2001, S. 147), die vorhandene Daten für die Öffentlichkeit verständlich macht (vgl. MEDLINEplus 2001) und außerordentlich hervorgehoben wird.

„Diese insbesondere als Anbieter von Medline auch in Deutschland bekannte amerikanische Regierungsinstitution genießt hervorragende Reputation und ist bekannt für die Reliabilität und Qualität der angebotenen wissenschaftlichen Informationen“
(vgl. Heissel, 2002, S. 148).

Eine Aussage von Lindberg (2000), unterstreicht die Tätigkeit von Medlineplus, in dem er sagt,

„the cancer patient in Florida, the nurse in rural Montana, and the medical librarian in Melbourne, Australia can tap into MEDLINEplus and have access to the same rich store of information as the physician at a prestigious teaching hospital in New York City.“ (vgl. Heissel, 2002, S. 148)

Diese Art von Datentransfer ist anbieterunabhängig und bietet einen guten Zugang zu grundlegenden Informationen, die den Patienten zur direkten und effizienten Teilnahme am Markt befähigt. Sie erhöhen die Autonomie des Einzelnen und auch auf Arztseite ergibt sich eine positive Komponente. Zumal kommt der Patient bereits mit viel konkreterem und detaillierterem Wissen und Vorstellungen zu seinem Arzt und somit kann dieser mit Zeitersparnis gezielter eine patientengerechte Behandlung sicherstellen. Der Patient ist bereits ein fachlicher Kunde und die Behandlungsqualität basiert auf einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient. Das Wissen befähigt den Patienten als effizienten Marktteilnehmer.

Nicht ganz undenkbar könnte es sein, dass der Patient in speziellen Fällen über verschiedene Therapiemöglichkeiten sich bereits besser informiert hat als der zur Hilfestellung herangezogene Arzt. Diese Interaktion mag aber im gesamten gesehen für beide ein positives Resümee bringen.

Der Patient erhält keine Bestätigung durch sein eingeholtes Wissen. Im Gegenteil, die Folge könnte sein, dass der Patient sich vom Arzt abwendet, falls dieser sich nicht mit fachlicher Diplomatie zu helfen weiß. Auf Seiten des Arztes stellt sich vielleicht ein erhöhter Wissensbedarf ein, auf den er durch das wissende Verhalten des Patienten aufmerksam gemacht wird..

Die konkrete Auswahl der Leistung und des Leistungserbringers erfolgt jedenfalls durch Einflüsse innerhalb weiterer Marktprozesse. All diese Angebote ersetzen aber den Arzt nicht. Sie erleichtern die Informationsmöglichkeiten und machen Behandlungsvorschläge des Arztes wiederum kontrollierbar.

Die Fülle von Informationsangeboten und die Evaluierung auf patientengerechte Darstellung gibt den Patienten die Möglichkeit, dass er individuelle Wahlhandlungen treffen kann, die den Anforderungen eines effizienten Wissensentdeckungsverfahrens gerecht werden und somit wiederum dem Prinzip der Konsumentensouveränität standhalten kann.

2.4.3 Lernprozesse im Gesundheitswesen

Konsumenten und Produzenten können nur aus den stattfindenden Rückkoppelungsprozessen lernen. Um auf eventuelle enttäuschte Erwartungen durch Veränderung ihres Nachfrage-respektive Angebots-Verhaltens reagieren zu können, müssen sie aus Ihren Erfahrungen Schlüsse ziehen, um diese Erfahrungen neu zu evaluieren (vgl. Heissel, 2002, S.158).

Bestimmte Gesundheitsleistungen führen jedoch dazu, dass nur beschränkte Lernprozesse möglich sind, wie als Beispiel von Heissel angeführt eine geringe Nachfragefrequenz. Die Nachfrage nach speziellen Gesundheitsleistungen ist oft nur einmalig, da einige Krankheiten selten oder doch nur einmal im Leben von Patienten auftreten. Somit findet hier kein Rückkoppelungsprozess statt. Allerdings muss sich der Rückkoppelungsprozess sich immer auf die Gesamtheit der Konsumenten richten und in der Summe des Nachfrageverhaltens betrachtet werden.

Es kann angenommen werden, dass der einzelne Konsument nicht unabhängig seine Entscheidungen trifft, sondern sich an den Erfahrungen der anderen Konsumenten orientiert. Somit erfolgt eine indirekte Rückkoppelung des Konsumenten auf das Angebot des Produzenten.

Wenn dieser indirekte Prozess auch insgesamt nicht so eine Wirkung erzielt, wie eine direkte Rückkoppelung, so wird er den Funktionsbedingungen der Konsumentensouveränität doch gerecht, denn so meint Heissel:

„Erfahrungen der Nachfrager gemeinsam mit dem Angebot der Leistungserbringer haben Auswirkungen auf das weitere Nachfrageverhalten der Konsumenten. Es setzen also Lernprozesse ein, die die Erfahrungen der Konsumenten mit den Leistungsanbietern widerspiegeln“ (vgl. Heissel, 2002, S. 159).

Eine weitere Einschränkung, die Heissel erwähnt und die im Gesundheitssystem nicht auszuschließen ist, bezieht sich auf den Tod des Wahlhandelnden.

Wahlhandlungen vom Patienten können zu nicht wieder gutmachenden Resultaten oder auch zum Tod des Patienten führen. Grund kann eine Fehlentscheidung sein, wie zum Beispiel der Patient entscheidet sich zwischen Schulmedizin und einem anderen Heilverfahren. Die Wahlentscheidung des Patienten ist nun nicht mehr korrigierbar.

Auch hier kann gesagt werden, dass eine indirekte Rückkoppelung gegeben ist, dass aber keine vollständige Verletzung der Funktionsbedingungen vorliegt, da Lernprozesse indirekt erfolgen und somit Erfahrungen auf diese Weise weitergegeben werden (vgl. Heissel, 2002, S.159)

Was sich hier aufdrängt, ist die ethische Sichtweise. Ist es ethisch vertretbar, dass Wahlhandlungen aufgrund fehlender oder falscher Informationen oder aufgrund individueller Präferenzen getroffen werden, die wider besseres wissenschaftlich basiertes Wissens oder wider besseres Expertenwissens zu nicht korrigierbaren Ergebnissen führen?

Heissel meint dazu

:"Ein solches Phänomen darf nicht an einem absoluten Standard gemessen werden, sondern muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass auch im derzeitigen System eine Vielzahl von Todesfällen durch Fehlentscheidungen und Fehlleistungen folgen. Eine mit der Etablierung von Konsumentensouveränität einhergehende These ist, dass die mit der Konsumentensouveränität verbundene Anreiz- und Kontrollfunktion für die Leistungserbringer insgesamt ein solches Verhalten verringert, sodass Todesfälle, die durch „falsche“ Wahlentscheidungen bei herrschender Konsumentensouveränität erfolgen, aus einer ethischen Perspektive gegen die durch Konsumentensouveränität vermiedenen Todesfälle aufgerechnet werden müssten. Selbstverständlich sind die Zahlen nicht zu quantifizieren, sodass dies eine theoretische, qualitative Aussage bleiben muss“ (vgl. Heissel, 2002, S. 160).

2.4.4 Konsumentensouveränität und Qualität

Die Qualität ist im Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken. Sie ist ein wesentlicher Faktor bezogen auf Effizienz und der Beurteilung des gesamten Systems. Allein die Definition von Qualität stellt bereits eine große Hürde dar. Unumstritten ist: Qualität ist multidimensional. Welche Dimensionen die Gesamtvorstellung der Qualität beschreiben, ist wiederum durch die subjektive Wahrnehmung relativierbar. Bei der Beurteilung von individueller Qualität bezieht der Patient die für notwendig gehaltenen, objektiven

Qualitätsbestandteile mit ein und versucht sie hinsichtlich ihrer Bedeutung subjektiv zu beurteilen.

Die Einschätzung der Gesamtqualität bleibt ein subjektives Konzept..

Für das Gesundheitssystem stellt das Qualitätsverständnis hier wieder ein Informations- respektive Wissensproblem dar.

Laut Heissel:

„führt die mangelnde Objektivierbarkeit der Gesamtqualität dazu, dass das Gesundheitswesen rahmenpolitisch so ausgestattet sein muss, dass die notwendigen Freiheiten auf der Anbieter- und Nachfragerseite bestehen, um dem subjektiven Charakter der Qualität gerecht zu werden. Es muss in Marktprozessen entdeckt werden, was letztlich individuell gute und schlechte Qualität ausmacht und welche Maßnahmen ergriffen werden können, um diese zu erreichen“
(vgl. Heissel, 2002, S. 166).

2.4.5 Konsumentensouveränitätstestdurchführung in Deutschland

Im deutschen Gesundheitswesen wurde ein Konsumentensouveränitätstest durchgeführt, um festzustellen, inwieweit die das deutsche Gesundheitswesen konstituierenden formalen Institutionen den Ansprüchen des Konzeptes der Konsumentensouveränität gerecht werden (vgl. Heissel, 2002, S. 122).

Zusammenfassend kann man den Ergebnissen der Literatur entnehmen, dass die gesetzlichen Auflagen alle Wissen schaffenden Prozesse verhindern, und zwar bezüglich in welcher Höhe und in welcher Form nach Versicherungsleistungen nachgefragt werden. Die Versicherungsanbieter zeigen keine Unterschiede aufgrund der eingeschränkten Aktionsparameter. Die Wahlmöglichkeit erfolgt somit auf der Basis weniger Parameter des Versicherungsanbieters.

Das derzeitige System tendiert laut der Untersuchung von Heissel zur Überversicherung:

„Durch die Verhinderung von Marktprozessen kann nicht festgestellt werden, inwieweit überhaupt ein Versicherungswunsch besteht und wenn ja, in welchem Umfang. Es werden zwangsweise Versicherungsleistungen nachgefragt, für die teilweise niemals eine Leistung erfolgen kann“ (vgl. Heissel, 2002, S. 142).

Somit sind klärende Wissen schaffende Prozesse bezüglich Höhe und Form von Versicherungsnachfragen nicht möglich.

„Die mit diesen gesetzlichen Regelungen verbundene Homogenisierung des Produktangebotes stellt eine Verletzung der Konsumentensouveränität dar, so dass im Fazit – trotz der eingeräumten Wahlrechte – die gesetzlichen Regelungen dem Konsumentensouveränitätstest nicht gerecht werden“ (vgl. Heissel, 2002, S. 142)

Die marktüblichen Elemente sind hier zu wenig und ermöglichen lediglich Wahlmöglichkeiten.

„Wahlmöglichkeiten innerhalb enger durch den Gesetzgeber vorgegebener Grenzen sind aber keine hinreichende Bedingung für Konsumentensouveränität. Durch Erfahrung und Kreativität geprägte, wissensschaffende und wissensdiffundierende Wettbewerbsprozesse werden nicht zugelassen“ (vgl. Heissel, 2002, S. 142).

Damit hält der Konsumentensouveränitätstest im Gesundheitssystem Deutschlands nicht stand. Als der wesentliche Mangel wird der fehlende Wettbewerbsprozess mit all seinen nicht vorhandenen marktüblichen Elementen beschrieben. Heissel meint dazu:

“Reformen müssen diesen begegnen. Als Leitbild dieser Veränderungen kann das Konzept der Konsumentensouveränität dienen“ (vgl. Heissel, 2002, S. 143).

Da das Gesundheitssystem häufig in der Literatur als Ausnahme gesehen wird, stellt dies gerade deswegen einen positiven Aspekt dar, weil man dadurch an Handlungsspielraum gewinnt und folglich Veränderungen möglich sind.

Die Möglichkeit der Konsumentensouveränität als marktwirtschaftliches Verfahren wird zwar verneint, aber in der Funktion als Steuerungsmechanismus ist es noch nicht ausgeschlossen, solange die Funktionsbedingungen der Konsumentensouveränität erfüllt werden – trotz der Eigenstellung des Gesundheitswesens (vgl. Heissel, 2002, S. 143)

Ein weiterer nicht unbedeutender Bereich zur Förderung der Souveränität des Konsumenten stellt das sogenannte Disease Management dar. Die Steigerung der Patientensouveränität ist eine der Grundlagen eines funktionierenden Disease Management zu sehen:

2.5 Disease Management

Die hier angeführte Literatur entstammt aus einem Bericht von Günay Aydincioglu & Karl Lauterbach, die Disease Management als Beteiligung und aktive Mitwirkung von Konsumenten und Patienten betitelt haben.

2.5.1 Definition von Disease Management:

Lauterbach definiert folgendermaßen:

„Stellt ein integriertes Versorgungsmanagement dar, mit dem die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung gesteigert werden soll. Es befasst sich mit dem Management aller Interventionen im Gesundheitswesen, die mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehen. Ziele des Disease Managements sind, die durch die Krankheit bedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen langfristig zu mindern und damit die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu steigern (vgl. Lauterbach, 1997).“

Die Steigerung der Patientensouveränität wird als Grundstein eines funktionierenden Disease Managements angesehen und daher eine weitere basierende Grundlage, um den Patienten vom Kunden zum Produzenten in seiner Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Es wird ihm damit ermöglicht, mit zunehmender Eigenverantwortlichkeit sich ein effektives Management der Erkrankung zu Recht zulegen.

2.5.2 Die integrativen Elemente des Disease Managment

Das Disease Management besteht aus drei Elementen (Abb. 2), die sich in einem Regelkreislauf gegenseitig beeinflussen. Ausgangspunkt ist eine WISSENSBASIS, bestehend aus einem umfassenden Verständnis der Krankheit sowie ihrer wirtschaftlichen Strukturen und ökonomischen Zusammenhängen. Entscheidend ist vor allem das Wissen über die kostenintensiven Anteile und deren gegenseitige Abhängigkeiten.

Auf dieser Grundlage ist es möglich abzuwägen, in welchen Bereichen investiert werden sollte, um an anderen Stellen überproportionale Einsparungen erzielen zu können. Daraus folgen klar definierte Behandlungsabläufe, mit ebenso klar definierten Schnittstellen.

Das ZWEITE Element befasst sich mit der UMSETZUNG DER VERSORGUNGSSTANDARDS und besteht aus einem effizient arbeitenden, vernetzten System. Ziel ist es, in diesem Schritt die Kommunikation/Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern der Primärversorgung und den Spezialisten der Krankenhäuser sowie den Pflegekräften zu erreichen. Ein nicht zu unterschätzender Bestandteil dieses Elementes ist die Steigerung der Patientensouveränität.

Das DRITTE, entscheidende Element, welches Disease Management ausmacht, MISST DIE ERBRACHTEN LEISTUNGEN systematisch und ermöglicht dadurch eine Verfeinerung der Standards (vgl. Neuffer, 1996).

Persönliche Anmerkung: "Ich habe die Erläuterungen zu den integrativen Elementen im Originaltext aus der unten angeführten Literatur übernommen, um keine falschen Interpretationen darzustellen" (vgl. von Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann, 2001, S.292).

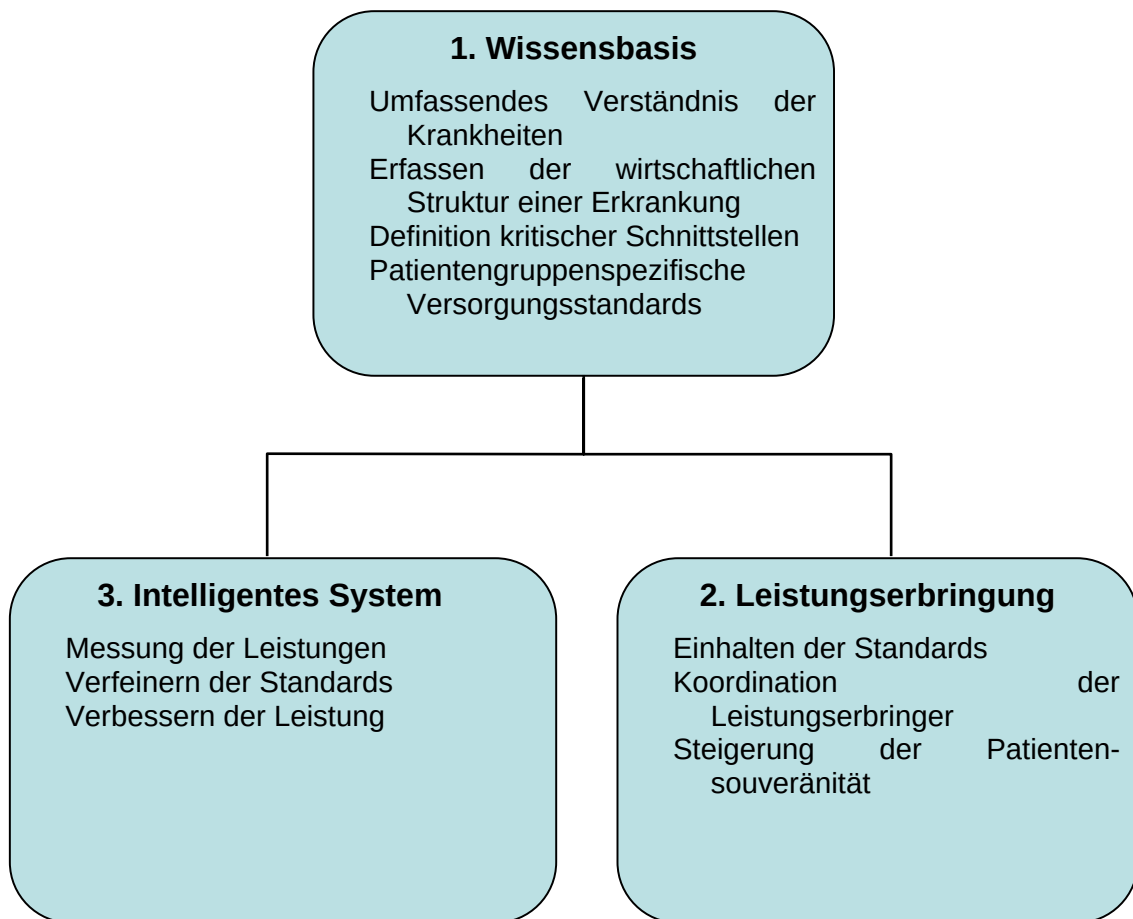


Abbildung Nr. 2 : Die integrativen Elemente des Disease Management
(Neuffer, 1996)

3 ENTWICKLUNG DER PFLEGEVORSORGE

Mit der Einführung des Pflegegeldes ab 1. Juli 1993, die berechtigterweise

„zweifelloso ein Meilenstein in der österreichischen Sozialpolitik war, war es einerseits notwendig mit einer Verfassungsbestimmung diese Geldleistung abzusichern und andererseits mit einem Staatsvertrag die Vorsorge für Pflegebedürftige bundesweit nach einheitlichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln“

(vgl. „Reform der Pflegevorsorge in Österreich“ von Dr. Johannes Rudda, Mag. Walter Marschitz, S.6,

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/116408.pdf>).

3.1 Definition und Einleitung

Definition von Pflegevorsorge:

Es sind verschiedenste Bezeichnungen zu finden, die insgesamt alle auf die Pflegevorsorge zutreffen: Altersvorsorge, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Pflegerentenzusatzversicherung etc. Die Pflegevorsorge hat sich aber aus wirtschaftlichen Gründen aus der Altersvorsorge entwickelt.

Etwa vier Prozent der österreichischen Bevölkerung brauchen ständig Pflege. Das sind immerhin mehr als 350.000 Menschen in Österreich. Die Erkenntnis, dass gute Pflege teuer werden kann, trifft dann besonders hart, wenn es die eigenen Eltern oder Freunde sind, die nun dieser besonderen Situationsbewältigung ausgesetzt sind.

Im Schnitt ist die Pflegebedürftigkeit eines alten Menschen am Ende seines Lebens gestiegen. Laut der Studie der Arbeiterkammer sind es rund sechs Jahre Pflegebedürftigkeit, welche vor wenigen Jahrzehnten noch bei einigen Wochen lag und somit die Kostenaufwendigkeit erklärt.

Das staatliche Pflegegeld dient zur Grundsicherung. Meist reichen das Pflegegeld und das Einkommen nicht aus, um die Kosten für die notwendige Pflege gänzlich abzudecken.

Die Sozialhilfe kommt zwar per Gesetz für den Restbetrag auf, allerdings mit der Einschränkung, dass kein eigenes Vermögen verwertet werden kann. Außerdem sehen viele Landesgesetze vor, dass die Sozialämter bei nahen Angehörigen der Gepflegten Geld zurückfordern können (Regresse). Zu berücksichtigen ist auch, dass neben dem Aufwand für die Pflege auch die normalen Lebenshaltungskosten zu finanzieren sind. Dies wirkt sich umso mehr aus als alte, kranke und behinderte Menschen ein weitgehend selbst bestimmtes, sozial integriertes Leben in ihrer vertrauten Umgebung führen wollen.

Im Bericht über „Reform der Pflegevorsorge in Österreich“ von Dr. Rudda und Mag. Marschitz wird auf die Möglichkeiten der Legalisierung der 24h Pflege Bezug genommen und ebenso werden Vorschläge zur Pensionsvorsorge, verfassungsrechtliche Überlegungen über die Reform des Pflegegeldes mit Finanzierungslösungen besprochen. Die inländische Arbeitsmarktsituation und Qualitätssicherung, Rechtsstellung der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sind als weitere Diskussionspunkte angeführt.

Fazit dieser Reform:

Das Gesetz mit Stand Mai 2007 geht an den Bedürfnissen der betreuungsbedürftigen Menschen und der BetreuerInnen vorbei.

Für die BetreuerInnen gibt es keinerlei Ausbildungsvorschriften, eine Überforderung ist vorprogrammiert. Denn nur wer gelernt hat zum Beispiel mit einem Alzheimer-Patienten umzugehen, kann ihm eine gute Betreuung bieten.

Auch die vorgesehenen Arbeitszeiten bleiben reformbedürftig: Die Zeit der Arbeitsbereitschaft soll nicht als Arbeitszeit gelten, obwohl sich der/die BetreuerIn in dieser Zeit in „näherer häuslicher Umgebung“ befinden muss.

Eine öffentliche Förderung für die 24-Stunden-Betreuung ist erst ab Pflegestufe 5 geplant. Wer derart hoch eingestuft ist, lebt jedoch meist nicht mehr in den eigenen vier Wänden. Diejenigen die also eine Betreuung zu Hause brauchen, erhalten keinen öffentlichen Zuschuss. Folge dessen werden sich die Betroffenen auch keine legale Rund-um-die-Uhrbetreuung leisten können. Es sollte daher vielmehr die mobile Betreuung ausgebaut und investiert werden

3.2 Marktsituation in der privaten Pflegeversicherung

Diese Marktsituationsanalyse basiert auf einer Studie über private Pflegegeldversicherungen im Projektzeitraum vom November 2004 bis Februar 2005. Sie wurde im Auftrag und mit Förderung der Arbeiterkammer Wien vom Verein für Konsumenteninformation durchgeführt.

Die Studie informiert detailliert über das gesetzliche Pflegegeld, über die Handhabung durch die verschiedenen Landesgesetze in allen Bundesländern, sie analysiert den vorherrschenden Markt und weist eine Beschreibung der privaten Pflegegeldversicherungsprodukte auf, letztendlich wird ein Vergleich von Preis- und Leistungsangebot bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit dargestellt. Sie fasst Ergebnisse einer Erhebung zum Thema Pflegevorsorge zusammen. Laut dieser Studie gibt es im Bereich der privaten Pflegevorsorge wesentlich mehr Angebot und auch Nachfrage.

Es sind - wie bereits erwähnt - derzeit etwa 350.000 Menschen pflegebedürftig. Laut Auskunft von Experten der hier angeführten Studie werden es bis zum Jahr 2041 mehr als 700.000 sein. Rechnet man weiter sind die Pflegebedürftigen des Jahres 2041 heute dreißig bis vierzig Jahre alt. Sie werden bereits unter anderen Gegebenheiten alt als die Senioren heute.

Momentan werden die meisten Pflegebedürftigen von Angehörigen, Nachbarn oder Freunden betreut. Dies ist aber für die Zukunft sicher nicht haltbar.

Die Studie zeigt die Anzahl der Singlehaushalte in Österreich auf:

Sie liegt derzeit bei einem Drittel der gesamten Haushalte. Im Zeitraum von 1981 bis 1999 wuchs die Anzahl der Einzelhaushalte von 782.000 auf 986.000 an. In den nächsten zwanzig Jahren wird mit einer Zunahme um weitere 200.000 Haushalte gerechnet (Statistik Austria, Februar 2005).

Zusätzlich werden in Zukunft weniger Frauen ihre kranken Eltern, Schwiegereltern oder Ehemänner pflegen, um nicht ihren Arbeitsplatz zu

verlieren oder ihren Beruf wechseln zu müssen. Mehr Flexibilität von Seiten der Arbeitgeber wäre hier sehr wünschenswert.

3.3 Marktanalyse

Um eine Sicherstellung im Falle einer chronischen Erkrankung oder als frühzeitige Option, sich gegen Pflegebedürftigkeit nun in Zukunft gänzlich absichern zu können, bieten österreichische Versicherungsunternehmen Pflegegeldversicherungen an.

Fazit dieser Studie ist es, dass der österreichische Versicherungsmarkt derzeit noch ein eher beschränktes Angebot aufweist.

Es sind hier lediglich fünf Versicherungsunternehmen in die Studie eingebunden, die eine echte Pflegegeldversicherung anbieten. Andere bieten Leistungen für den Fall von Pflegebedürftigkeit in Form einer Personenversicherung, wie etwa einer Unfall-, Lebens- oder Krankenversicherung an. Es ist jedoch zu erwarten, dass nach Vorlegen dieses Berichtes, bereits weitere Unternehmen Produkte auf den Markt gebracht haben. Als Zielgruppe gelten laut den Versicherern derzeit vor allem jene, die bereits für das Thema sensibilisiert sind, also Personen, die Kontakte zu pflegebedürftigen Personen bereits hatten oder haben.

Ich möchte hier kurz einige Anbieter mit Ihren Produktnamen anführen:

Versicherer	Produktname
Generali	Best Care
Oberösterreichische Versicherung	Private Sozialvorsorge
Quelle Versicherung	Pflegegeld-Vorsorge-Plan
Uniqa	Versicherungsschutz für Pflegekosten
Wiener Städtische	Extra-Pflegegeld

Quelle: Studie private Pflegegeldversicherungen vom Verein für Konsumenteninformation im Auftrag der Arbeiterkammer Wien, Februar 2005, S.16)

Anhand der Untersuchungsbeschreibung dieser Studie wurde bei allen in Österreich tätigen Versicherungsunternehmen angefragt, ob ein derartiges Produkt angeboten wird. Mittels schriftlichen bzw. persönlichen Kontakten wurden Informationen bezüglich der angebotenen Pflegeversicherungen eingeholt. Anhand dieser Informationen wurde ein Preis-/Leistungsvergleich durchgeführt, auch auf spezielle und prägnante Produkt- und Leistungsparameter, wie Vertragsdauer, Zusatzleistungen, etc. wurde untersucht.

3.3.1 Allgemeine Produktbeschreibung

Die privaten Pflegegeldversicherungen wurden als zusätzliche finanzielle Sicherung zum staatlichen Pflegegeld angedacht. Zumeist kann man über den Verwendungszweck selbst bestimmen.

Die Prämien sind nach Alter, Geschlecht des Versicherungsnehmers und nach der gewünschten Leistung ausgerichtet. Da Frauen eine längere Lebenserwartung besitzen und sie definitiv länger leben, ist ihre Versicherungsrate höher als bei Männern. Außerdem wird argumentiert, dass innerhalb derselben Altersgruppe Frauen häufiger zum Pflegefall werden als Männer.

Die fünf hier angeführten untersuchten Pflegeversicherungsprodukte werden in ihrer Ausgestaltung bereits als äußerst unterschiedlich angegeben. Bereits hinsichtlich der Einstufung des Pflegebedarfs und ab welcher Pflegestufe das jeweilige Produkt leistet, werden Unterschiede angeführt.

Ich zitiere nun die Studie:

„Viele Versicherer orientieren sich am Bundespflegegesetz und leisten somit je nach gesetzlicher Pflegestufe, manche allerdings nicht schon ab Pflegestufe 1, sondern erst ab einer höheren Pflegestufe (z.B. Quelle: Leistung erst ab Pflegestufe 5). Die Höhe der Pflegeleistung ist immer vom gewählten Tarif abhängig. Die Versicherer bieten hier meist sehr flexible Tarifmöglichkeiten an. Ein weiterer Unterschied besteht in der Berechnung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Mit einer Ausnahme bieten die Versicherer hier unabhängig von den tatsächlich anfallenden Pflegekosten Pauschalbeträge je nach Art des Tarifes an. Nur Uniqa orientiert sich am tatsächlich anfallenden Pflegeaufwand und zahlt bis zu einem Höchstbetrag von Euro 1.238,- monatlich 80% der anfallenden Pflegekosten. Auch die Leistungen bei Eintreten einer vorübergehenden Pflegebedürftigkeit (z. B. bei einem Unfall) sind unterschiedlichst ausgestaltet und oft zeitlich begrenzt (z. B. 45 Tage pro Kalenderjahr)“

(vgl. Studie private Pflegegeldversicherungen vom Verein für Konsumenteninformation im Auftrag der Arbeiterkammer Wien, 2005, S. 17).

Abb. Nr. 3: ALLGEMEINER PRODUKTVERGLEICH

Die Tabelle zeigt wesentliche Unterscheidungsmerkmale in der privaten Pflegegeldversicherung

Quelle: Studie private Pflegegeldversicherungen vom Verein für Konsumenteninformation im Auftrag der Arbeiterkammer Wien, Februar 2005, S. 18)

Versicherer	GENERALI	OÖ-Versicherung	Quelle	Wiener Städtische
Produktname	Best Care	Private Sozialvorsorge	Pflegegeld Vorsorge Plan	Extra Pflegegeld
Einstufung gem. österr. Bundespflegegesetz	ja	Nein 1)	ja	ja
Ab welcher Pflegestufe leistet das Produkt?	Pflegestufe 1	Individuell 1)	Pflegestufe 5	Wählbar: Pflegestufe 1 oder 4
Leistungsanspruch	pauschal	pauschal	pauschal	pauschal
Leistung auch bei kurzfristiger, vorübergehender Pflegebedürftigkeit	ja	nein	nein	nein
Höhe der Leistung bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit	Je nach Tarif und Aufwand	-	-	-
zeitliche Eingrenzung der vorübergehenden Pflegeleistung	Maximal 60 Tage/innerhalb 2 Jahren	-	-	-
Leistung auch während Spitalsaufenthalt	nein	nein	nein	ja
Wird die Prämienzahlung im Leistungsfall ausgesetzt?	nein	ja	ja	ja
Abschlussalter	0-65	0-60	35-70	0-65
Prämienzahlung nur bis zum Pensionsantritt	nein	ja	nein	nein
Wartezeit	1 Jahr 2)	3 Monate 3)	1 Jahr	keine
Spezielle Ausnahmen vom Versicherungsschutz	VS ja	VS nein	VS nein	VS ja

Teilnahme an Wettfahrten oder Training in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug	VS ja	VS nein	VS ja	VS ja
Ausübung von gefährlichen Sportarten (z.B. Tiefseetauchen, Extremklettern, etc.)	VS ja	VS nein	VS nein	VS ja
Benutzung von Luftfahrzeugen und Fluggeräten jeder Art, außer zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Flugzeugen und Hubschraubern	VS ja	VS nein	VS nein	VS ja
ionisierende Strahlung	VS ja	VS nein	VS nein	VS ja

Erklärungen zu 1)– 4):

1) Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn mindestens vier (OÖ-Versicherung) der folgenden sechs Tätigkeiten des Alltags nicht mehr ohne tägliche Hilfe einer anderen Person verrichtet werden können:

- Fortbewegen im Zimmer
- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Waschen, Kämmen und Rasieren
- Verrichten der Notdurft

2) entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt; bei vorübergehend notwendiger Pflege drei Monate

3) Leistungsfall tritt erst ein, wenn die Pflegebedürftigkeit drei Monate ununterbrochen bestanden hat

4) Generelle Ausnahmen vom Versicherungsschutz

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist durch:

- Kriegereignisse
- Missbräuchlichen Genuss von Alkohol und Suchtgiften
- Selbstmordversuch
- Für auf Vorsatz beruhenden Pflegebedarf

- Aktive Beteiligung an Unruhen, schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder gerichtlich strafbaren Handlungen (durch Vorsatz).

VS= Versicherungsschutz

(**Hinweis:** In der angeführten Tabelle fehlt UNIQA, die in der Originaltabelle ebenso mit angeführt ist. Bei näherem Interesse bitte sich diese im Original anzuschauen unter www.konsumentenschutz.at)

3.3.2 Gründe von Personen sich beraten zu lassen

Diesen Punkt wollte ich noch anführen, da es mir interessant erscheint, welche Gründe die Personen angaben, um sich beraten zu lassen (vgl. Studie private Pflegegeldversicherungen, 2005, S. 39)

- „Der Pflegebedarf wird in den nächsten Jahren stark ansteigen.“
- „Das staatliche Pflegegeld reicht in der Regel nicht aus. Es gibt eine Versorgungslücke die man mit der privaten Pflegeversicherung schließen kann.“
- „Das staatliche Pflegegeld ist nicht für immer garantiert.“
- „Aufgrund der sozialen Veränderungen werden Angehörige nicht mehr in der Lage sein, die Pflege zu übernehmen.“

Diese angeführten Argumente sind auch mit der Auswertung meiner Fragebogenerhebung vergleichbar.

3.3.3 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Als Resümee der Studie wird aufgezeigt, dass die gesetzlichen Pflegegeldleistungen unter Umständen nicht ausreichend sein können und daher eine private Pflegeversicherung durchaus sinnvoll sein kann (vgl. Studie private Pflegegeldversicherungen, S.40) Ebenso wird zusammengefasst, dass das derzeitige Angebot noch sehr eingeschränkt ist. Zwei sehr unterschiedliche Produktkategorien erschweren den Vergleich für den privaten Vorsorgewilligen, da sich z. B. Uniqa und die Oberösterreichische Versicherung nicht nach dem

gesetzlichen Pflegegeld orientiert. Die für die Leistungsbemessung angeführten Einschränkungen sind für den Verbraucher in Bezug auf die gesetzliche Einstufung nicht zuordenbar (vgl. Studie private Pflegegeldversicherungen, 2005, S.40)

3.4 Aktuelle Situation – Vergleich von Produktangeboten

Die derzeit am Markt befindlichen Produkte von Generali, Quelle, Wiener Städtische unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der gebotenen Leistungen. Die Versicherungen leisten unterschiedlich nach gewählten Tarifen und Pflegeeinstufung.

Der Leistungsanspruch für den Versicherungsnehmer ist in den meisten Fällen pauschal und die geleistete Summe frei verfügbar. Der Versicherungsnehmer kann frei wählen, wofür die geleistete Summe verwendet werden soll. Nur bei Uniqa werden die tatsächlich anfallenden Pflegekosten bis zu einem Höchstbetrag von Euro 1238,-- ersetzt. Allerdings nur dann, wenn diese per Rechnung nachgewiesen werden können. Für den Fall, dass die pflegebedürftige Person im Umfeld von Angehörigen gepflegt wird, gibt es „nur“ eine Pauschalleistung von Euro 619,--.

Während üblicherweise die Prämie im Leistungsfall nicht bezahlt werden muss, verlangt Generali die Prämie auch im Fall der Leistungsanspruchnahme weiter. Dies ist natürlich zu berücksichtigen, da die Monatsprämie die Geldleistung tatsächlich verringert.

Auffällig ist die Oberösterreichische, die eine Prämienzahlungsdauer nur bis zum Pensionsantritt vorsieht, während bei den anderen Anbietern die Prämienzahlungsdauer unbegrenzt, d.h. bis zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit, besteht. Ausnahme wie bereits oben erwähnt die Generali, wo auch im Leistungsfall die Prämie bezahlt werden muss.

Unterschiede gibt es auch bei Spitalsaufenthalten. Obwohl dies für pflegebedürftige Personen ein nicht unüblicher Fall ist, sieht hier nur die Wiener

Städtische eine Leistung vor. Die anderen Versicherer leisten nicht, wenn die pflegebedürftige Person im Krankenhaus liegt.

Bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit sehen nur die Generali und Uniq-Tarife Leistungen vor, die anderen Versicherer leisten nicht. Zeitlich ist die Leistung bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit limitiert, bei der Generali sind es max. 60 Tage innerhalb von zwei Jahren, bei der Uniq max. 45 Tage pro Jahr.

Im Fall der Pflegebedürftigkeit – möglich ist ein Vertragsabschluss bei Quelle ab dem 35. Lebensjahr, bei den Tarifen der Generali, die bereits ab der ersten Pflegestufe leisten, ist ein früher Einstieg nicht notwendig, da die Tarife linear durchgerechnet sind.

Ich habe hiermit versucht einen Teil der angebotenen Unterschiede herauszuarbeiten. In der Studie sind noch detailliertere Angaben und Ausführungen zu finden
(vgl. Studie private Pflegegeldversicherungen, Februar 2005).

Um die Notwendigkeit vielleicht praxisnah zu verdeutlichen, möchte ich ein Beispiel zur Finanzierung der Pflegevorsorge aus der bereits angegebenen Studie anführen:

3.5 Aktuelles Beispiel zur Finanzierung der Pflegevorsorge

Im Vergleich:

Vertragsabschluss mit 35 Jahren zu einem Vertragsabschluss mit 60 Jahren:
Angenommen der Leistungsfall tritt mit einem Alter von 70 Jahren ein, gibt es für beide Altersgruppen ein Gesamtprämienvolumen von etwa Euro 2400,--

Große Unterschiede zwischen den Anbietern gibt es auch im Bereich der Ausnahmen vom Versicherungsschutz, wie Kriegereignisse, Missbrauch von Alkohol und Suchtgiften, Selbstmordversuch. Zu den speziellen Ausnahmen zählen die Teilnahme an Wettfahrten, die Ausübung gefährlicher Sportarten, die Benutzung von nicht zivilen Luftfahrzeugen bzw. ionisierende Strahlung als Ursache der Pflegebedürftigkeit. Für diese Fälle bieten die Oberösterreichische Versicherung und Quelle keinen Versicherungsschutz.

(vgl, Studie private Pflegeversicherungen, 2005)

Kurzum, falls man sich zu einer Vorsorge entschieden hat, so sollte man weitgehende Informationen einholen, um möglichst individuell abgestimmt, ein gutes Ergebnis zu erzielen.

Man sollte sich rechtzeitig darüber Gedanken machen, wie im Ernstfall die Pflege bezahlt werden kann, ohne beispielsweise die Familie damit heillos zu überfordern.

Ein weiteres sehr praxisnahes Beispiel:

Beispiel von der s Bausparkasse - ohne gezielt Werbung dafür machen zu wollen:

Laut Werbeprospekt der Bausparkasse (2007) und Internetverweis gibt es mehrere Möglichkeiten, mit denen Sie im Fall der Fälle Ihr staatliches Pflegegeld aufbessern können.

„Mit einem Bausparvertrag sorgen Sie jedenfalls für Pflegemaßnahmen sicher und ertragreich vor. Dabei gilt: Je früher eine Pflegevorsorge abgeschlossen wird, desto mehr Geld steht später zur Verfügung. Zahlen Sie beispielsweise Euro 6700,-- aus Ihrer Abfertigung in einen „Goldenen Vorsorge-Vertrag“ ein und sparen Sie gleichzeitig monatlich Euro 83,33 auf einen Prämienbegünstigten Bausparvertrag, so haben Sie nach 6 Jahren ein Sparguthaben von insgesamt Euro 14.640,-- zur Verfügung. Auf Wunsch kann das Endguthaben auch monatlich ausbezahlt werden. Mit dieser gezielten finanziellen Vorsorge haben Sie schon jetzt für später eventuell notwendige Pflegemaßnahmen vorgesorgt“
(<http://www.s-bausparkasse.at>).

4 Zukünftige Pflegebedürfnisse

Es steht wohl außer Frage, dass sich die Pflege dem laufenden Bedarf anpassen muss, um den zukünftigen Entwicklungen meiner gewählten Thematik gerecht zu werden.

Zukunftsvisionen:

Die Chance eines neuen Paradigmas entsteht, neue Kostenfragen und deren Verteilung gehören abgeklärt, neue Modelle oder alte Strukturen werden neu überdacht und evaluiert, kurz zusammengefasst, viel Arbeit und Reformen kündigen sich an!

Im „KURIER“ vom 13. August 2006, stand die Schlagzeile *„Wer wird uns pflegen?“* Im Bild waren junge Menschen, die im Rollstuhl saßen und teilweise zusätzlich mit Krücken ausgestattet waren. Durchaus berechtigt diese Frage, denn in fünf Jahren (2011) brauchen - wie schon mehrmals erwähnt - 800.000 Menschen Pflege.

Eine gute Vernetzung von gut durchdachten Strukturen scheint ein guter Weg zu sein, um dem drohenden Pflegechaos zu entkommen.

4.1 VORSCHLÄGE VON GUTER VERNETZUNG:

Das Care-Competence Center und das Soziale Marketing möchte ich als gute Beispiele zum Aufbau von Netzwerken aufzeigen:

4.1.1 CARE-COMPETENCE CENTER:

Seit 1. Juli 2006 wurde ein gemeinnütziger Verein namens CARE-Competence Center (CCC) ins Leben gerufen, der sich um die Anliegen kranker und pflegebedürftiger Menschen kümmert. Der Verein arbeitet mit bereits bestehenden Diensten zusammen, wie etwa den Johannitern in Wien, die drei Tage einen kostenlosen Akutpflegedienst anbieten. Eine Jahresmitgliedschaft des CCC kostet allerdings 100 Euro.

Eine der Gründer des CCC, Sabine Hayden, sagt:

“Wir betreuen die Patienten mit allem Drumherum. Es kann fast alles organisiert werden. Vom Blumen gießen über Reparaturen bis hin zu einem Menschen, der einfach ein Buch vor liest. Springender Punkt ist die Vernetzung aller Hilfsdienste“
(Kurierausgabe vom 13. August 2006, S. 5).

Auch aus dieser Aussage hört man einen wichtigen „Knackpunkt“ heraus.

Das Netzwerk im Gesundheitssystem stellt einen wesentlichen Bedarf dar. In theoretischen Teil meiner Arbeit wurde viel von den Vorinformationen gesprochen, von der Art und Weise von Wissenserlangung und nun weise ich auf die Situation des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus hin. Eine Krankheit verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt stellt für jeden Patienten und dessen Angehörigen eine Ausnahmesituation dar. Die Gesundheitspolitik sollte hier noch mehr Augenmerk auf die flächendeckende Versorgungssicherheit legen. Besonders wichtig erscheint die reibungslose Entlassung der Patienten und deren individuelle Vorbereitung auf das „Leben nach dem Krankenhaus“. Auch dieser Bereich stellt eine große Herausforderung zum einwandfreien Ablaufprozess im Krankenhaus und der weiteren Ob Sorge zu Hause vor allem hinsichtlich der Kostenersparnis dar, die ein „schlecht entlassener Patient“ durch etwaige Rückfragen, unnötigen Wiederaufnahmen oder durch Informationsmangel beim Hausarzt beziehungsweise sonstigen ambulanten Einrichtungen unnötigst verursacht. Hier könnte sicher ein großer Riegel vorgeschoben werden, wenn ein gutes Entlassungsmanagement in seiner Tätigkeit verantwortungsvoll fungiert.

4.1.2 SOZIALES MARKETING

Da dieser Begriff für soziale Ziele und Förderung sozialen Verhaltens auch verwendet wird, erschien er mir für den Gesundheitsbereich vorerst nützlich. Besonders gefiel mir die Wortwahl der Dynamisierung, die Förderung von Prozessen und Freiheit von Strukturen. Da auch noch darauf hingewiesen wurde, dass der strategische Ansatz sich definitiv auch auf sozial relevante

Bereiche (Umwelt-, Gesundheitsmarketing) übertragen lässt, steht dieses Modell als möglicher Denkansatz zu meinem Thema dieser Arbeit.

Bei der Suche im Internet zu diesem Begriff kam ich auf ein Gutachten, in dem ein entwickeltes Modell zur Organisation des Energiesektors auf der Nachfrageseite vorgestellt wurde (<http://www.nordlicht.uni-kiel.de/org5.htm>).

Als Literatur wird Prose, F., Hübner, G. & Kupfer, D. (1992), „Modell zur Organisation des Energiesektors auf der Nachfrageseite“, Forschungsbericht, Institut für Psychologie, Universität Kiel, angeführt.

4.1.2.1 Darstellung der Systematik des Sozialen Marketings

Soziales Marketing wird definiert als ein schrittweiser Prozess von Markt- und Konsumentenanalyse, Marktsegmentierung, Entwicklung eines zielgruppenspezifischen Marketing-Mix, kontrollierter Markteinführung, Evaluation (bezogen auf Einzelelemente des Marketing sowie das Gesamtergebnis) sowie Aufarbeitung der Ergebnisse zur Effizienzsteigerung nachfolgender Marketingkonzepte (vgl. Kotler & Roberto, 1991).

Erforderlich ist eine zentrale Dienstleistung planerischer und strategischer Art, die entscheidend in der Nutzung der Möglichkeiten eines strategischen Marketing besteht. Marketingstrategien der Wirtschaft müssen sinngemäß auf den jeweiligen Bereich, zum Beispiel den Gesundheitsbereich neu beziehungsweise weiterentwickelt werden.

Die Institution für Soziales Marketing soll den einzelnen Gruppen konkrete Handlungsstrategien liefern, selber Aktionen gestalten und bei der Entwicklung von Aktionen Hilfestellungen leisten.

Marketing darf aber nicht mit Werbung gleichgesetzt werden. Es ist ein systematischer Ansatz zur Problemlösung und sozialen Veränderung, der über Werbung weit hinaus geht. Als Strategie der geplanten sozialen Veränderung kann es laut Kotler&Zaltman allgemein definiert werden als

„the design, implementation and control of programs calculated to influence the acceptability of social ideas“
(vgl. Kotler&Zaltman, 1973)

Bei der Entwicklung von Marketing-Konzepten sollten das soziale Umfeld, soziale Netze, Nachbarschaften und der kommunale Kontext für Marketing-Aktivitäten eine starke Beachtung finden.

Eine Besonderheit des Sozialen Marketing liegt darin, dass Soziales Marketing im Vergleich zum Profit-Marketing viel stärker in der Lage ist, die aktive Beteiligung von Bürgern anzuregen und bestehende soziale Netzwerke zu aktivieren. Die systematische Entwicklung darauf abzielender Marketing-Programme und Methoden könnte helfen, den bisher bestehenden Nachteil geringerer finanzieller Ressourcen für soziale Kampagnen in einen relativen Vorteil gegenüber dem Profit-Marketing zu verwandeln.

Konzepte des Sozialen Marketing können einen gemeinsamen Bezugsrahmen bilden, in dem unterschiedliche Fachperspektiven eingebracht werden. Jede Einzeldisziplin muss und kann dabei voneinander lernen.

Es müssen Fachkräfte vorhanden sein, an die Aufgaben delegiert werden wie Informationsaufbereitung und -gestaltung. Für die Erfüllung von Teilaufgaben sollten Kooperationen mit anderen Institutionen aufgebaut werden.

Qualifikationsmerkmale wie konzeptionelles Denken, Management, Motivationsfähigkeit, Kreativität und Professionalität sind gefordert.

Die hier kurz angeführten Vorstellungen des Sozialen Marketing sind als Rahmenkonzepte zu verstehen, die im Gesundheitssystem sicher auch eine Berechtigung finden oder bereits fanden. Mir persönlich gefällt an diesem Modell – wie bereits erwähnt - dass nicht festgeschriebene Strukturen, sondern Dynamisierung und Förderung von Prozessen entscheidend sind.

Im Bezug auf die Konsumentensouveränität sehe ich die hier angeführten wichtigen Maßstäbe der Netzworkebildung besonders treffend. Sie bilden die Brücke zur Konsumentensouveränität und zur möglichen Neugestaltung des Gesundheitssystems der Zukunft.

4.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegepolitik Österreich

Wie teuer gute Pflege sein kann und wie hoch der finanzielle Aufwand für die Gesellschaft und jeden Betroffenen tatsächlich ist, zeigt die Studie „Der Kosten der Pflege in Österreich“.

Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion um den „Pflegenotstand“ hat die Sparkassen Versicherung, als führende heimische Lebensversicherung, das Institut für Sozialpolitik an der Wirtschaftsuniversität Wien mit der Erstellung einer umfassenden Studie zu Kostenstruktur und Finanzierung der Pflege in Österreich beauftragt. Der Forschungszeitraum ist mit Februar bis September 2006 datiert.

4.2.1 Pflegekostenstudie der Wirtschaftsuniversität Wien

Daraus ergibt sich ganz deutlich die Notwendigkeit einer entsprechenden privaten finanziellen Vorsorge für den Pflegefall.

„Ohne umfassende private Vorsorge wird die Pflegeproblematik nicht zu lösen sein. Der finanziellen Vorsorge kommt dabei natürlich eine Schlüsselrolle zu“, bestätigt Walter Marschitz, Bundesgeschäftsführer des Österreichischen Hilfswerks (lt. <http://www.s-versicherung.at>)

Er meint:

„Unsere Erfahrung zeigt, dass viele Betroffene keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, weil sie ihnen nicht leistbar erscheint. Hier können private Vorsorgemodelle Abhilfe schaffen.“

Auch Marschitz spricht sich für einen starken Ausbau der Anreize für die persönliche Pflegevorsorge aus, da nicht erwartet werden könne, dass die öffentliche Hand künftig alle Kosten der Pflege übernehmen werde.

„Der Einzelne wird auch selbst etwas beitragen müssen“,

ist Marschitz überzeugt.

Laut dieser Wirtschaftsstudie sind derzeit. rund 540.000 Personen betreuungsbedürftig, das entspricht rund 6,5% der Bevölkerung. Der Pflegeaufwand in Österreich belief sich 2004 auf 1,77 Mrd. Euro.

4.3 Neuorientierung der Pflege, den Kundenwunsch in den Mittelpunkt stellen

Neue Chancen für einen Paradigmenwechsel

Dass die Pflege neue Impulse braucht, neue Wege beschreiten sollte, um aktuell und lebendig sein zu können, ist wohl klar und eindeutig. Ich möchte hiermit einen kleinen Ausschnitt eines Gastkommentars von Dr. Werner Kerschbaum, dem stellvertretenden Generalsekretär des Österreichischen Roten Kreuzes einbringen. Dr. Werner Kerschbaum studierte an der Wirtschaftsuniversität Wien und besitzt berufliche Erfahrung in verschiedenen österreichischen Unternehmen.

Dr. Kerschbaum geht auf die 24h-Betreuung ein in dem er sagt:

„Viel, vielleicht schon zu viel wurde schon über die 24h-Betreuung gesagt, geschrieben und auch getan“.

Den Fakten eines Zeitungsberichtes "Der Presse" vom 9. Februar 2008, sind in rund 20.000 österreichischen Haushalten ausländische Pflegekräfte beschäftigt und erfüllen den Wunsch von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien nach einer Rund-um-die-Uhr-Präsenz beziehungsweise Betreuung in den eigenen vier Wänden. Die Langzeitpflege wird für die kommenden Jahrzehnte zu einer der wichtigen gesellschaftspolitischen Herausforderungen.

Damit werden laut dem vorliegenden Bericht der Presse jährlich rund 350 Millionen Euro umgesetzt und die erst legalisierte 24-Stunden-Betreuung erreicht eine ähnliche Größenordnung wie die „offiziellen“ und öffentlich geförderten Pflege- und Betreuungsdienstleistungen im Rahmen der sogenannten „Mobilen Dienste“ (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Pflegehilfe,

mobile Ergo- und Physiotherapie etc.), welche von zirka 70.000 Österreicherinnen in Anspruch genommen werden („Die Presse“ 9.2.2008, S.37)

Die Politik hat endlich im Jahr 2007 eine gesetzliche Regelung für die 24-Stunden-Betreuung geschaffen.

Dr. Kerschbaum meint kritisch :

“Das war wichtig und richtig, wenngleich das dafür geschaffene „Hausbetreuungsgesetz“ einige gravierende Geburtsfehler aufwies. Diese wurden und werden nach und nach unter Einwechslung politischen Kleingelds repariert“.

Ebenso fordert Dr. Werner Kerschbaum hierzu in seiner Stellungnahme eine NEUORDNUNG DER PFLEGELANDSCHAFT indem er sagt:

„Auf einen dieser Fehler möchte ich besonders eingehen, weil er meines Erachtens Angelpunkt für ein Umdenken und eine Neuordnung der Pflegelandschaft in Österreich sein könnte: Das Hausbetreuungsgesetz definiert einzelne erlaubte Tätigkeiten im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung und verbietet indirekt jede pflegerische Tätigkeit, wie Körperpflege, Inkontinenzpflege, Verabreichen von Mahlzeiten, Einschachteln von Medikamenten etc.

Das ist praxisfern, weil die große Mehrheit jener Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung beanspruchen, nicht eine Gesellschaftsdame, sondern Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen. Im Regelfall werden also bei ein und demselben Patienten Betreuungs- und Pflegetätigkeiten anfallen und auch von der jeweiligen Betreuungskraft durchgeführt werden.

Was die Thematik auf den Punkt bringt. Ein Gesetz zu schaffen, dass Pflegetätigkeiten einfach ausschließt, sich aber in der Praxis nicht vereinen lässt, zeigt nicht gerade von guter politischer Durchdachtheit.

Dr Kerschbaum führt an:

“ Der willkürliche Ausschluss von Pflegetätigkeiten im neu geschaffenen Gesetz hält damit einem Praxistest nicht stand und ist auch logisch widersprüchlich“.

Zum näheren beschreibt er:

„Der Logik einer ganzheitlichen Betreuung folgt ja indirekt auch der Gesetzgeber, da er als Voraussetzung für eine öffentliche Förderung im novellierten Pflegegeldgesetz – das Vorliegen der Pflegestufe 3 - definiert und damit einen Hilfe- und Pflegebedarf von 120 bis 160 Stunden pro Monat.

Natürlich stehen konkrete berufsrechtliche Vorschriften Pate bei dieser Trennung Zwischen pflegerischen und nicht-pflegerischen Aktivitäten: Diverse Gesetze (z. B. das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) definieren Ausbildungs- und Tätigkeitsrahmen für diplomierte Pflegekräfte, Pflegehelferinnen, Heimhelferinnen und weitere Sozialbetreuungsberufe“.

Wenn sich aber nun die bisher abgegrenzten Tätigkeitsbereiche im Rahmen Der 24-Stunden-Betreuung ändern, kann dies für die Berufsgruppen nicht wie ursprünglich gewollt, eine Verbesserung darstellen. Im Gegenteil, es sind Qualitätseinbußen zu befürchten und diese sicher nicht zu unrecht, dass nämlich in Zukunft ungelerntes ausländisches Personal Arbeiten verrichtet, die in Österreich eine zwei- bis dreijährige theoretische und praktische Ausbildung voraussetzen.

Nostrifizierungskriterien und qualitative Voraussetzungen sollten hier eher einer Aufwertung des Berufsbildes dienen und nicht umgekehrt.

Und genau hier sieht Dr. Kerschbaum die große Chance für einen Paradigmenwechsel in unserem Pflegesystem:

„Stellen wir ganz radikal den Kundenwunsch in den Mittelpunkt unserer Überlegungen. Die ganz große Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen hat den Wunsch, in gewohnter häuslicher Umgebung, eingebettet in familiäre und familiennahe Netzwerke, betreut zu werden“.

Weiteres merkt Dr. Kerschbaum an:

„Und diese Netze bewältigen unter zunehmend schwierigen Rahmenbedingungen und unter großen persönlichen Opfern in knapp 70 Prozent aller Pflegefälle die Betreuung ihrer Angehörigen ohne fremde Unterstützung.

Aus Umfragen wissen wir, dass Pflegebedürftige vor allem drei Dinge schätzen: Freundlichkeit, Verlässlichkeit und das Eingehen auf

persönliche Wünsche, Ängste und Bedürfnisse. Die fachlichen Qualifikation wird als selbstverständlich vorausgesetzt und gilt daher nicht als oberste Priorität“

Dr. Werner Kerschbaum, stellvertretender Generalsekretär des Österreichischen Roten Kreuzes, schlägt daher folgenden Eckpfeiler eines integrierten Maßnahmenpaketes vor, dass ich deshalb anführen möchte, weil es die 24-Stunden-Betreuung nicht als Teil des Problems sieht, sondern wesentliche Teile der Lösung bereits in sich birgt:

4.3.1 Mögliche Lösungsansätze

Ich zitiere seine 5 Punkte:

1. „Massiver Ausbau der 24-Stunden-Betreuung durch Erweiterung des Tätigkeitskataloges der ausländischen BetreuerInnen auf die sogenannte „Grundpflege“, durch öffentliche Förderungen der 24-Stunden-Betreuung bereits ab Pflegestufe 2, durch deutliches Anheben der derzeitigen Vermögensgrenzen, durch Förderung von Schulungsangeboten für die BetreuerInnen in den jeweiligen Herkunftsländern.
2. Case Managment und Qualitätssicherung durch mobile Dienste begleiten alle öffentlich geförderten 24-Stunden-Betreuungsverhältnisse. Dadurch ergeben sich neue Aufgaben für die etablierten Trägerorganisationen und deren hoch qualifizierten Fachpersonal.
3. Verdopplung der Kapazität von Tagesbetreuungseinrichtungen in Österreich bis 2010, insbesondere für Demenzerkrankte.
4. Deutliches Anheben des Personalschlüssels in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege zur besseren Versorgung (dementer) Patienten und zur spürbaren Entlastung der dort tätigen Pflegekräfte.
5. Verstärkte Einbindung von älteren Freiwilligen durch geeignete Anreizsysteme im Steuer- und Sozialversicherungsrecht“

(vgl. Gastkommentar von Dr. Werner Kerschbaum aus „Die Presse“ vom 8.2. 2008, S.37).

Geschätzte Kosten dieses Investitionsprogramms: 400 bis 500 Millionen Euro. Das bedeutet ein Plus von 15 Prozent zum derzeitigen österreichischen Jahresbudget für die Pflege von rund drei Milliarden Euro (inklusive 1,8 Milliarden Pflegegeld)

Sieht man aber nun von den Kosten ab, wäre das Resultat all dieser Überlegungen

- mit Sicherheit zufriedener pflegebedürftige Menschen,
- deutlich entlastete pflegende Angehörige durch ein reichhaltigeres und leistbares Angebot für Pflegebedürftige,
- bessere Integration von ausländischen Pflegekräften,
- sinnvolle Beschäftigung von älteren Freiwilligen und
- letztendlich auch zufriedene Pflegenden.

Das zu erwartende Ergebnis wäre - nach all diesen erbrachten Vorschlägen - laut Hr. Dr. Kerschbaum:

*“DAS GUTE GEWISSEN EINER GANZEN NATION,
dass wir mit unseren älteren und pflegebedürftigen Mitmenschen
verantwortungsvoll umgehen.“*

5 BEDARFSANALYSE

5.1 Methodik

Aus epidemiologischer Sicht verläuft die Studie deskriptiv.

Meine Arbeit ist eine Kombination von qualitativen und quantitativen Daten.

Die qualitative Methode beschränkt sich auf alle meine Literaturrecherchen, die versuchen das bereits vorhandene Wissen, teilweise aus der Wirtschaft, zu erklären und zu bestätigen, um dieses auch im Gesundheitsbereich vorteilhaft einzusetzen.

Die Erhebung über die Bedarfsanalyse erfolgt quantitativ mittels eines eigens dafür konstruierten, standardisierten Fragebogens. Dieser ist anonymisiert und gliedert sich in 6 spezifische Bereiche:

Teil A: Fragen zur Pflegevorsorge und Finanzierung dieser mit dem Schwerpunkt auf eigene Pflege

Teil B: Fragen an Personen, die noch keine Pflegevorsorge abgeschlossen haben

Teil C: Fragen an Personen, die bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen haben

Teil D: Fragen zum politischen Bereich des Themas Pflege und Vorsorge

Teil E: Persönliche Wünsche und Erwartungen an die Pflege im Alter

Teil F: Einschätzung der Versorgungssituation im Vergleich Stadt/Land

Am Ende dieser Bereiche besteht die Möglichkeit, persönliche Bemerkungen anzuführen. Diese wurden jedoch nur selten in Anspruch genommen und daher auch in der Auswertung nicht berücksichtigt. Anzumerken ist hier, dass 2

Personen Ihre Meinung über die zuletzt gestellte Frage zum Thema kundtaten und nicht auf Ihre allgemeine Stellungnahme, die hierfür gedacht war.

Teil G:

Die letzten zwei Seiten beziehen sich auf soziodemographischen Daten, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinderanzahl, Höchst abgeschlossene Ausbildung, Arbeitsverhältnis, Durchschnitts-Monats-Netto-Einkommen, Lebensraum und die Abfrage, ob generell ein Bezug zum Thema vorhanden ist.

Insgesamt umfasst der Fragebogen 10 Seiten, wobei die erste Seite Informationen über die Erhebung und Hinweise zum richtigen Ausfüllen beinhaltet. Der spezifische Fragenteil umfasst 39 Fragestellungen. Jeweils 4 Fragen beziehen sich auf den Fall „keine Pflegevorsorge abgeschlossen“, und ebenso 4 Fragen auf den Bereich „bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen“.

Es waren mindestens 100 Fragebögen zur Verteilung geplant, wobei ich auf reges Interesse gestoßen bin und somit 217 Fragebögen gemäß den Auswahlkriterien im Schneeballverfahren wieder erhalten und ausgearbeitet habe. Der Zeitrahmen von Verteilungsbeginn bis zum Erhalt des letzten Bogens war ursprünglich kürzer vorgesehen, nämlich 2 Monate, und wurde von 1. Mai 2008 bis 25. August 2008 aufgrund des bereits erwähnten Interesses erweitert. Das Alter der Personen bewegte sich von 20 Jahren bis 70 Jahren.

5.1.2 Durchführung der Fragebogenverteilung

Die Kontaktvermittlung erfolgte im Schneeballverfahren, im sogenannten „Snowball-sampling“. Diese wird unter anderem auch bei der Auswahl von Angehörigen seltener Populationen angewendet.

„Es stellt natürlich keine Zufallsauswahl, sondern eine bewusste Auswahl dar“ (vgl. Schnell, 1993, S. 309)

Die Fragebögen waren dermaßen aufgebaut, dass der Befragte sie selbst ausfüllen und sie mir persönlich oder über Bekannte anonym zu einem abgemachten Termin wieder retournieren konnte.

Auf diese Art und Weise kamen 217 Fragebögen zu Stande. Ich habe auch mit Versicherungen Kontakt aufgenommen, wobei sich eine Filiale der Donau Versicherung in Krems bereit erklärte, an ihre Klienten Fragebögen zu verteilen. In der Absicht und Hoffnung auch Personen in die Erhebung einbeziehen zu können, die bereits eine Art von Pflegevorsorge abgeschlossen haben, beziehungsweise einen Personenkreis, der generell mehr Bereitschaft zur Vorsorge zeigt.

Ländliche Regionen Österreichs (Niederösterreich, Vorarlberg, Burgenland, Steiermark) wurden ebenso in die Erhebung einbezogen wie größere Städte (Krems, St. Pölten, Graz, Dornbirn, Bregenz) und Ballungsraum Wien.

Die Datenauswertung der Fragebögen erfolgte dann mit Hilfe des Statistik - Programms „SPSS for Windows“.

„SPSS“ war ursprünglich eine Abkürzung für Statistical Package for the Social Sciences. Um die Sozialwissenschaften nicht als einziges Anwendungsgebiet auszuzeichnen, soll die Abkürzung in neuerer Zeit für Superior Performance Software System stehen (vgl. „Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows“ <http://www.rz.uni-osnabrueck.de>, 3.11. 2007)

5.2 Ergebnisse der Fragebögen

Die Fragebögen wurden - nach der erfolgten Rückgabe an mich - so gut es meine Zeit erlaubte, laufend in die erstellte Excelliste eingegeben.

Die Excelliste gliedert sich in die Variablen- und in die Datenansicht. Für jede Frage wurde eine Variablendefinition erstellt, das heißt, jeder Fragebogen erhielt einen Label. Somit konnte jede Frage unter der laufenden Fragebogennummer eingegeben werden. Die Nachvollziehbarkeit ist gewährleistet, denn jeder Fragebogen ist identifiziert.

Wie ich bereits erwähnte, gab es die Möglichkeit einer offenen Fragestellung, in der die Befragten ihre persönliche Meinung zu diesem Thema im allgemeinen kundtun konnten. Dieser Freiraum wurde nur wenig genutzt, einige Personen bezogen die Fragestellung sogar nur auf die vorhergehende Frage, das somit aber auch keine Relevanz auf die Auswertung der Arbeit hatte, weil ich diese nur interessehalber angeführt habe und nicht in die statistische Auswertung miteinbezogen habe.

Der Hintergedanke von mir war lediglich, die Beweggründe oder Sorgen des Befragten zu seiner Pflegevorstellung im Alter versuchen „hervorzukitzeln“, sprich herauszufinden, wie sehr sich die Befragten mit der Vorsorgethematik auseinandersetzen und vielleicht doch den Einzelnen mit mehr Bewusstsein darauf aufmerksam zu machen. Ich erhoffte mir auch eventuell so ein Bild für neue Zukunftsvisionen zu erhalten.

Bei der Eingabe erkannte ich auch so manche Mängel an meinem erstellten Fragebogen. Viele kreuzten mehrere Antworten an. Ich erkenne heute den Fehler, dass ich diese Antwortmöglichkeit in meinem Leitfaden am Beginn des Fragebogens, nicht eindeutig genug formuliert habe.

Ebenso gaben zum Beispiel ländliche Bereichsgruppen keine Stellungnahme zur städtischen Versorgungsfrage oder umgekehrt, die städtische Personen

gaben keine Antwortmöglichkeit zur ländlichen Versorgung ab. Diese Einstellung kann ich zwar nicht ganz nachvollziehen, da ich annehme, dass trotzdem man nur einen Lebensraum hat, eine Meinung über Stadt- und Landleben doch besitzt und diese hier hätte auch anführen können.

Etliche gaben Antwortmöglichkeiten vor, sehr auffallend war, bei der Fragestellung Teil A, Frage 2. Hier wünschten sich einige die Antwortmöglichkeit „vielleicht“, die aber aus wissenschaftlicher Sicht nicht zulässig ist.

5.3 Auswertung der Ergebnisse

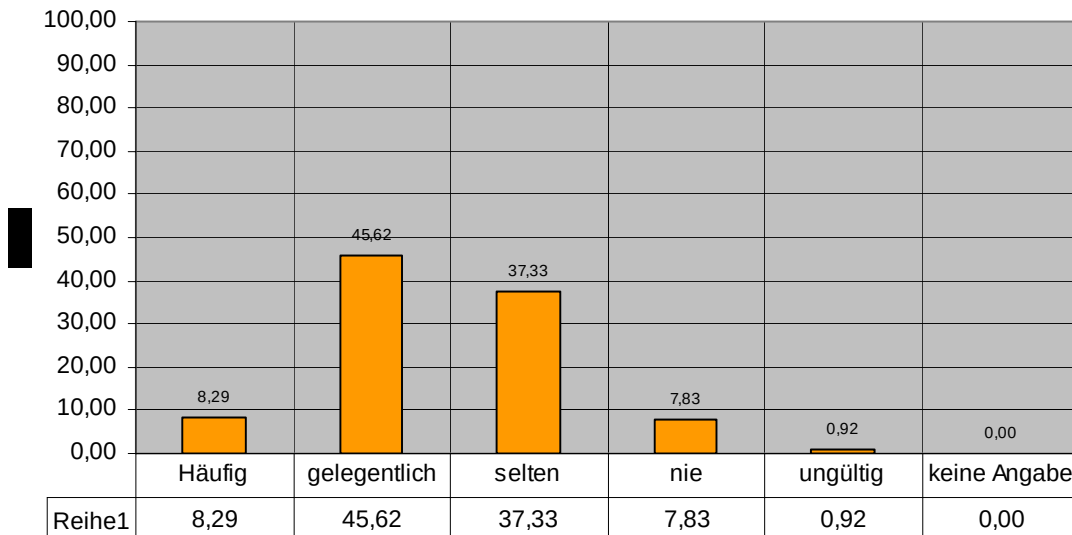
Mit Hilfe des SPSS wurde mit allen Variablen eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt.

Um die erzielten Ergebnisse besser veranschaulichen zu können, wurden pro Frage ein Balkendiagramm erstellt.

Die Auswertung der Ergebnisse verlief wie folgt deskriptiv:

Teil A: Frage 1:

Wie häufig machen Sie sich Gedanken über Ihr Alter und eine damit verbundene Pflegeabhängigkeit?



45, 62 % (99 Personen von 217 Befragten) machen sich „gelegentlich“ über Ihr Alter und einer damit verbundenen Pflegeabhängigkeit Gedanken.

37,33% (81 Personen) machen sich „selten“ Gedanken.

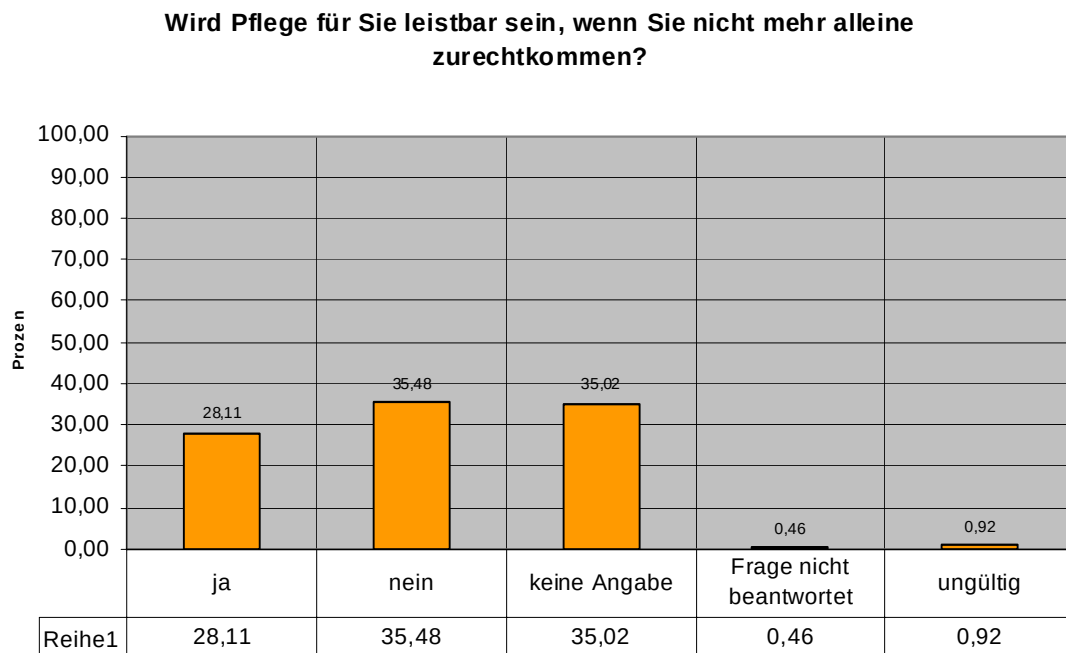
8,29% (18 Personen) machen sich „häufig“ Gedanken.

0.92% (2 Personen) gaben eine „ungültige“ Antwort.

7,83% (17 Personen) machen sich nie Gedanken.

91,24% (198 Personen von 217) denken „häufig/gelegentlich/selten“ über das Alter und einer damit verbundenen Pflegeabhängigkeit nach.

Teil A: Frage 2:



Ob Pflege leistbar sein wird, wenn Sie nicht mehr alleine zurechtkommen, zeigt das Säulendiagramm wie folgt:

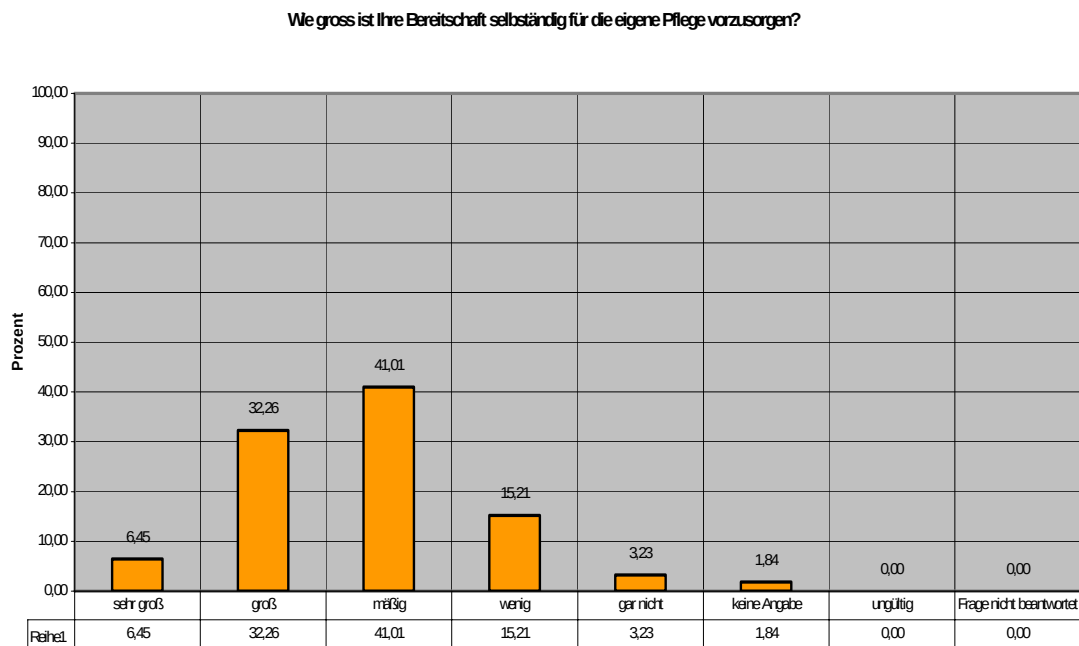
35,02% (76 Personen) machen dazu keine Angabe.

Der Prozentsatz von 0,92 von „ungültig“ und 0,46% „von die Frage nicht Beantwortet“ ergibt 1,38% (3 Personen).

Die führenden 35,48 % (77 Personen) sagen deutlich „nein“ zu einer möglichen Leistbarkeit von Pflegeabhängigkeit.

28,11% (61 Personen) können sich Ihre Pflege leisten.

Teil A: Frage 3:



Die Bereitschaft selbständig für die eigene Pflege vorzusorgen, teilt sich folgendermassen auf:

41,01 % (89 Personen) sind mäßig bereit selbständig für sich vorzusorgen.

32,26 % (70 Personen) geben „große“ Bereitschaft an.

6,45 % (14 Personen) geben „sehr große“ Bereitschaft an.

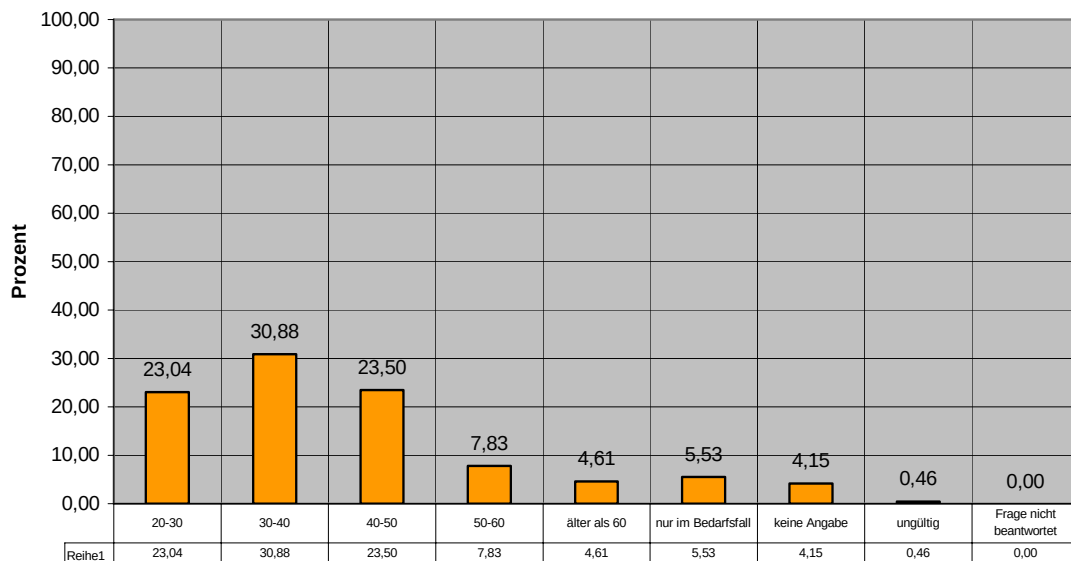
15,21% (33 Personen) geben wenig Bereitschaft an.

3,23% (7 Personen) meinen Sie sind „gar nicht“ bereit vorzusorgen.

1,84% (4 Personen) wollte dazu keine Angabe machen.

Teil A: Frage 4:

Wann wäre Ihrer Meinung nach der beste Zeitpunkt um sich über Pflegevorsorge zu informieren?



Der beste Zeitpunkt, um sich über Pflegevorsorge zu informieren, wird vom 30.-40. Lebensjahr mit 30,88% (67 Personen) angegeben.

Die Säulen zeigen, dass die Befragten zu frühzeitigen Einholen von Pflegevorsorgeinformation tendieren:

Das 20-30jährige Lebensjahr wird mit 23,04% (50 Personen) zur Informationseinholung angegeben.

Das 40-50jährige Lebensalter wird mit 23,50% (51 Personen) angegeben.

Ab dem 50. Lebensjahr werden nur noch 7,83% (17 Personen) angegeben, die in diesem Lebensabschnitt den besten Informationszeitpunkt sehen.

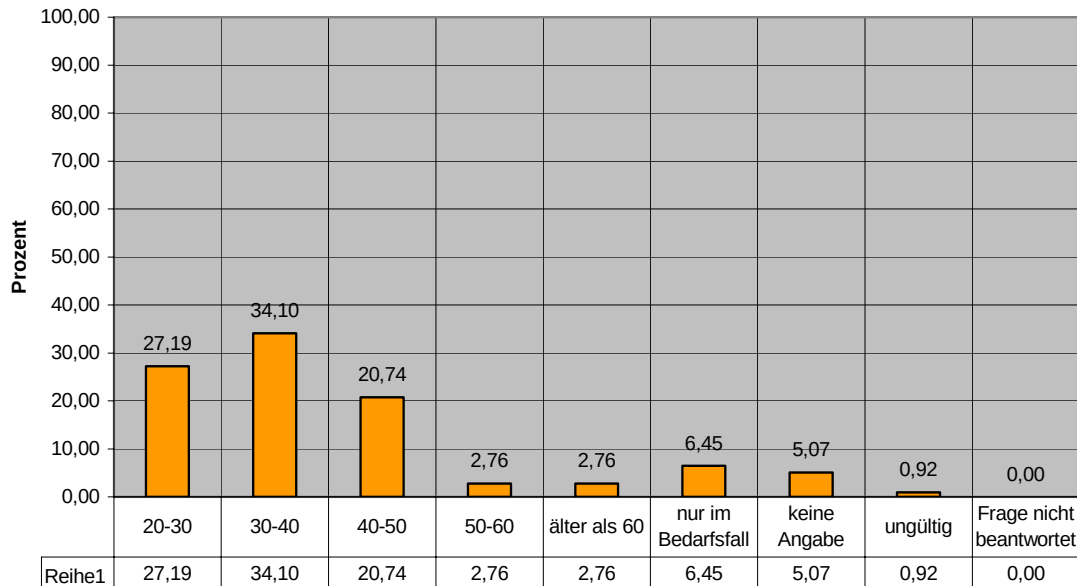
Bei den älter als 60jährigen sind nur noch 4,61% (10 Personen) dieser Meinung.

5,53% (12 Personen) meinen der beste Zeitpunkt sei bei Bedarf.

4,15% und 0,46% geben keine oder eine ungültige Aussage dazu ab (jeweils 10 Personen).

Teil A: Frage 5:

Ab welchem Alter erscheint es für Sie sinnvoll eine Pflegevorsorge abzuschliessen?



Um eine Pflegevorsorge sinnvoll abzuschließen, zeigt das Säulendiagramm mit 34,10% das beste Alter zwischen 30 – 40 Jahren (74 Personen).

Gefolgt von 27,19% vom 20 – 30 Jahren (59 Personen) und

20,74% der 40- 50 Jahren (45 Personen).

Auch hier liegt die Tendenz zur Vorsorge in den jüngeren Jahren, das heißt, im Lebensalter von 20 – 50 erscheint es den befragten Personen, in Prozenten gesehen 82,03% als sinnvoll eine Pflegevorsorge abzuschließen (178 Personen).

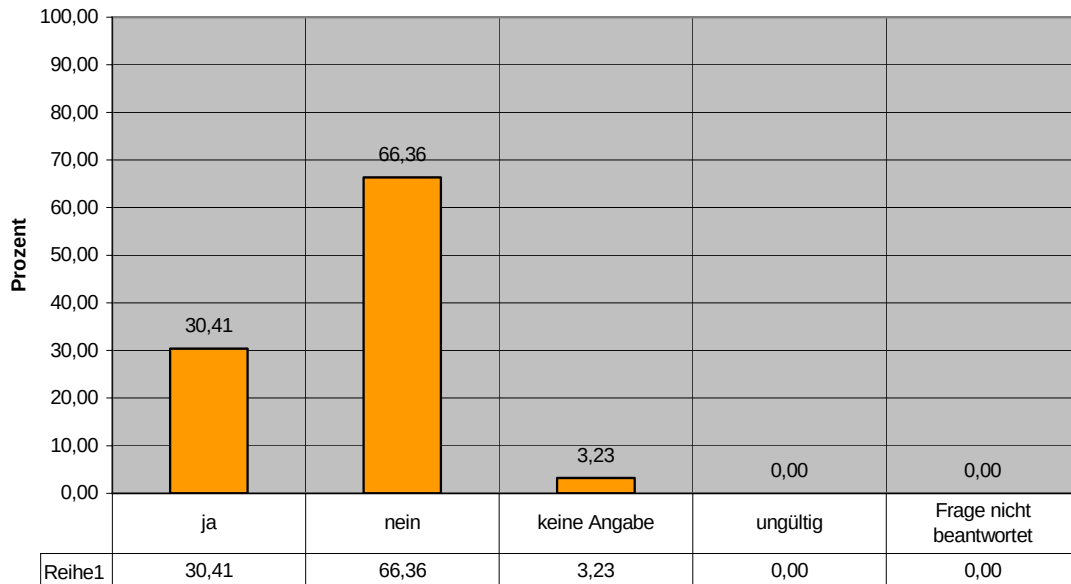
Das Alter 50 – 60 und älter als 60 wird mit jeweils 2,76% und somit als am wenigsten sinnvoll beziffert (jeweils 6 Personen).

6,45% sehen die Sinnhaftigkeit eines Abschlusses nur im Bedarfsfall (14 Personen)

5,07% und 0,92% geben keine Angabe beziehungsweise geben eine ungültige Antwort ab, das sind insgesamt 5,99% (13 Personen).

Teil A: Frage 6

Haben Sie sich bei Ihrer Versicherung über Pflegevorsorge bereits informiert?



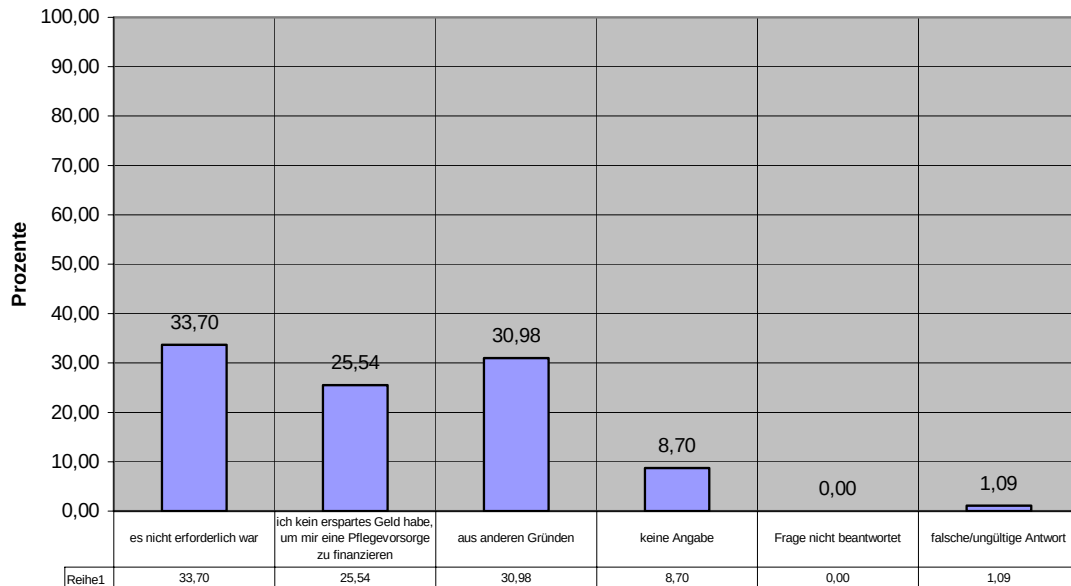
66,36% (144 Personen) haben sich noch nie bei Ihrer Versicherung über Pflegevorsorge informiert.

30,41% (66 Personen) haben bereits Erkundigungen eingezogen.

3, 23% (7 Personen) möchten dazu keine Angabe machen.

Teil B: Frage 7

Sie haben noch keine Pflegevorsorge abgeschlossen , weil ...



184 Personen von 217 Befragten haben noch keine Pflegevorsorge abgeschlossen.

33,70% (62 Personen) fanden es bis zum befragten Zeitpunkt für eher „nicht erforderlich“ eine Pflegevorsorge abzuschließen.

25,54% (47 Personen) gaben an, kein erspartes Geld für Pflegevorsorge zu haben und

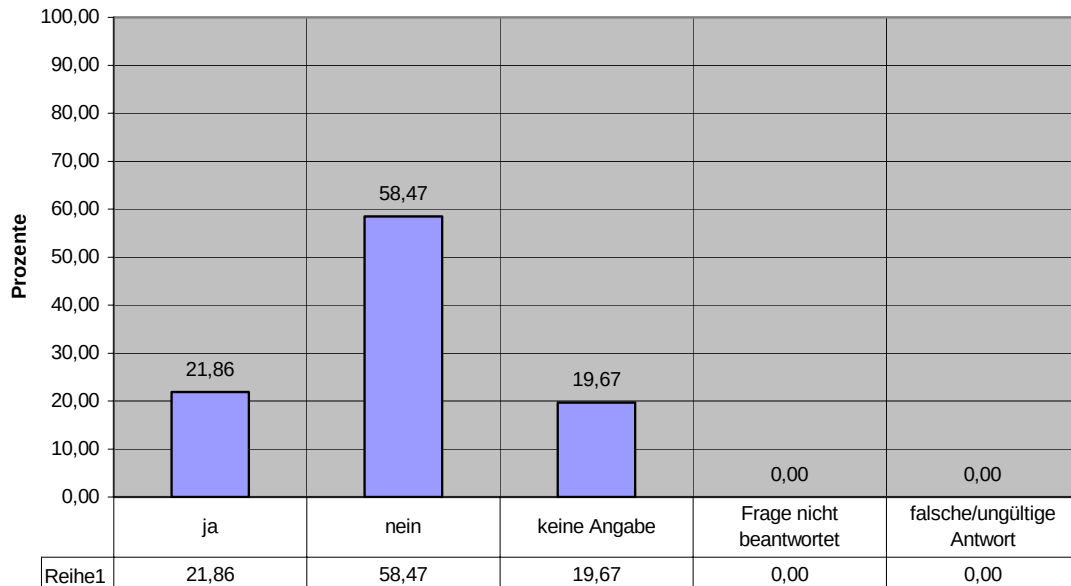
30,98% (57 Personen) führten „aus anderen Gründen“ an, die ich (leider) nicht näher abgefragt habe, die aber auch im Nachhineingesehen interessant gewesen wären.

8,70% (16 Personen) möchten dazu keine Angabe machen.

1,09% (2 Personen) haben falsch/ungültig gewählt.

Teil B: Frage 8

Wären Sie nun bereit eine private Pflegevorsorge abzuschließen?



Von den 183 Personen sind

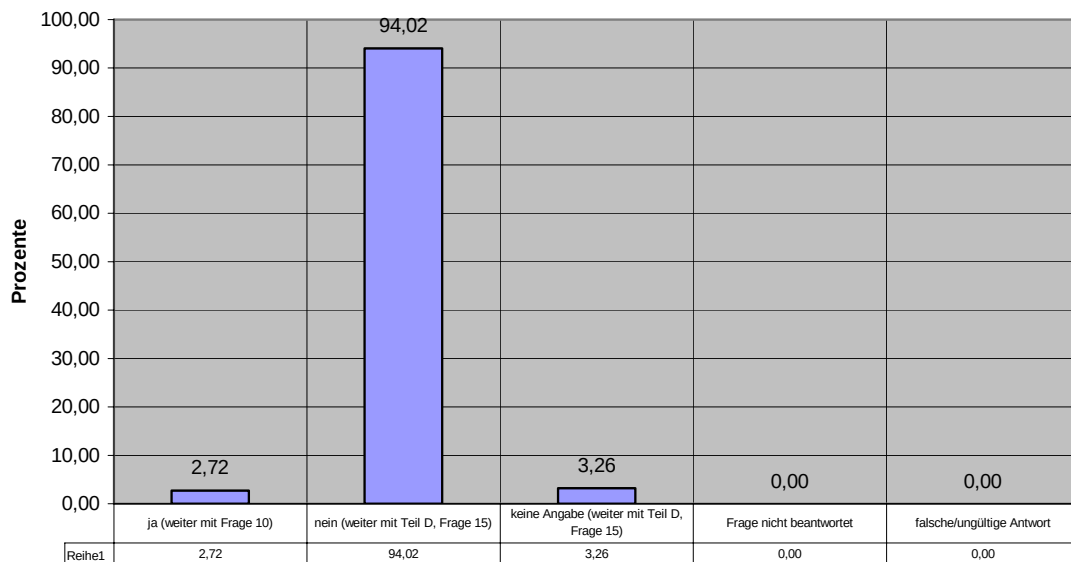
58,47% (107 Personen) nicht bereit eine Pflegevorsorge zum Zeitpunkt der Befragung abzuschließen.

19,67% (36 Personen) wollten „keine Angabe“ dazu machen.

21,86% (40 Personen) wären nun für einen Pflegevorsorgeabschluß bereit.

Teil B: Frage 9

Waren Sie schon einmal in einer Situation in der Sie eine Pflegevorsorge gerne in Anspruch genommen hätten?



Von 184 Personen, die noch keine Pflegevorsorge abgeschlossen haben, waren

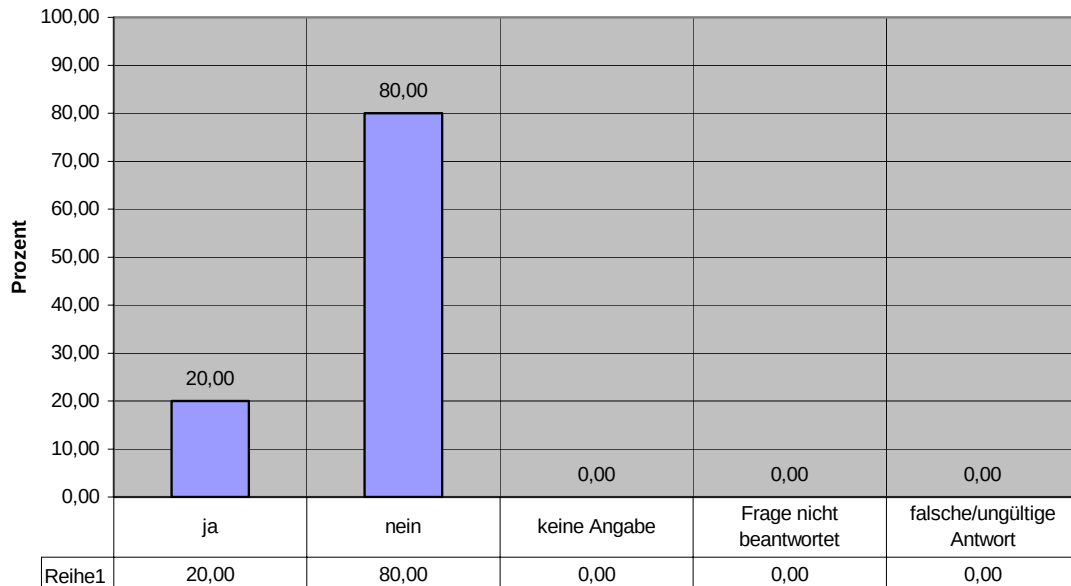
94,02% (173 Personen) noch nie in einer Situation, in der Sie eine Pflegevorsorge gerne in Anspruch genommen hätten.

3,26% (6 Personen) wollten dazu keine Angabe machen.

Nur 2,72% (5 Personen) waren schon einmal in dieser Situation.

Teil B: Frage 10

Überlegten Sie nach diesem Vorfall einen Pflegevorsorge abzuschließen?

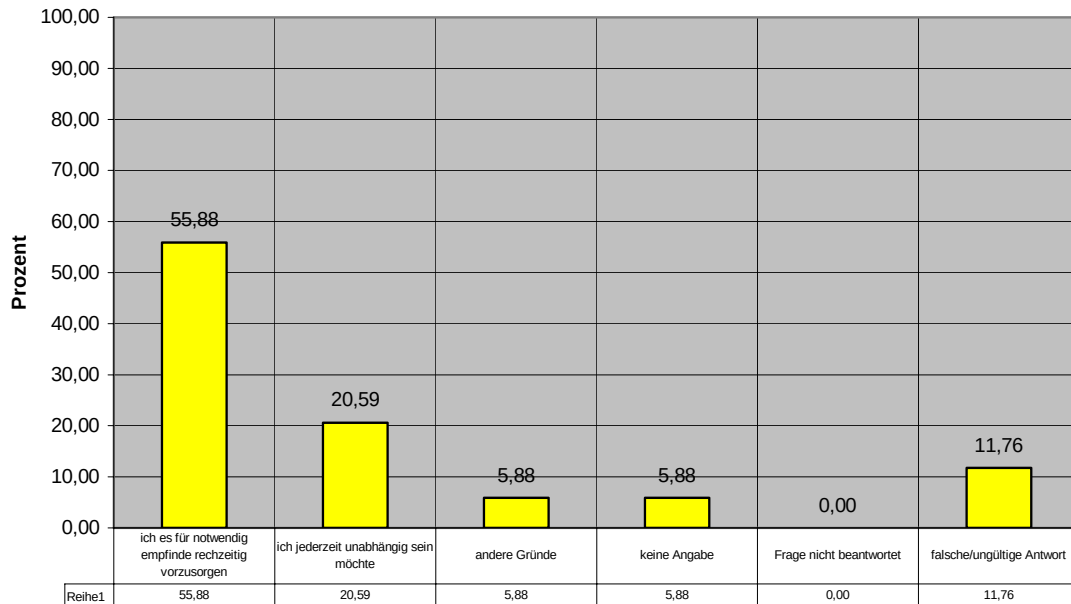


Von den 2,72% (5 Personen) derer, die bereits in einer Situation waren, in der Sie eine Pflegevorsorge gerne in Anspruch genommen hätten, sagen wiederum bedeutende 80% (4 Personen) „Nein“ zu einem Pflegevorsorgeabschluß.

20% (1 Person) ist der Meinung nun sei es Zeit vorzusorgen.

Teil C: Frage 11

Sie haben bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen, weil ...



Von denjenigen, die bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen haben (34 Personen von 217 Befragten) geben

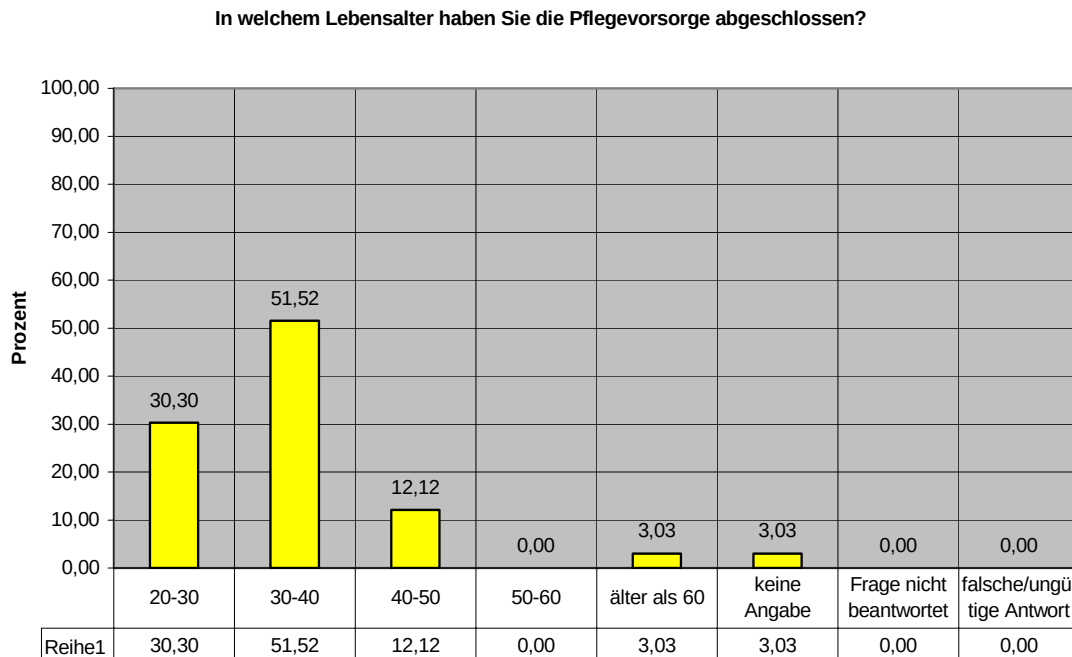
55,88% (19 Personen) an, dass Sie es für „notwendig empfinden, rechtzeitig vorzusorgen“.

Nur 20,59% (7 Personen) begründen Ihre Entscheidung mit dem Gefühl der Unabhängigkeit.

Jeweils 5,88% (2 Personen) gehen mit „andere Gründe“ und „keine Angabe“ konform.

11,76% (4 Personen) geben falsche oder ungültige Antworten.

Teil C: Frage 12



Hat sich jemand einmal zu einem Pflegevorsorgeabschluss durchgerungen, das sind in diesem Fall 33 Personen von 217 Befragten, dann wird der Abschluss dazu im Zeitraum zwischen 30 – 40 Jahren angegeben, das Diagramm weist auf 51,52% (17 Personen) hin.

Die 20 – 30 jährigen beziffern ihren Entschluss mit 30,30% (10 Personen).

Im Lebensalter von 50 – 60 hat keiner der Befragten einen Pflegeabschluss getätigt.

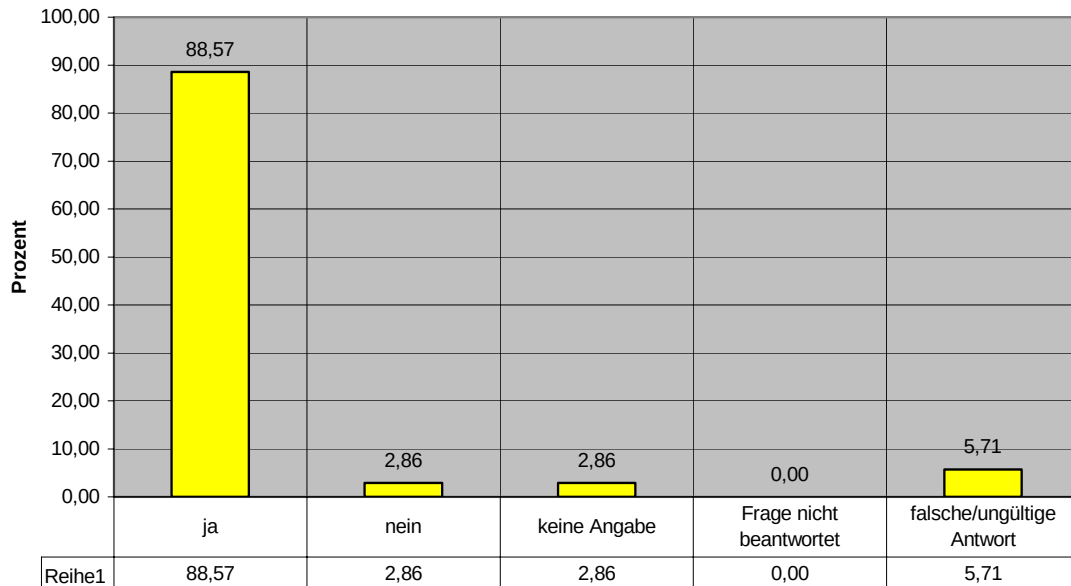
Der Zeitraum 40 – 50 Jahre wird mit einer Häufigkeit von 12,12% angegeben (4 Personen).

Die älter als 60 jährigen zeigen 3,03% (1 Person).

3,03% (1 Person) gibt dazu auch keine Angabe.

Teil C: Frage 13

Würden Sie einen Pflegevorsorgeabschluss Ihren Bekannten weiterempfehlen?



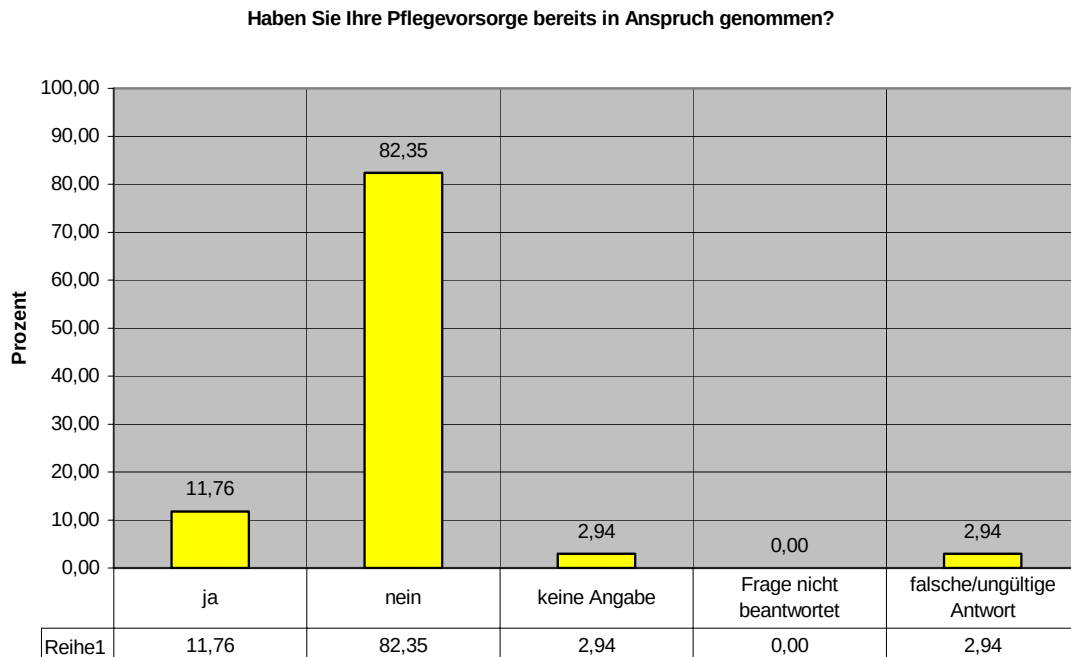
88,57% (31 Personen von 35) würden Ihren Bekannten ebenso zu einem Abschluss raten.

2,86% (1 Person) würde keine Empfehlung an Ihre Bekannten weitergeben.

2,86% (1 Person) gibt dazu keine Angabe.

5,71% (2 Personen) geben dazu eine falsche/ungültige Meinung ab.

Teil C: Frage 14



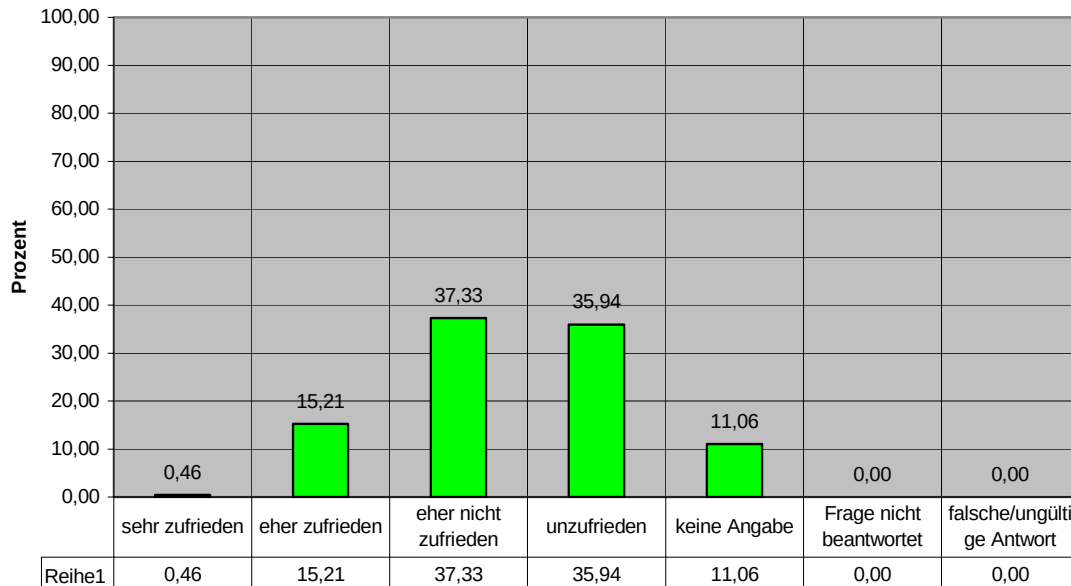
Von den 34 Personen, die bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen haben, geben 82,35% (28 Personen) an, diese noch nie in Anspruch genommen zu haben.

Nur 11,76% (4 Personen) von den Befragten waren bereits in der Situation, auf Ihre Vorsorge zurückgreifen zu können.

Jeweils 2,94% (1 Person) gibt dazu keine Angabe oder eine falsche/ungültige Antwort ab.

Teil D: Frage 15

Wie sind Sie mit dem Umgang von Pflege im politischen Alltag zufrieden



37,33%, das sind 81 Personen der 217 befragten Personen sind „eher nicht zufrieden“.

Das Diagramm zeigt eindeutig die größere Unzufriedenheit der Befragten.

73,27% (159 Personen) sind „eher nicht zufrieden“ oder auch „unzufrieden“.

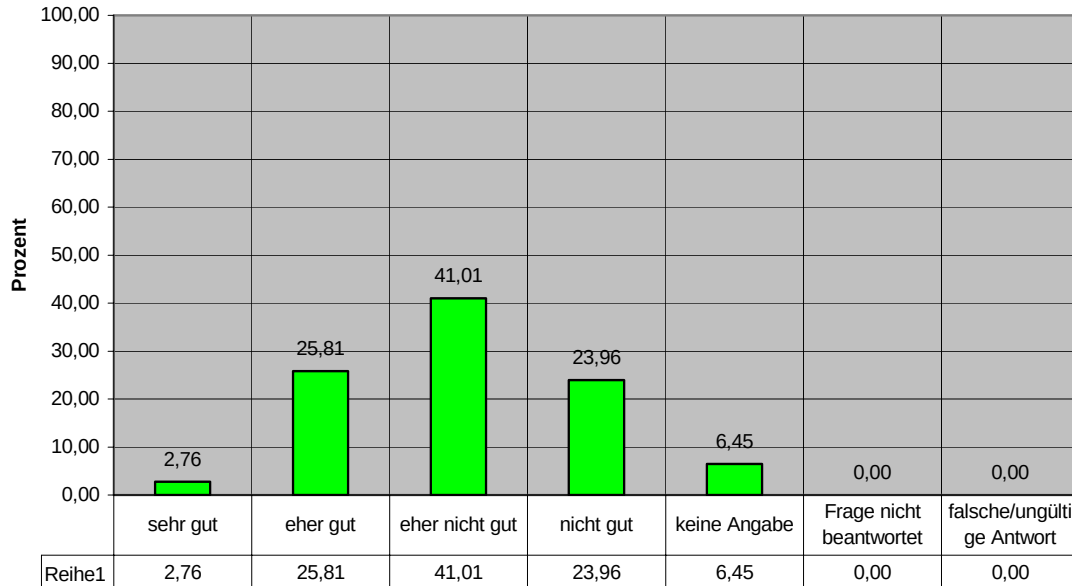
Nur 15,21% (33 Personen) sind „eher zufrieden“.

0,46% (1 Person) gibt an, „sehr zufrieden“ mit der Politik bezogen auf Umgang mit Pflege zu sein.

11,06% (24 Personen) wollen „keine Angabe“ machen.

Teil D: Frage 16

Wie gut fühlen Sie sich über die aktuellen Gesundheits- und Vorsorgeleistungen informiert?



Der Informationsstand der 217 Befragten liegt bei 41,01% (89 Personen) und wird als „eher nicht gut“ eingestuft.

„Eher gut“ wird mit 25,81% (56 Personen) und

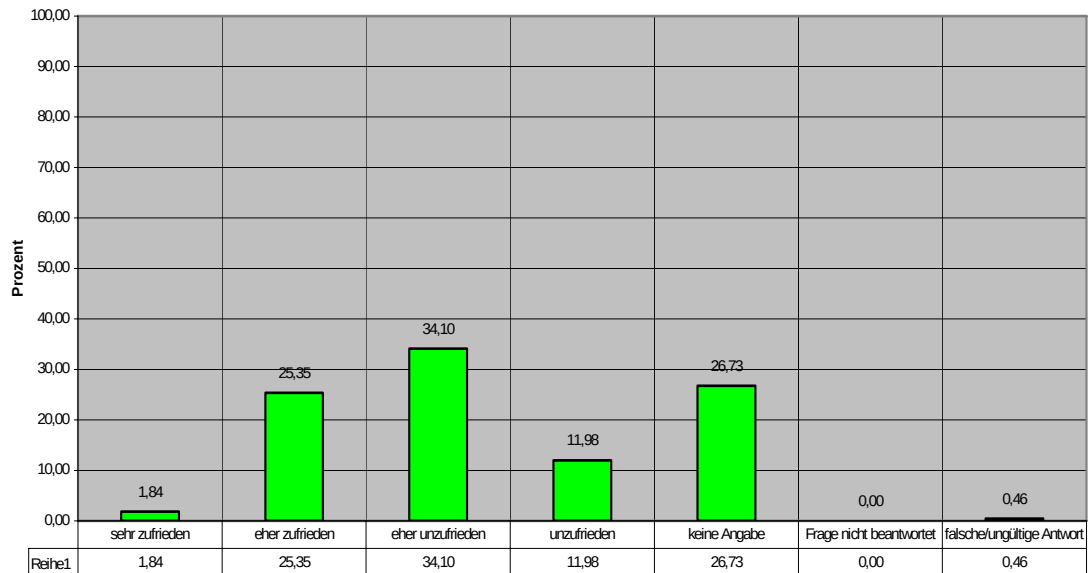
„nicht gut“ mit 23,96% (52 Personen) bewertet.

2,76% (6 Personen) fühlen sich „sehr gut“ informiert.

6,45% (14 Personen) geben dazu keine Angabe.

Teil D: Frage 17

Wie zufrieden sind Sie mit den derzeitigen Vorsorgeangebot?



Das Resultat über die Zufriedenheit der derzeitigen Vorsorgeangebote zeigt folgendes Bild:

34,10% (74 Personen) sind „eher unzufrieden“ mit den derzeitigen Angeboten.

26,73% (57 Personen) wollten dazu keine Angabe machen.

11,98% (26 Personen) sind „unzufrieden“.

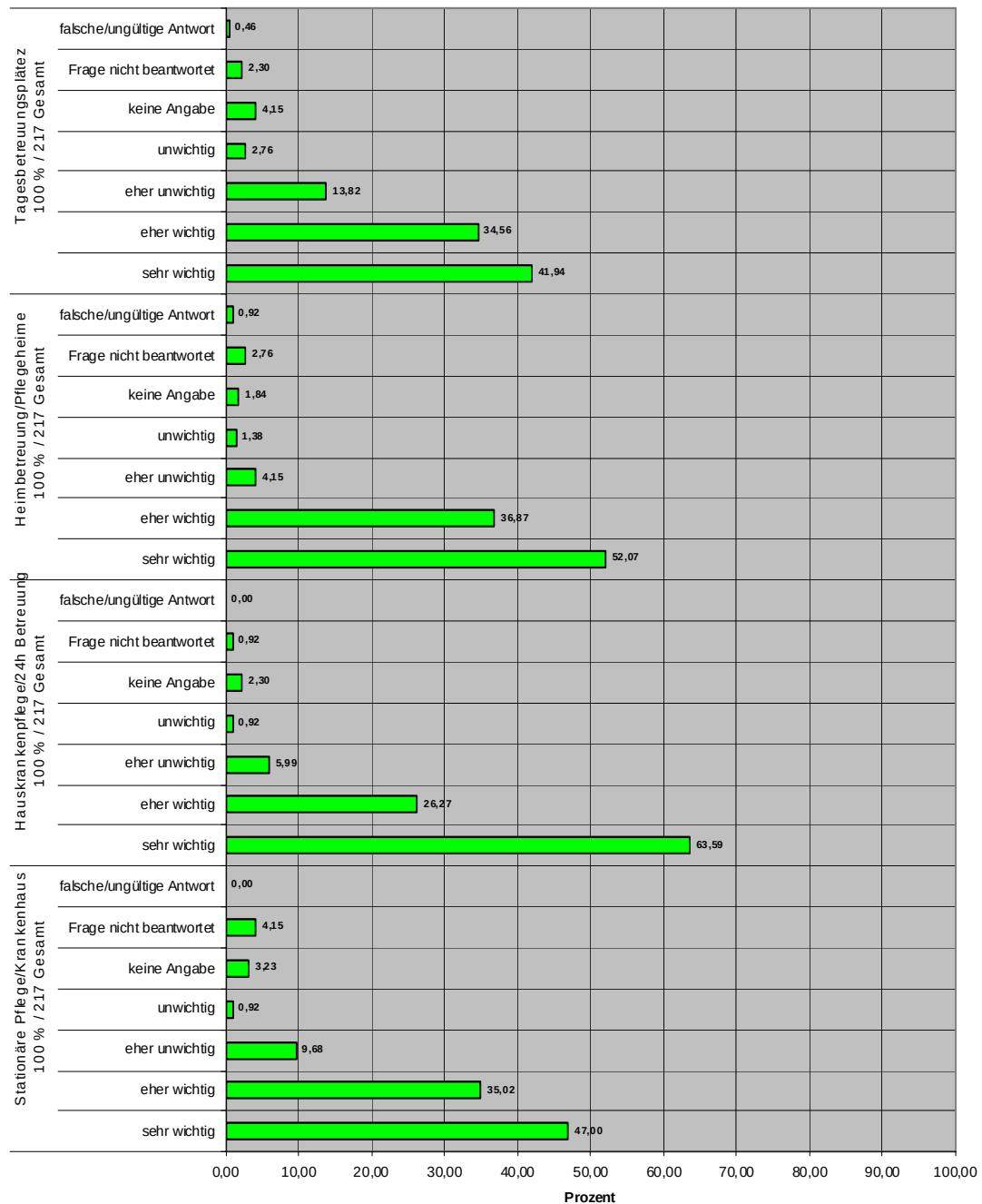
Rechnet man nun die „eher unzufriedenen“ mit den „Unzufriedenen“ ein, so ergibt sich das negative Ergebnis von

46,08% (100 Personen von 217) Unzufriedenen oder „eher unzufrieden“ in Bezug auf die derzeitigen Vorsorgeangebote.

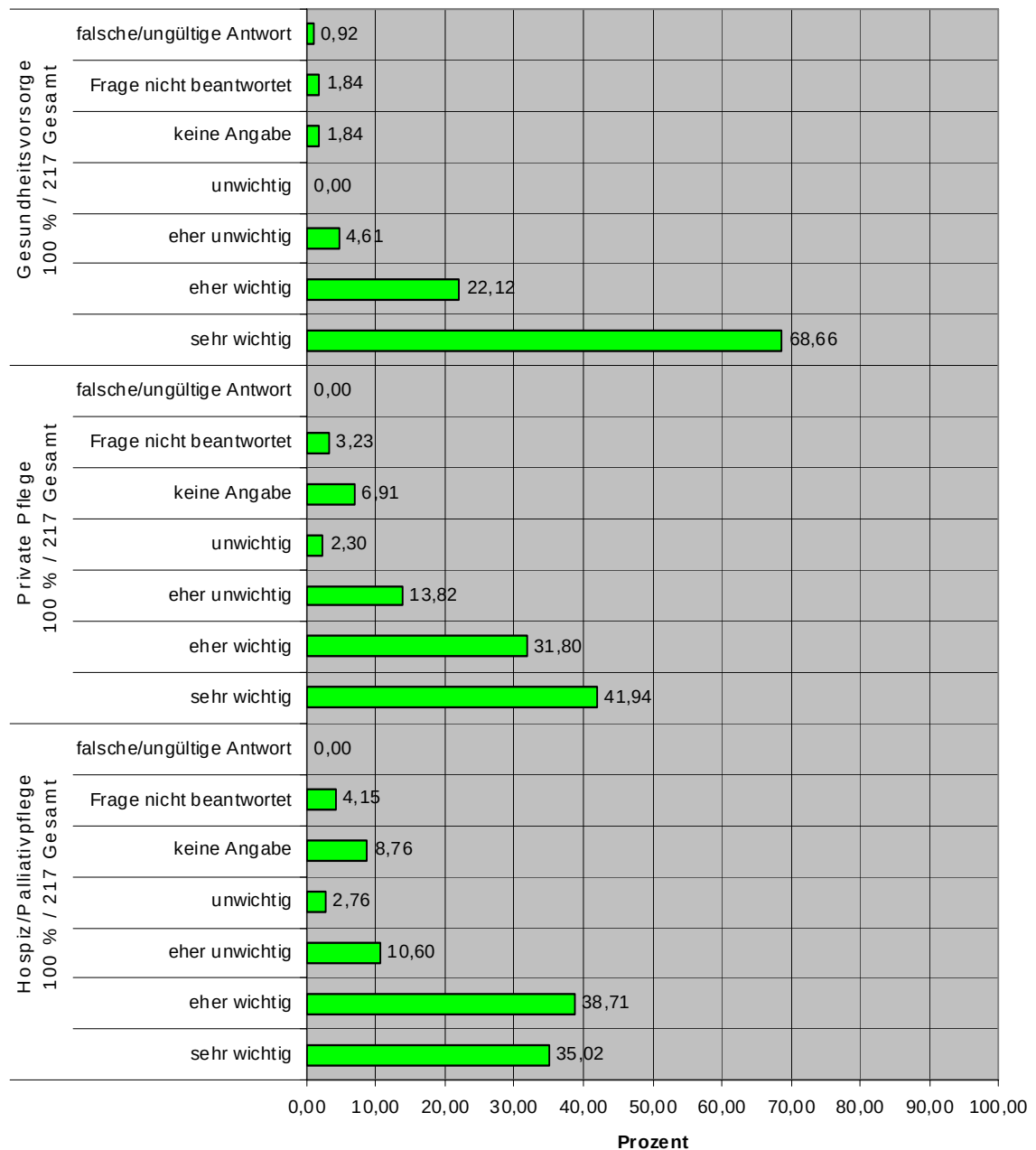
1, 84% (4 Personen) geben an „sehr zufrieden“ zu sein.

Teil D: Frage 18a /18b

In welche Bereiche sollte die Politik mehr Engagement/Zeit und Geld investieren?



In welche Bereiche sollte die Politik mehr Engagement/Zeit und Geld investieren ?



Die Politik sollte laut der 217 Befragten das meiste Engagement/Zeit/Geld in den Bereich der Gesundheitsvorsorge investieren.

68,66% (149 Personen) haben diesen als **wichtigsten Bereich** gewertet. Die Antwortmöglichkeit „unwichtig“ unterstreicht dieses Ergebnis mit 0,00%.

Der Bereich der Hauskrankenpflege wird mit 63,59% von 138 Personen als zweit wichtigster Bereich gereiht

Pflegeheimbetreuung erhält 52,07% (113 Personen).

Die Tagesbetreuungsplätze und die Private Pflege sind bei der Beurteilung „sehr wichtig“ konform mit jeweils 41,94% (jeweils 91 Personen).

Die Kategorie „sehr wichtig“ zeigt im Bereich der Palliativpflege den geringsten Prozentsatz mit 35,02% (76 Personen).

Bei dem Auswahlkriterium **„eher wichtig“** ist die Hospiz/Palliativpflege an erster Stelle gereiht mit 38,71% (84 Personen).

Gefolgt von Heimbetreuung/Pflegeheime mit 36,87% (80 Personen) und der Stationären Pflege/Krankenhaus mit 35,02% (76 Personen).

Die schwächste Bewertung erhält hier die Gesundheitsvorsorge mit 22,12% (48 Personen).

Das Kriterium **„eher unwichtig“** erhalten die Tagesbetreuungsplätze und der Bereich Private Pflege mit jeweils 13,82% (jeweils 30 Personen).

Gefolgt vom Bereich Hospiz/Palliativpflege mit 10,60% (23 Personen).

9,68% (21 Personen) sehen die Stationäre Pflege/Krankenhaus als „eher unwichtig“ an.

5,99% (13 Personen) erhält der Bereich der Hauskrankenpflege.

4,61% (10 Personen) erhält der Bereich der Gesundheitsvorsorge.

4,15% (9 Personen) erhält der Bereich der Heimbetreuung/Pflegeheime.

Das Kriterium **„unwichtig“** ist im Bereich der Tagesbetreuungsplätze und im Bereich Hospiz/Palliativpflege gleichwertig mit 2,76% (jeweils 6 Personen).

Ebenso konform sind hier Stationäre Pflege und die Hauskrankenpflege mit 0,92% eingestuft worden (jeweils 2 Personen).

„Keine Angabe/Frage nicht beantwortet/falsche, ungültige Antwort“ erhält der Bereich Hospiz/Palliativpflege mit 12,91% (28 Personen).

10,14% (22 Personen) erhält der Private Pflegebereich.

7,38% (16 Personen) geben den Stationären Bereich/Krankenhaus an.

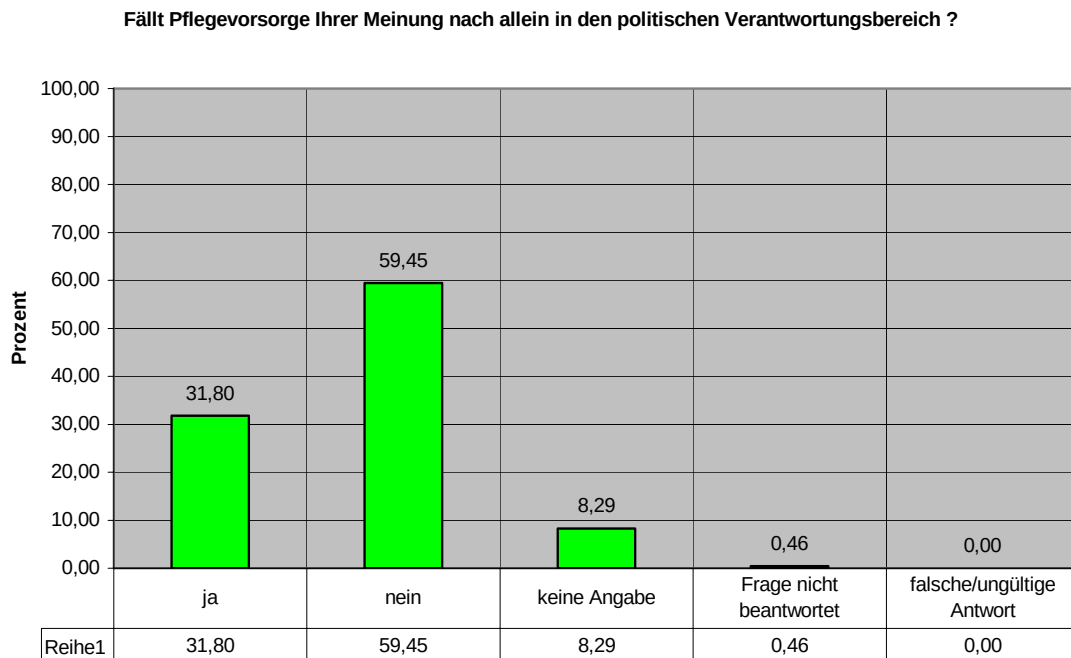
6,91% (15 Personen) geben die Tagesbetreuungsplätze an.

5,52% (12 Personen) erhält die Heimbetreuung/Pflegeheime.

4,6% (10 Personen) bewerten die Gesundheitsvorsorge.

3,22% (7 Personen) geben die Hauskrankenpflege an.

Teil D: Frage 19



59,45% (129 Personen) der Befragten gibt an, dass nicht allein die Politik für die Vorsorge zuständig ist.

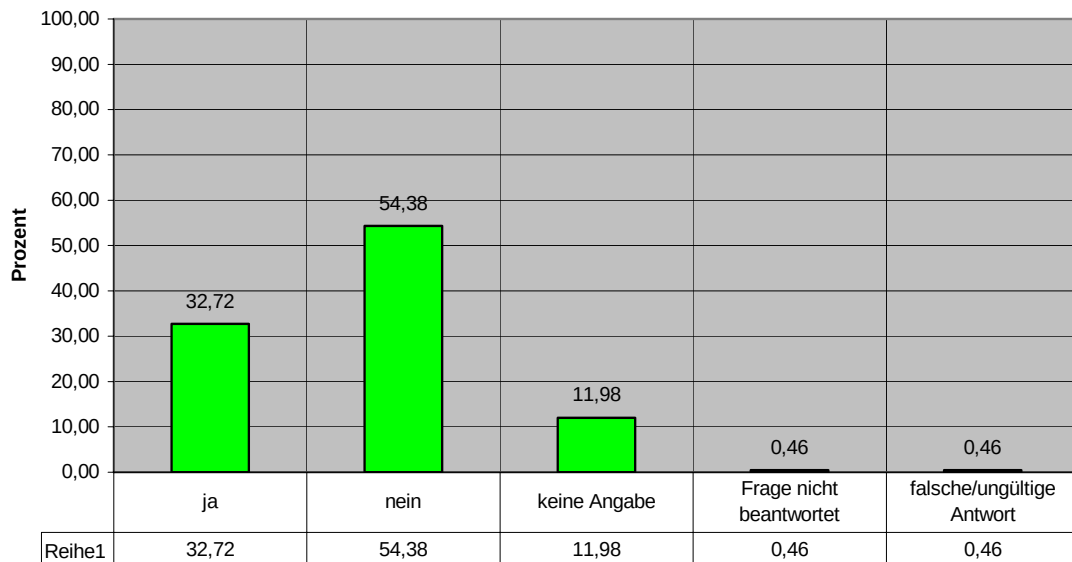
31,80% (69 Personen) stimmen für die alleinige Verantwortung der Politik im Vorsorgebereich.

8,29% (18 Personen) geben dazu keine Angabe.

0,46% (1 Person) hat diese Frage nicht beantwortet.

Teil D: Frage 20

Die Politik ist in der Lage die Zukunft der Altenpflege sicher zu gestalten-Können Sie sich dieser Ansicht anschließen?



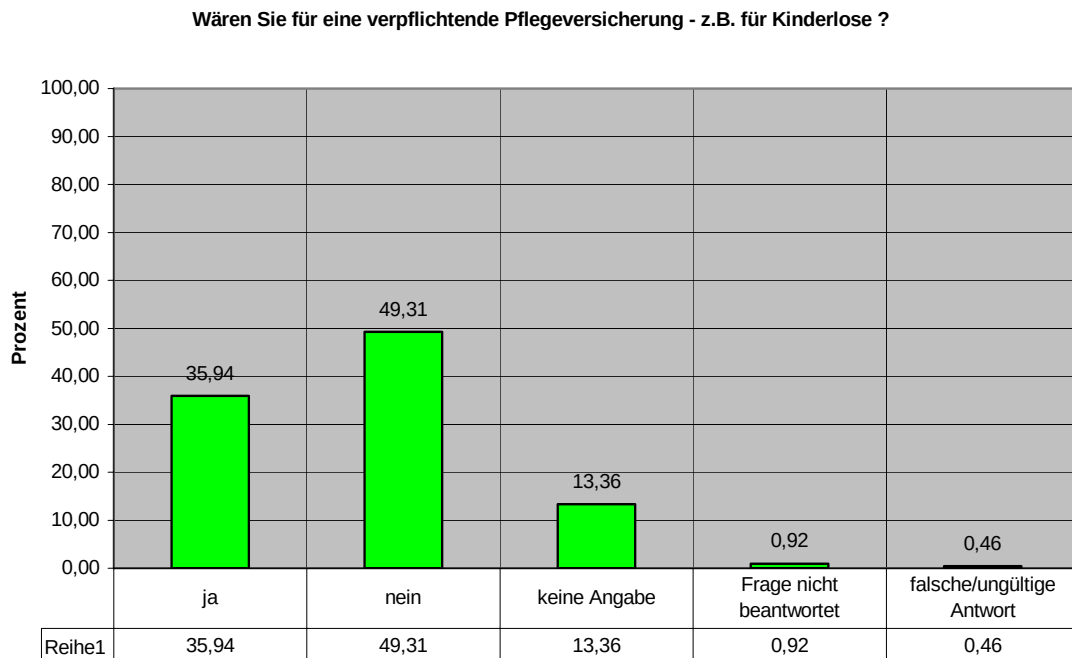
54,38% (118 Personen) sehen in der Politik nicht die zukünftige Sicherstellung von der Gestaltung von Altenpflege.

32,72% (71 Personen) sind der Ansicht, dass die Politik die Zukunft der Altenpflege sicher gestaltet.

% (26 Personen) geben dazu keine Angabe.

% (1 Person) hat diese Frage jeweils falsch/ungültig beziehungsweise nicht beantwortet.

Teil D: Frage 21



49,31% (107 Personen) sind nicht für eine verpflichtende Pflegeversicherung.

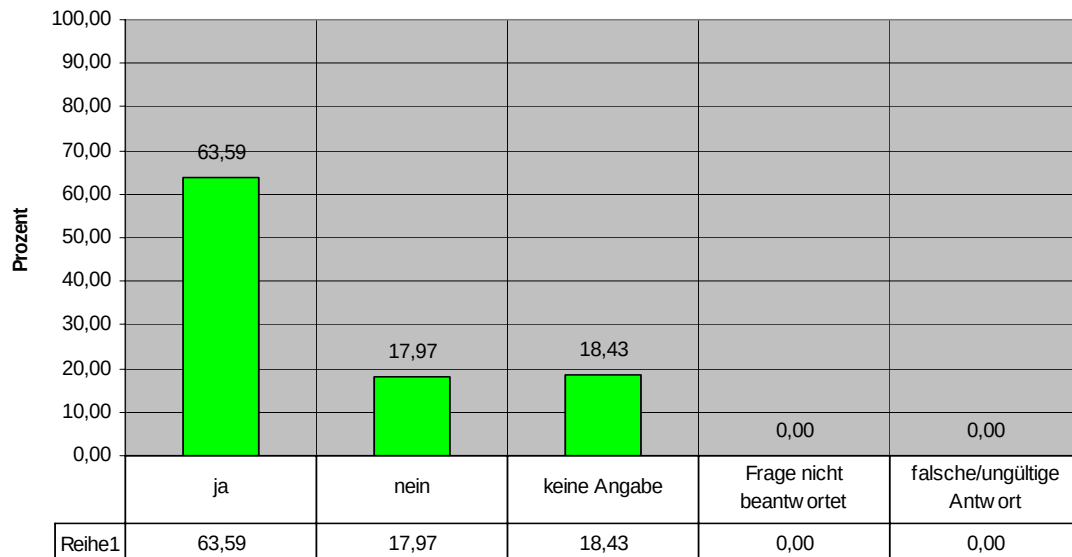
35,94% (78 Personen) sprechen sich für eine verpflichtende Pflegerversicherung aus.

13,36% (29 Personen) geben keine Angabe.

1,38% (3 Personen) haben die Frage nicht beantwortet beziehungsweise falsch/ungültig beantwortet.

Teil D: Frage 22

Falls Pflegevorsorgepakete steuerlich absetzbar wären, würden Sie diese in Anspruch nehmen ?

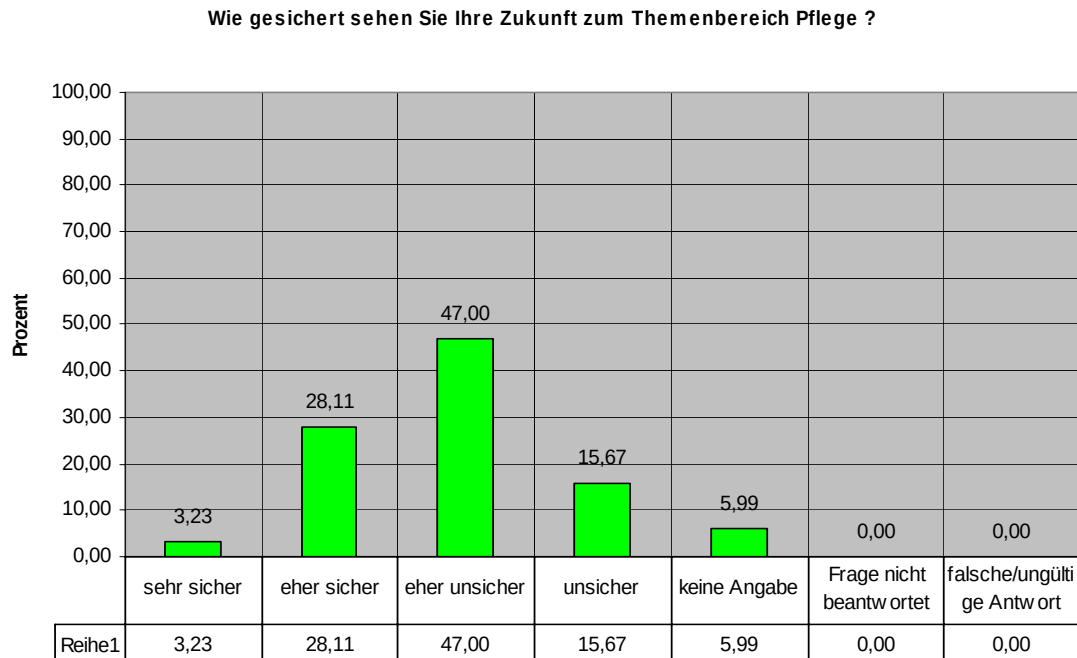


63,59% (138 Personen) würden steuerlich absetzbare Pflegevorsorgepakete in Anspruch nehmen.

Nur 17,97% (39 Personen) würden Pflegevorsorgepakete auch bei steuerlicher Absetzbarkeit nicht in Anspruch nehmen.

18,43% (40 Personen) möchten keine Meinung abgeben.

Teil D: Frage 23



Die Zukunftsperspektive im Pflegebereich wird von 47% (102 Personen) „eher unsicher“ bewertet.

28,11% (61 Personen) sehen Ihre Zukunft der Pflege „eher sicher“.

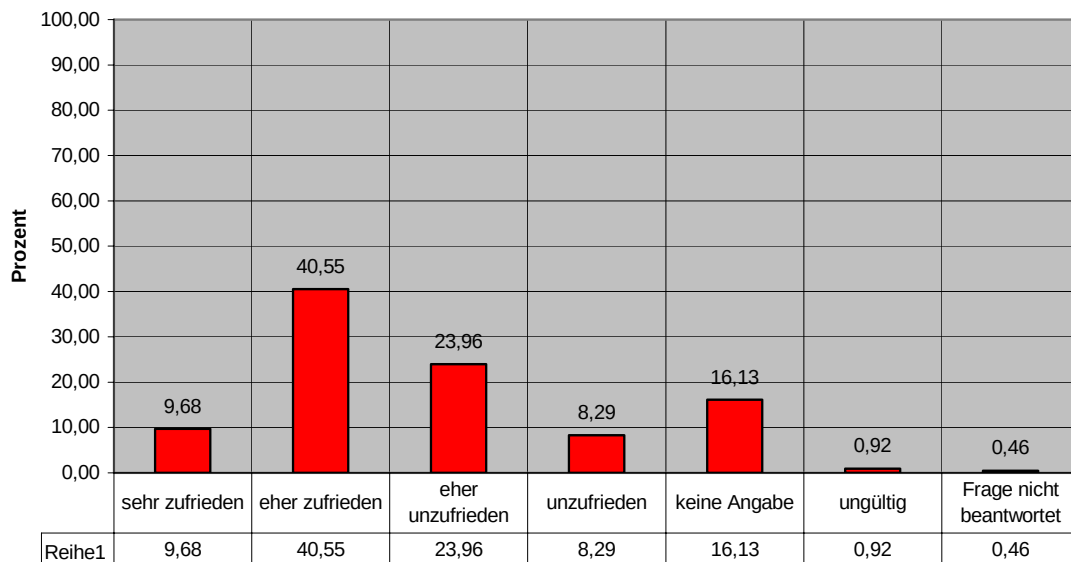
3,23% (7 Personen) sehen Ihre Zukunft der Pflege „sehr sicher“.

15,67% (34 Personen) sind „unsicher“ im Bezug auf die Sicherheit der zukünftigen Pflege.

5,99% (13 Personen) geben dazu keine Angabe.

Teil E: Frage 24

Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Betreuung von Alten und kranken Menschen in Ihrer Umgebung?



Bei der Abfrage über die Zufriedenheit mit der derzeitigen Betreuung von Alten und kranken Menschen in der Umgebung der Befragten geben

40,55% (88 Personen) „eher zufrieden“ an.

9,68% (21 Personen) sind „sehr zufrieden“.

Somit ergibt sich die Summe aus der „sehr zufriedenen“ und der „eher zufriedenen“ mit 50,23% (109 Personen).

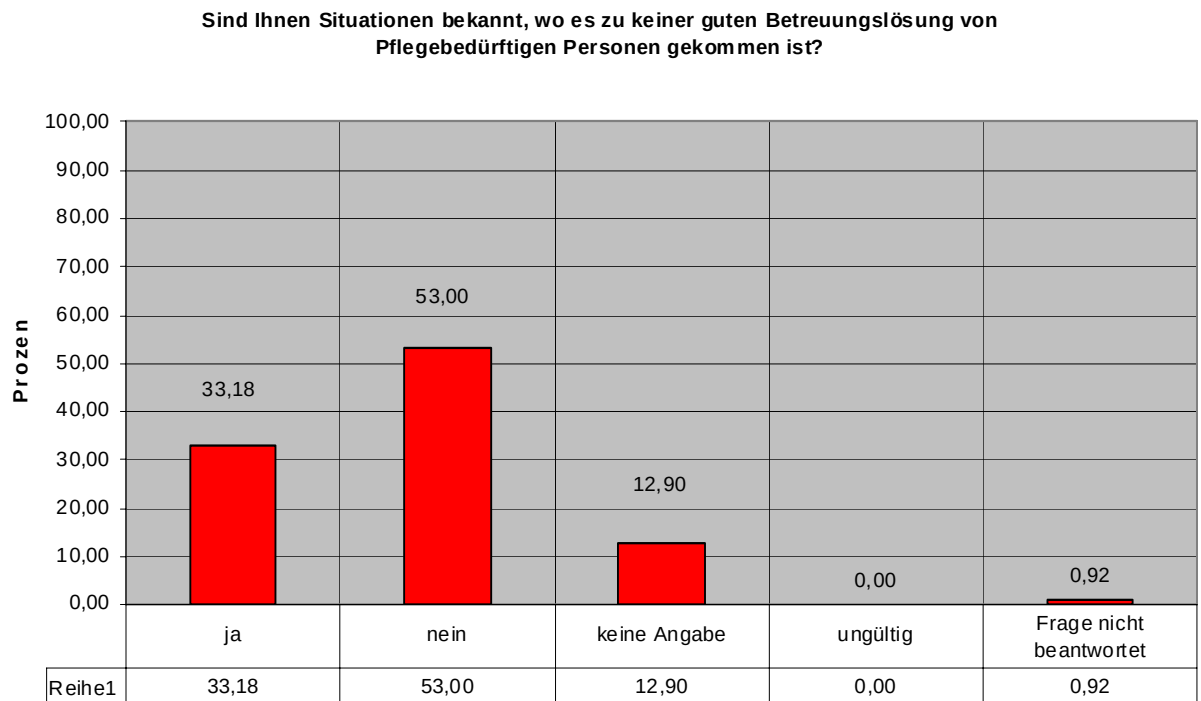
23,96% (52 Personen) sind „eher unzufrieden“ und

8,29% (18 Personen) sind „unzufrieden“.

Somit ergibt sich die Summe der „eher unzufriedenen“ und „unzufriedenen“ von 32,25% (70 Personen).

16,13% (35 Personen) geben dazu keine Angabe.

Teil E: Frage 25

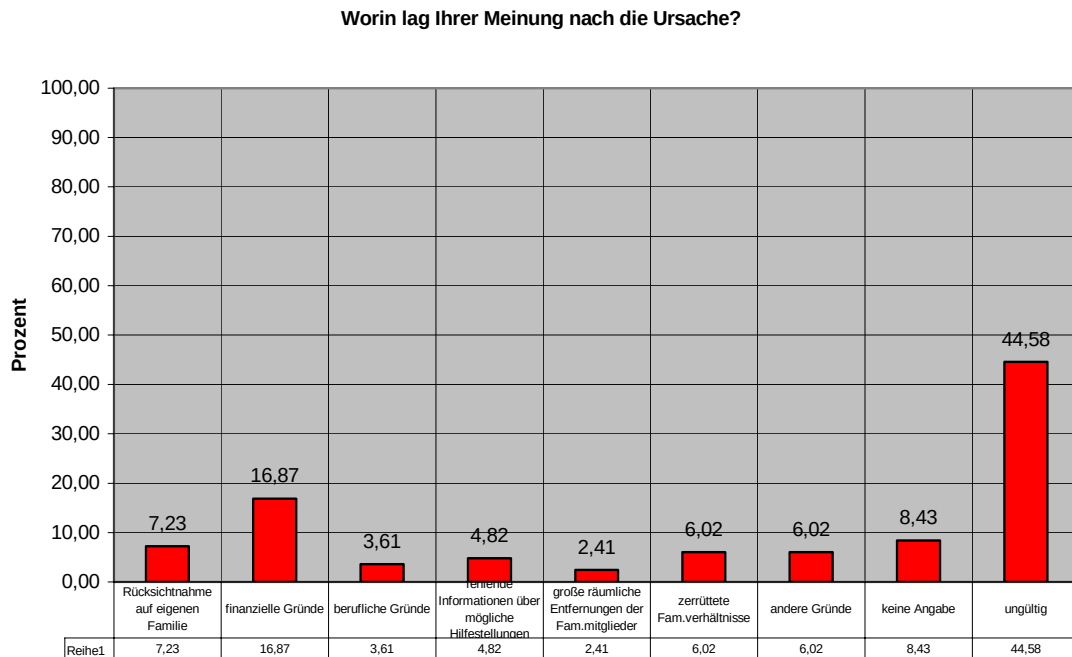


53% (115 Personen) der Befragten haben keine schlechten Erfahrungen hinsichtlich von Betreuung von pflegebedürftigen Personen gemacht.

33,18% (72 Personen) geben Situationen an, die nicht gut für die Beteiligten verlaufen ist.

12,90% (28 Personen) geben dazu keine Angabe.

Teil E: Frage 26



Von 83 befragten Personen geben 44,50% (37 Personen)

„ungültige“ Antworten.

16,87% (14 Personen) geben finanzielle Gründe an.

8,43% (7 Personen) geben dazu keine Angabe.

7,23% (6 Personen) geben die Rücksichtnahme auf die eigene Familie als Ursache an

6,02% (jeweils 5 Personen) werden zerrüttete Familienverhältnisse und andere Gründe genannt.

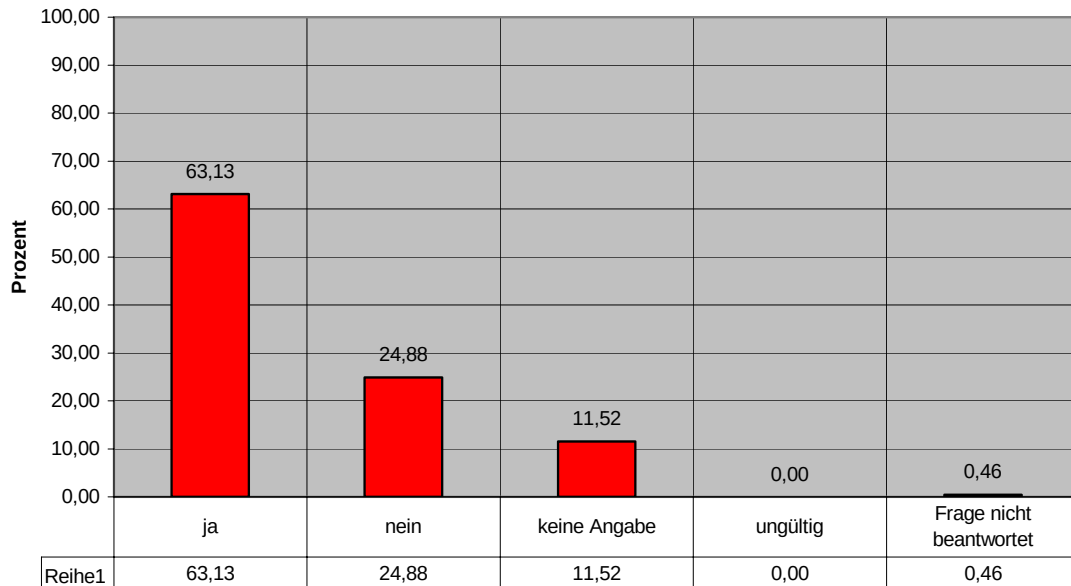
4,82% (4 Personen) geben fehlende Informationen über mögliche Hilfestellungen an.

3,61% (3 Personen) meinen berufliche Gründe wären die Ursache.

2,41% (2 Personen) geben große räumliche Entfernungen innerhalb der Familienmitglieder an.

Teil E: Frage 27

Können Sie sich vorstellen Ihre Eltern/engste Angehörigen zu pflegen?



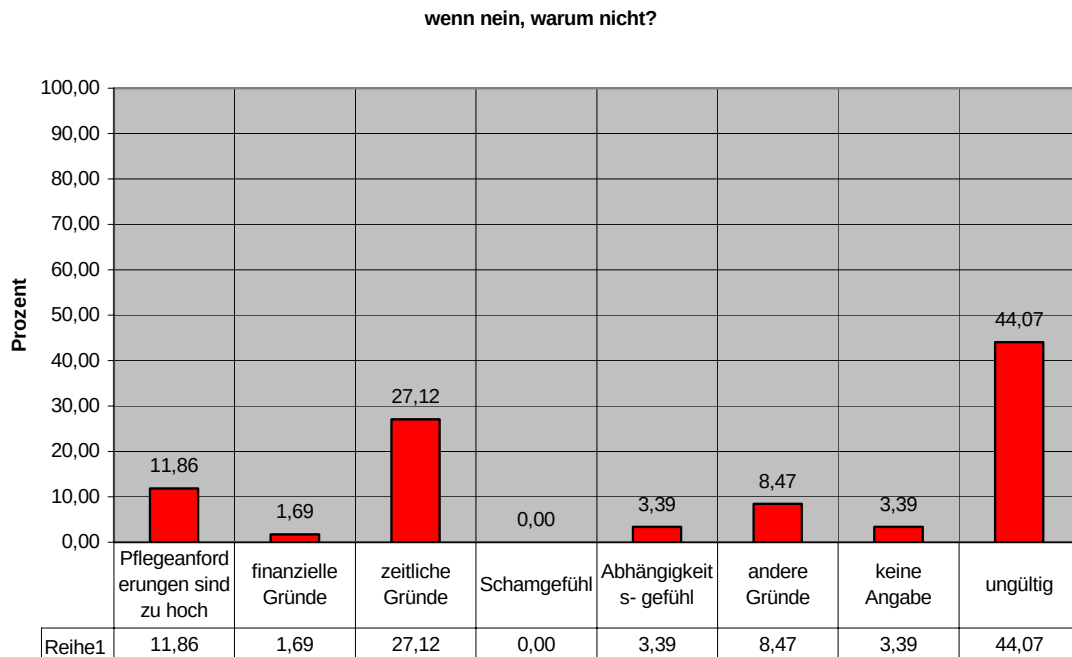
63,13% (137 Personen) sind grundsätzlich bereit Ihre Eltern oder engsten Angehörigen zu pflegen.

24,88% (54 Personen) können sich nicht vorstellen Ihre Eltern oder engsten Angehörigen zu pflegen.

11,52% (25 Personen) geben dazu keine Angabe.

0,46% (1 Person) konnte dieser Frage keinerlei Zuordnung geben.

Teil E: Frage 27 a)



Von 59 Befragten sind 44,07% (26 Personen) der Antworten ungültig.

27,12% (16 Personen) nennen zeitliche Gründe, warum sie ihre Eltern/Angehörige nicht pflegen könnten.

11,86% (7 Personen) „sind die Pflegeanforderungen zu hoch“.

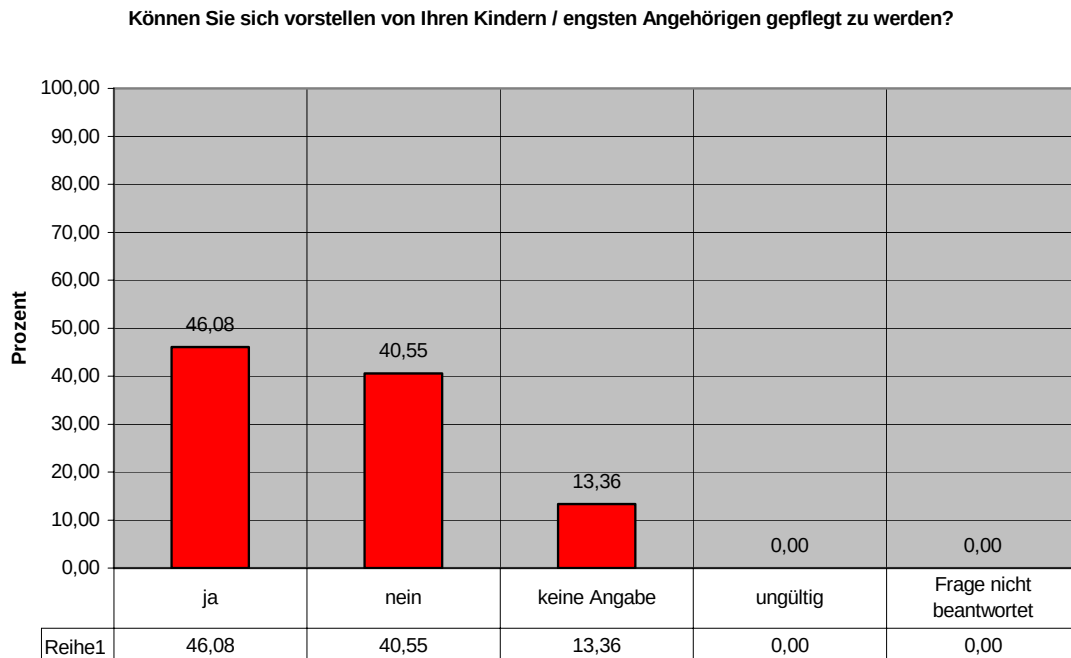
3,39% (2 Personen) geben „das Gefühl von Abhängigkeit“ an, ebenso verhält es sich bei „keiner Angabe“.

0% erhält das Schamgefühl.

1,69% (1 Person) fallen auf finanzielle Gründe, die hier etwas in den Hintergrund treten.

8,47% (5 Personen) geben „andere Gründe“ an.

Teil E: Frage 28



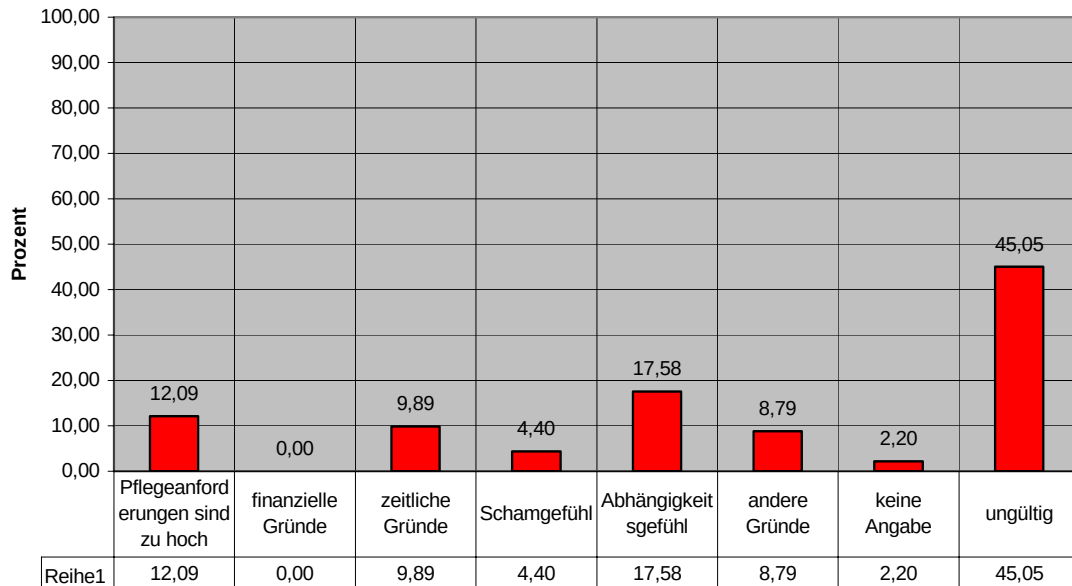
46,08% (100 Personen) von 217 Befragten können sich vorstellen, von Ihren Kindern oder engsten Angehörigen gepflegt zu werden.

40,55% (88 Personen) möchten nicht von Ihren Kindern oder engsten Angehörigen gepflegt werden.

13,36% (29 Personen) geben dazu keine „keine Angabe“.

Teil E: Frage 28 a)

wenn nein, warum nicht?



Von 91 Personen, geben 45,05% (41 Personen) eine „ungültige“ Antwort.

17,58% (16 Personen) geben „Abhängigkeitsgefühl“ an.

12,09% (11 Personen) sind die „Pflegeanforderungen zu hoch“.

9,89% (9 Personen) geben „zeitliche Gründe“ an.

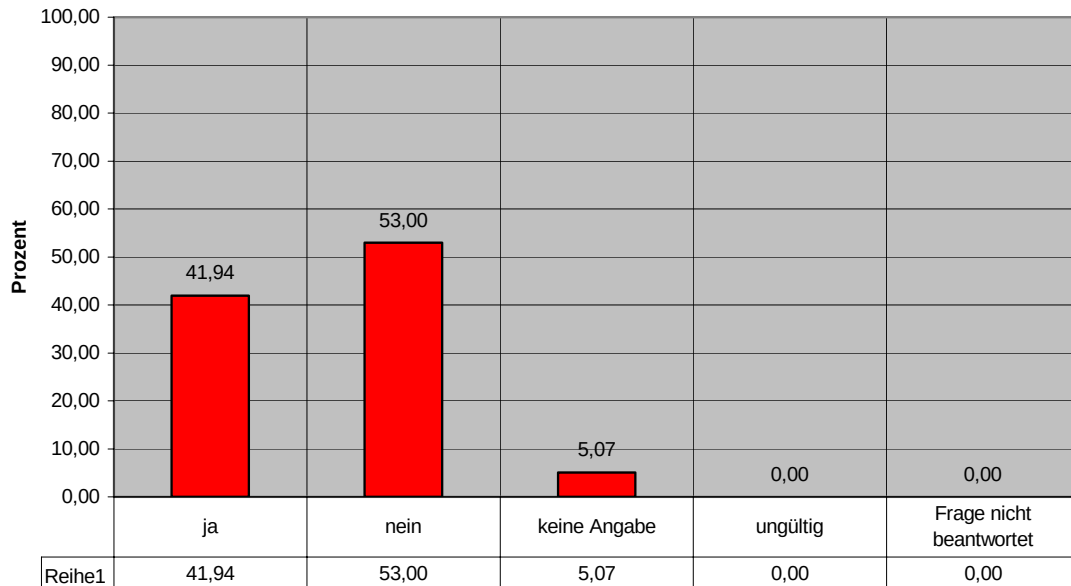
0% erhalten finanzielle Gründe.

4,40% (4 Personen) werden mit „Schamgefühl“ beziffert.

8,79% (8 Personen) und 2,20% (2 Personen) geben „andere Gründe“ beziehungsweise „keine Angabe“ dazu an.

Teil E: Frage 29

Sehen Sie Probleme wenn eigene Kinder Ihre Eltern pflegen möchten?



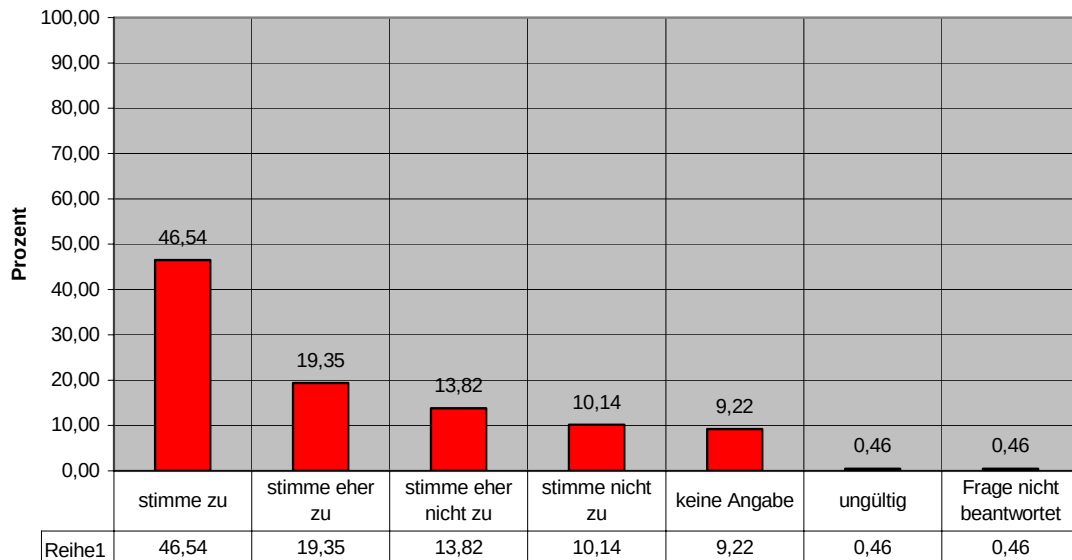
53% (115 Personen) sehen keine Probleme wenn eigene Kinder Ihre Eltern pflegen möchten.

41,94% (91 Personen) hingegen sehen sehr wohl Probleme.

5,07% (11 Personen) geben dazu „keine Angabe“.

Teil E: Frage 30

**Ich möchte so lange wie möglich in meinem Zuhause bleiben
und von meinen Angehörigen betreut werden**



46,54% (101 Personen) möchten so lange wie möglich in Ihrem Zuhause bleiben und von den Angehörigen betreut werden.

19,35% (42 Personen) „stimmen eher zu“.

13,82% (30 Personen) „stimmen eher nicht zu“ und

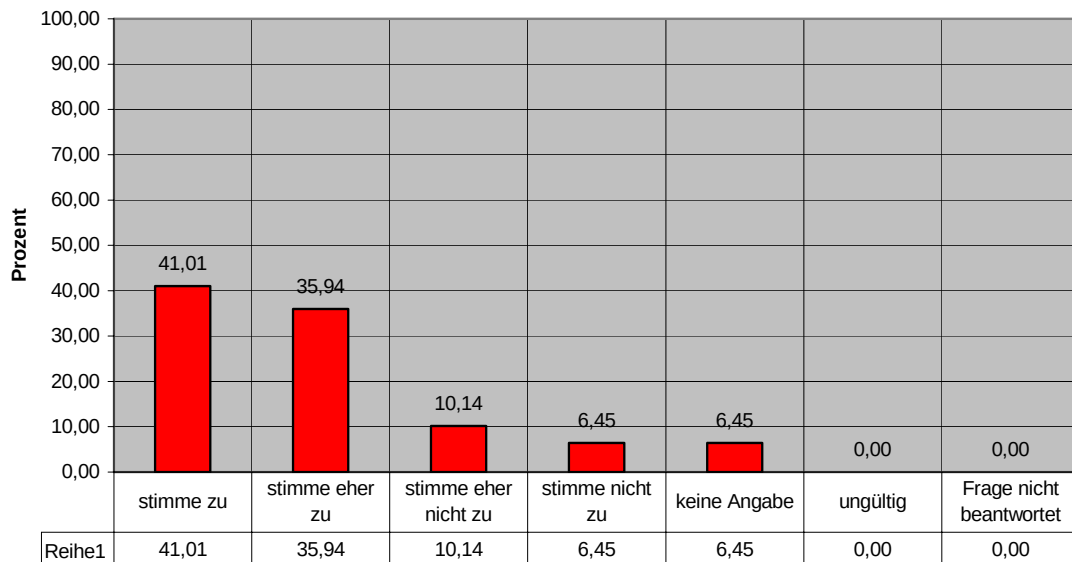
10,14% (22 Personen) „stimmen nicht zu“.

9,22% (20 Personen) geben dazu „keine Angabe“ an, und jeweils

0,46% (jeweils 1 Person) entfallen auf „ungültig“ und „gar nicht beantwortet“.

Teil E: Frage 31

Ich möchte so lange wie möglich von häuslicher Pflege
und mobilen sozialen Diensten betreut werden



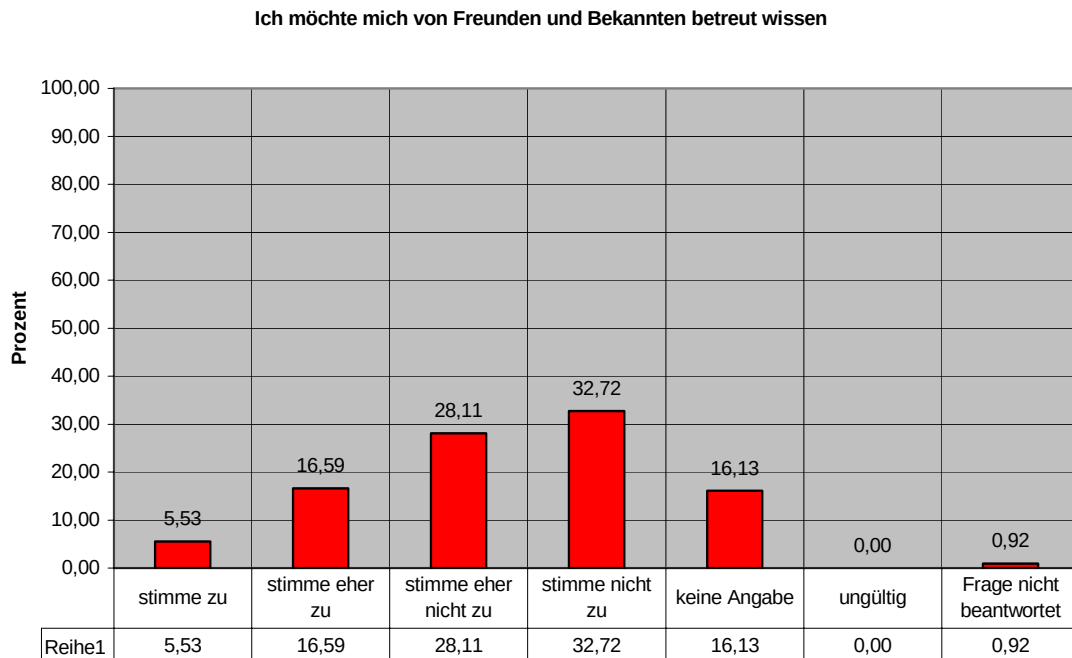
41,01% (89 Personen) geben an, dass Sie so lange wie möglich zu Hause betreut werden möchten.

35,94% (78 Personen) „stimmen eher zu“.

10,14% (22 Personen) „stimmen eher nicht zu“.

Jeweils 6,45% (jeweils 14 Personen) „stimmen nicht zu“, sie möchten nicht so lange wie möglich zu Hause betreut werden beziehungsweise gaben dazu „keine Angabe“.

Teil E: Frage 32



5,53% (12 Personen) würden sich von Freunden und Bekannten betreuen wissen.

16,59% (36 Personen) „stimmen eher zu“.

32,72% (71 Personen) lehnen diese Möglichkeit generell ab.

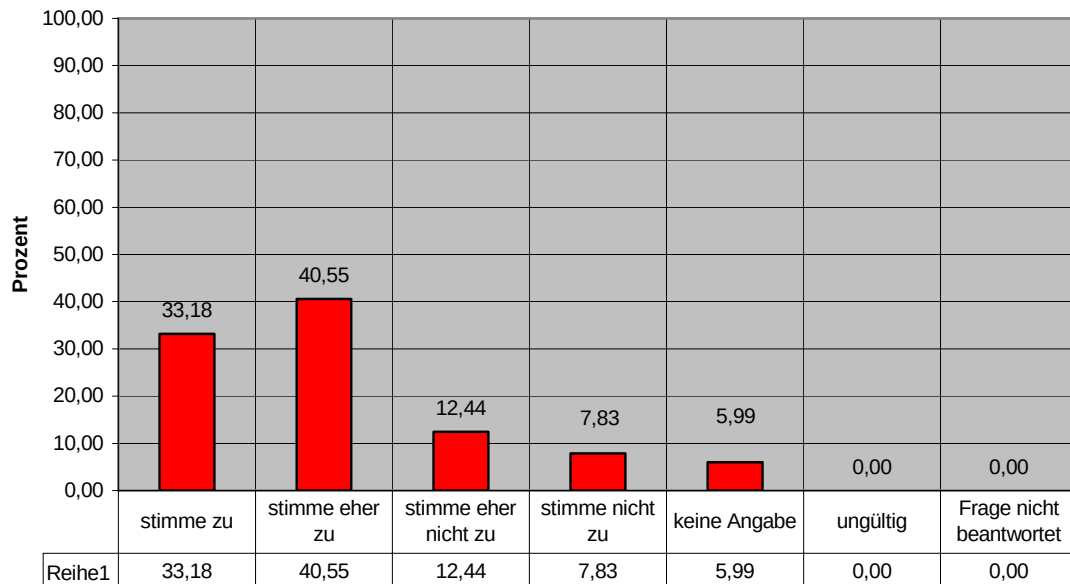
28,11% (61 Personen) „stimmen eher nicht zu“.

16,13% (35 Personen) geben „keine Angabe“ und

0,92% (2 Personen) haben die Frage nicht beantwortet.

Teil E: Frage 33

"Betreutes Wohnen" wäre für mich eine ideale Lösung



40,55% (88 Personen) „stimmen eher zu“.

33,18% (72 Personen) „stimmen zu“. Sind von der Wohnungsform im Alter überzeugt, dass dies eine ideale Lösung wäre.

73,73% (160 Personen) von 217 Befragten wären für diese Art von Betreuung.

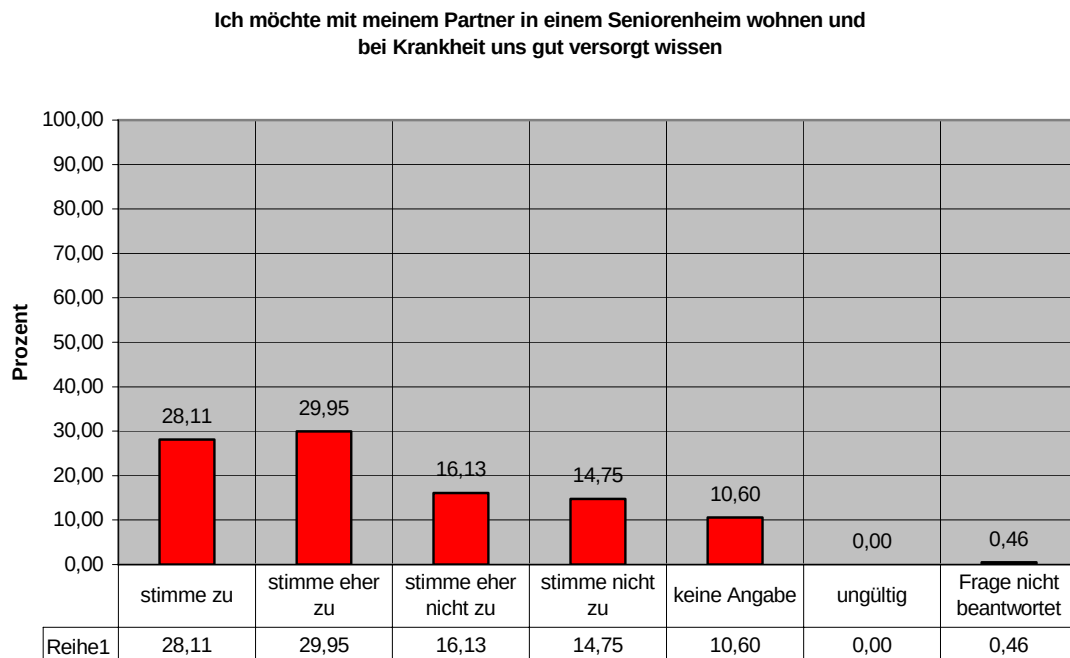
12,44% (27 Personen) „stimmen eher nicht zu“ und

7,83% (17 Personen) „stimmen nicht zu“,

dies ergibt 20,27% (44 Personen), die „Betreutes Wohnen“ als nicht so ideale Lösung ansehen.

5,99% (13 Personen) geben dazu „keine Angabe“.

Teil E: Frage 34



28,11% (61 Personen) möchten mit dem Partner im Seniorenheim wohnen.

29,95% (65 Personen) „stimmen eher zu“.

Somit möchten 58,06% (126 Personen) mit Ihrem Partner im Seniorenheim wohnen und sich dort gut versorgt wissen.

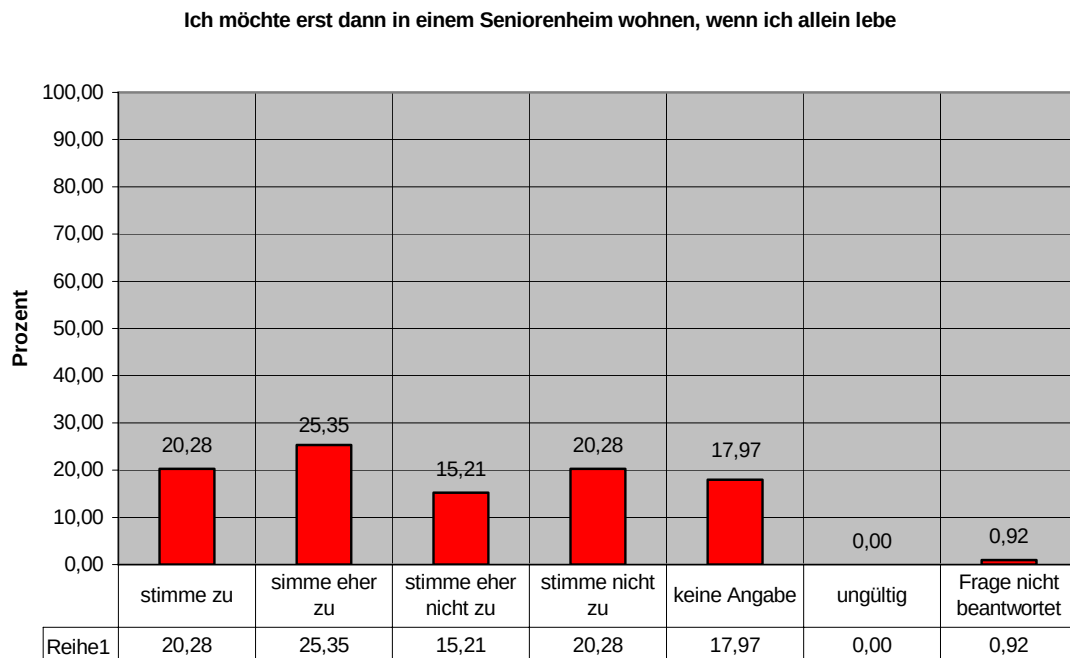
0,46% (1 Person) konnte keine Antwort abgeben.

16,13% (35 Personen) „stimmten eher nicht zu“ und

14,75% (32 Personen) „stimmen nicht zu“.

Somit möchten 30,88% (67 Personen) nicht mit Ihrem Partner in einem Seniorenheim wohnen.

Teil E: Frage 35



20,28% (jeweils 44 Personen) möchten erst dann in einem Seniorenheim wohnen, wenn sie allein leben und genau so viele möchten das nicht.

25,35% (55 Personen) stimmen „eher zu“ und

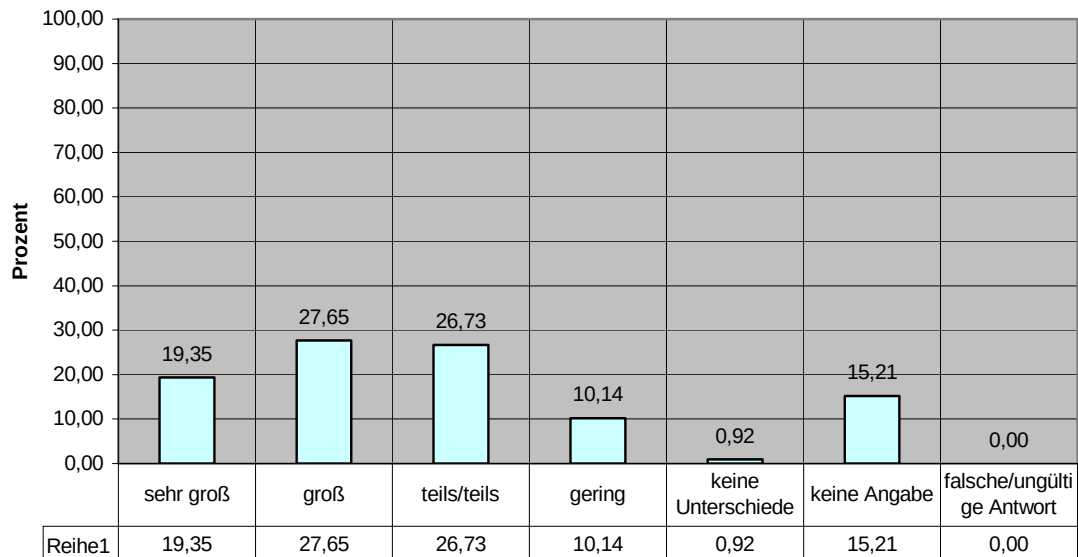
15,21% (33 Personen) stimmen „eher nicht zu“.

17,97% (39 Personen) geben dazu „keine Angabe“.

0,92% (2 Personen) haben die Frage nicht beantwortet.

Teil F: Frage 36

Wie groß sind die Unterschiede in der Betreuung von alten und kranken Menschen im Vergleich zu Stadt oder ländlichen Regionen?



27,65% (60 Personen) geben große Unterschiede in der Betreuungssituation von alten und kranken Menschen im Vergleich zu Stadt und Land an.

19,35 (42 Personen) sehen „sehr große“ Unterschiede und

26,73% (58 Personen) sind sich nicht ganz sicher und entscheiden sich für die Antwortmöglichkeit „teils/teils“.

10,14% (22 Personen) sehen geringe Unterschiede und

0,92% (2 Personen) sehen keine Unterschiede.

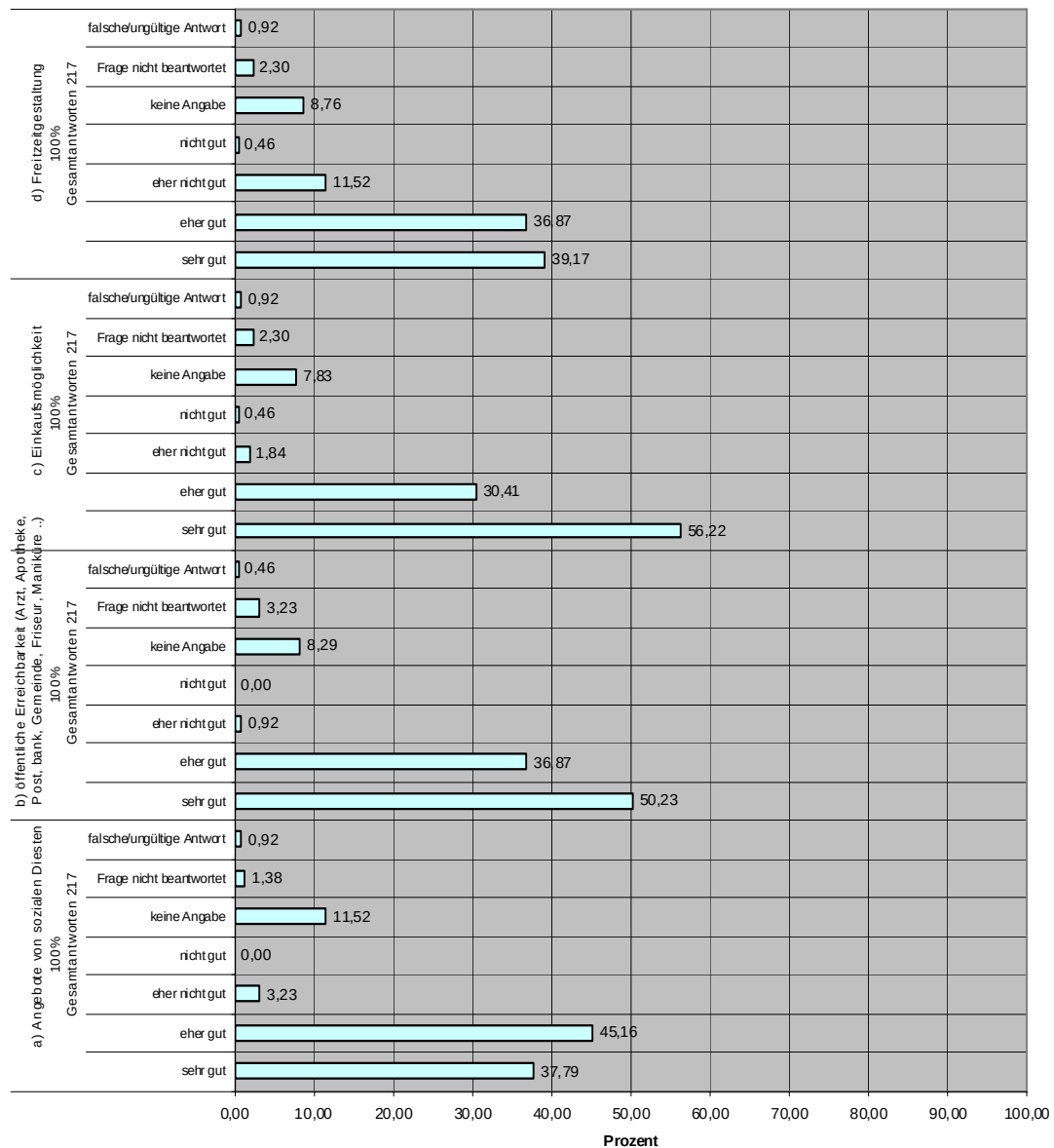
15,21% (33 Personen) geben dazu „keine Angabe“.

Fasst man nun „sehr groß“ und „groß“ zusammen, ergibt es 47% (102 Personen).

Die Summe von „teils/teils“ und „gering“ ergibt 36,87% (80 Personen).

Teil F: Frage 37

Wie gut fühlen Sie sich in der Stadt auf folgende Bereiche versorgt ?



Im Stadtbereich fühlen sich die Befragten im Bereich der Einkaufsmöglichkeiten Mit 56,22% (122 Personen von 217 Befragten) **„sehr gut“** versorgt.

Auch die öffentliche Erreichbarkeit wird mit 50,23% (109 Personen) als „sehr gut“ eingestuft.

Der Bereich der Freizeitgestaltung mit 39,17% (85 Personen) und der Angebotsbereich von sozialen Diensten wird mit 37,79% (82 Personen) gereiht.

Bei der Kategorie „**eher gut**“ erhält der Angebotsbereich von sozialen Diensten 45,16% (98 Personen).

36,87% (jeweils 80 Personen) entfallen auf die öffentliche Erreichbarkeit und die Freizeitgestaltung.

30,41% (66 Personen) geben ihre Bewertung für die Einkaufsmöglichkeit ab.

Bei der Kategorie „**eher nicht gut**“ erhält der Bereich der Freizeitgestaltung 11,52% (25 Personen).

3,23% (7 Personen) sind von den Angeboten der sozialen Dienste nicht zufrieden.

1,84% (4 Personen) bewerten so die Einkaufsmöglichkeit der Stadt.

0,92% (2 Personen) bewerten so die öffentliche Erreichbarkeit in der Stadt.

Die Bewertung von „**nicht gut**“ bezogen auf die angebotenen sozialen Dienste und der öffentlichen Erreichbarkeit liegen beide bei 0%, wobei jeweils 0,46% (jeweils 1 Person) bei den Einkaufsmöglichkeiten und in der Freizeitgestaltung sich befinden.

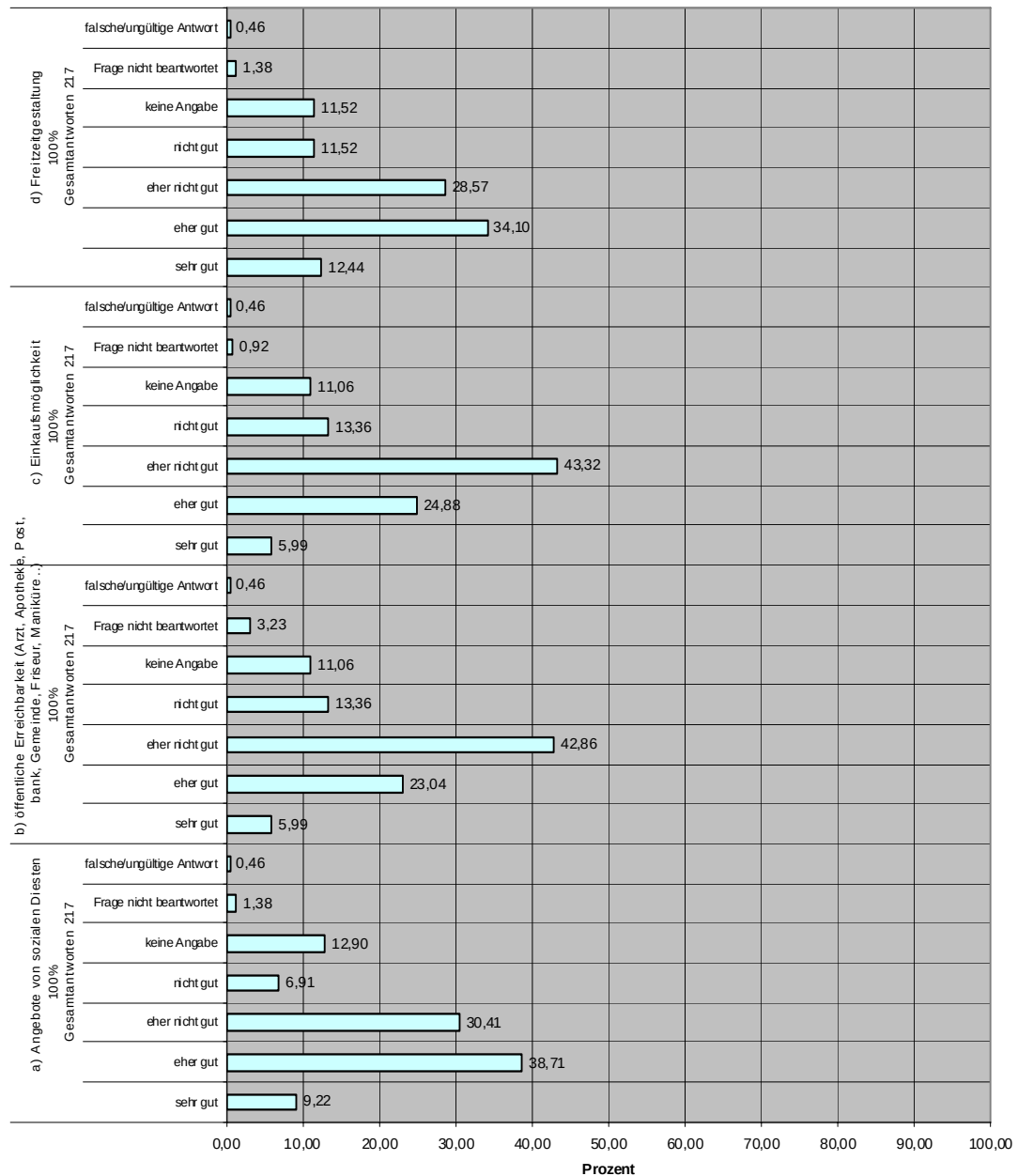
In der Kategorie „**keine Angabe/Frage nicht beantwortet/falsche oder ungültige Antwort**“ sind bei den Angeboten von sozialen Diensten 13,82% (30 Personen) zu finden,

jeweils mit 11,98% (jeweils 26 Personen) im Bereich der öffentlichen Erreichbarkeit sowie der Freizeitgestaltung,

11,05% (24 Personen) entfallen auf den Bereich der Einkaufsmöglichkeit der Stadt.

Teil F: Frage 38

Wie gut fühlen Sie sich auf dem Land auf folgende Bereiche versorgt ?



Im ländlichen Bereich bleibt die Kategorie „**sehr gut**“ eher im niedrigeren Bewertungsbereich:

12,44% (27 Personen) geben der Freizeitgestaltung ein „sehr gut“.

9,22% (20 Personen) bewerten die Angebote von sozialen Diensten am Land.

5,99% (jeweils 13 Personen) bewerten die öffentliche Erreichbarkeit am Land sowie die Einkaufsmöglichkeiten gleich.

In der Kategorie „**Eher gut**“ wird der Angebotsbereich von sozialen Diensten mit 38,71% (84 Personen) beziffert und die Freizeitgestaltung mit 34,10% (74 Personen) festgelegt.

24,88% (54 Personen) erhält der Einkaufsmöglichkeitsbereich am Land, und 23,04% (50 Personen) geben der öffentlichen Erreichbarkeit eine Bewertung.

„**Eher nicht gut**“ wird die Einkaufsmöglichkeit am Land mit 43,32% (94 Personen) folgend mit

42,86% (93 Personen) im Bereich der öffentlichen Erreichbarkeit bewertet.

30,41% (66 Personen) entfallen auf die Angebote von sozialen Diensten und 28,57% auf die Freizeitgestaltung.

Die Bewertung „ **nicht gut**“ entfallen jeweils 13,36% (jeweils 29 Personen)

Auf den öffentlichen Erreichbarkeitsbereich und der Einkaufsmöglichkeit am Land.

11,52% (25 Personen) bewerten die Freizeitgestaltung am Land mit „nicht gut“.

6,91% (15 Personen) entfallen auf die Angebote von sozialen Diensten.

Die Aufteilung der Kategorie **Keine Angabe/Frage nicht beantwortet/ falsch oder ungültig vergibt**

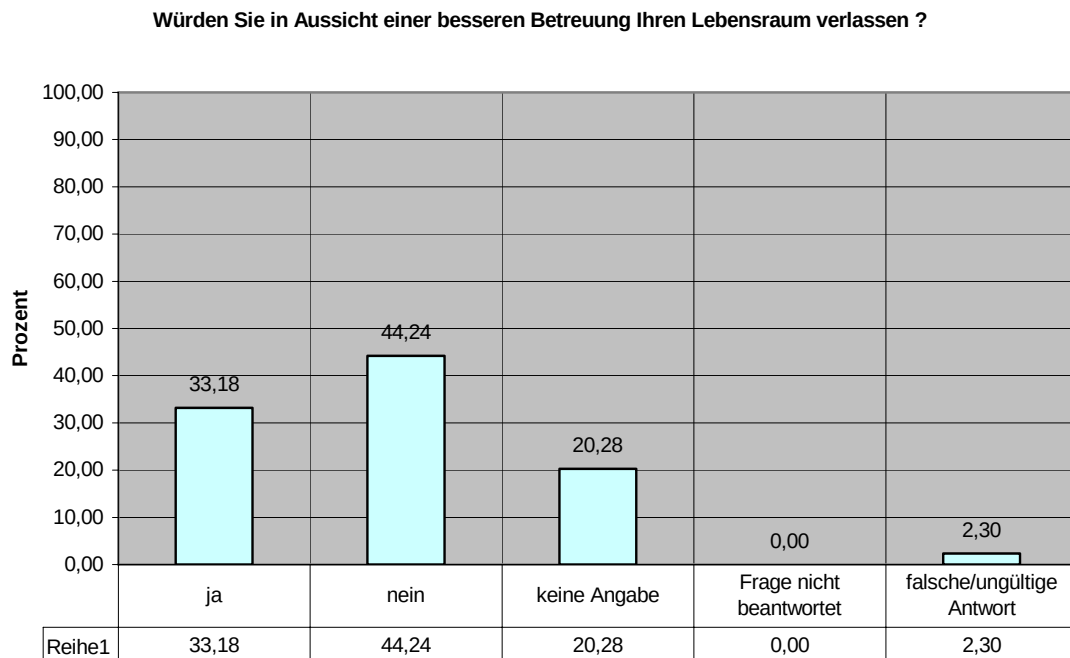
14,75% (32 Personen) an die öffentliche Erreichbarkeit,

14,74% (32 Personen) an die Angebote von sozialen Diensten,

13,36% (29 Personen) an die Freizeitgestaltung und

12,44% (27 Personen) an die Einkaufsmöglichkeiten.

Teil F: Frage 39



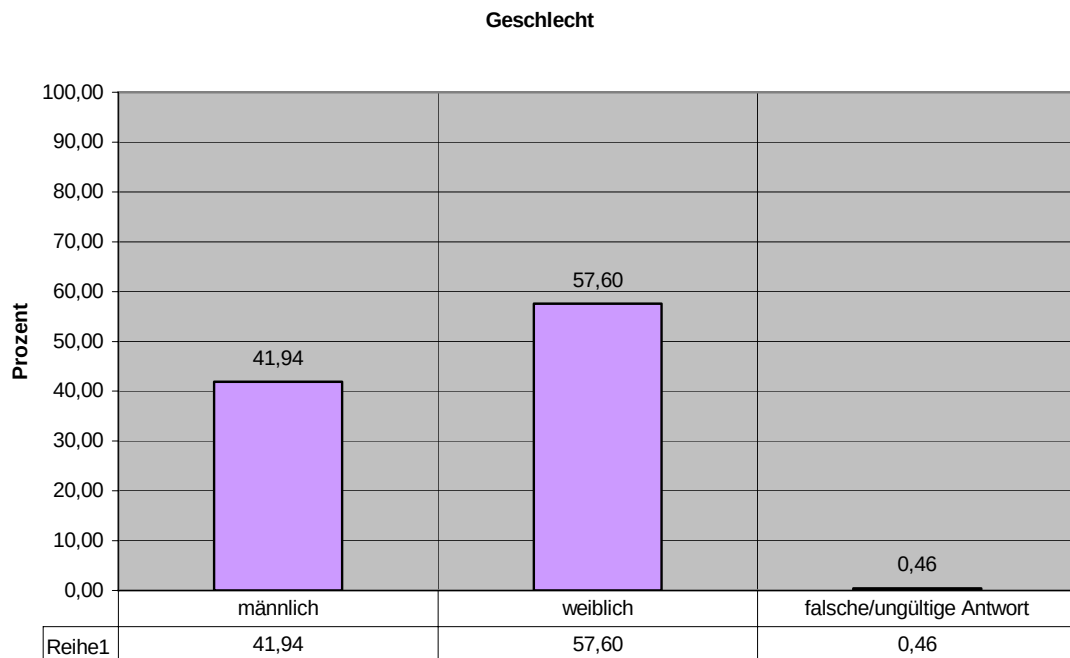
44,24% (96 Personen von 217 Befragten) geben an, dass Sie Ihren Lebensraum trotz einer besseren Betreuungsaussicht nicht verlassen würden.

33,18% (72 Personen) würden in Aussicht auf bessere Betreuung Ihren derzeitigen Standort verlassen.

20,28% (44 Personen) geben dazu „keine Angabe“.

2,30% (5 Personen) haben diese Frage falsch oder ungültig beantwortet.

Teil G: Frage 40 – Geschlechterverteilung

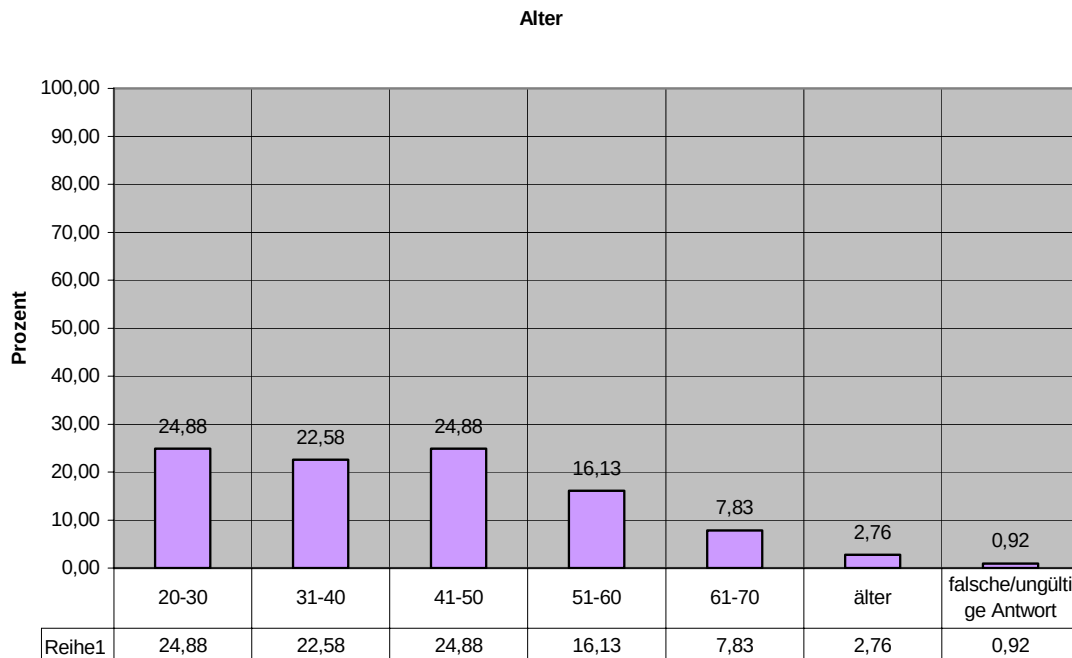


Von den 217 befragten Personen beträgt der Anteil der Frauen 57,60% (125 Personen) und der Anteil der Männer 41,94% (91 Personen).

Diese Verteilung entspricht der Grundgesamtheit.

0,46% (1 Person) hat diese Frage falsch oder ungültig beantwortet.

Teil G: Frage 41 – Alter



Die Altersverteilung liegt von 20 bis älter als 70 Jahren, wobei die jüngste Gruppe der 20 – 30jährigen und die Altersgruppe, der 41-50jährigen jeweils konform gehen mit 24, 88% (54 Personen).

Die 31 – 40jährigen sind mit 22,58% (49 Personen) vertreten.

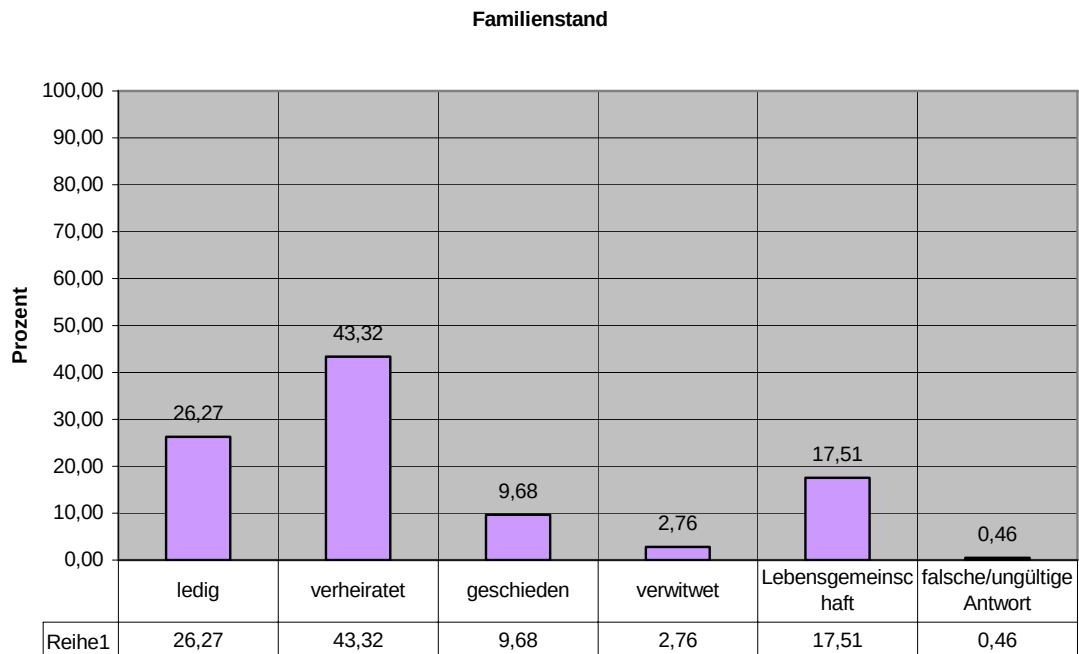
Die 51 – 60jährigen sind mit 16,13 % (35 Personen) vertreten.

Die 61 – 70jährigen sind mit 7,83 % (17 Personen) vertreten.

In der Altersgruppe der über 70jährigen ist der kleinste Anteil mit 2,76% (6 Personen) angesiedelt.

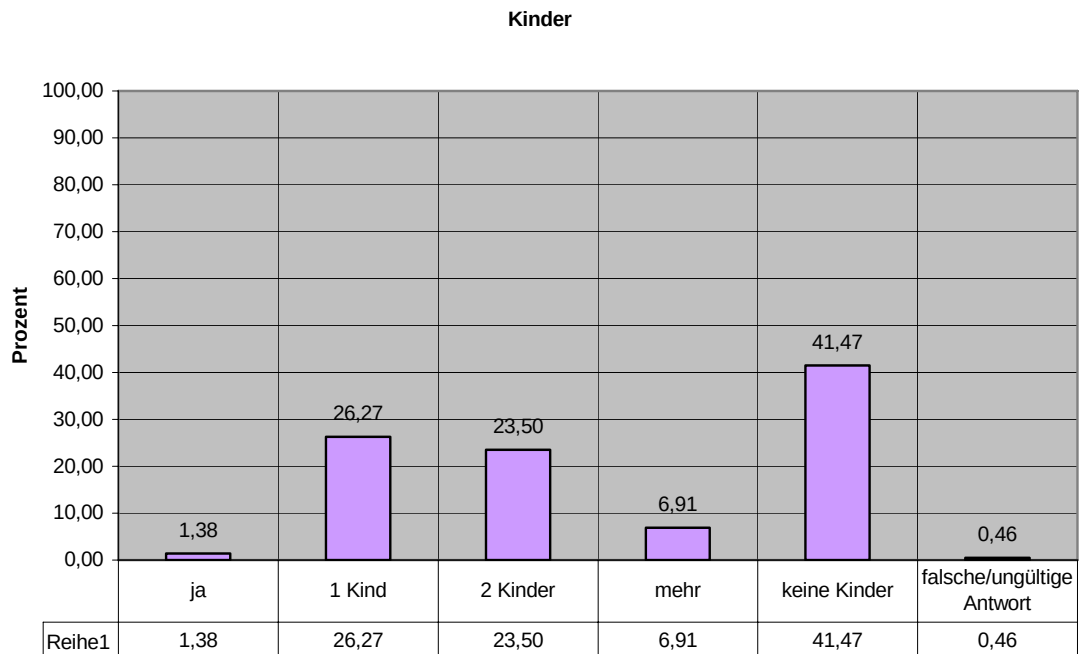
0,92% (2 Personen) beantworten hier falsch oder ungültig.

Teil G: Frage 42 – Familienstand



Der höchste Anteil der Befragten liegt hier mit 43,32% (94 Personen) bei den verheirateten Personen. Gefolgt von 26,27% (57 Personen) ledigen Personen, wobei 9,68% (21 Personen) geschieden und 2,76% (6 Personen) davon verwitwet sind. In Lebensgemeinschaft geben 17,51% (38 Personen) an, und 0,46% (1 Person) gab eine falsche oder ungültige Antwort

Teil G: Frage 43 – Kinder



41,47% (90 Personen) der Befragten sind kinderlos.

59,06% (126 Personen) geben 1 oder mehrere Kinder an.

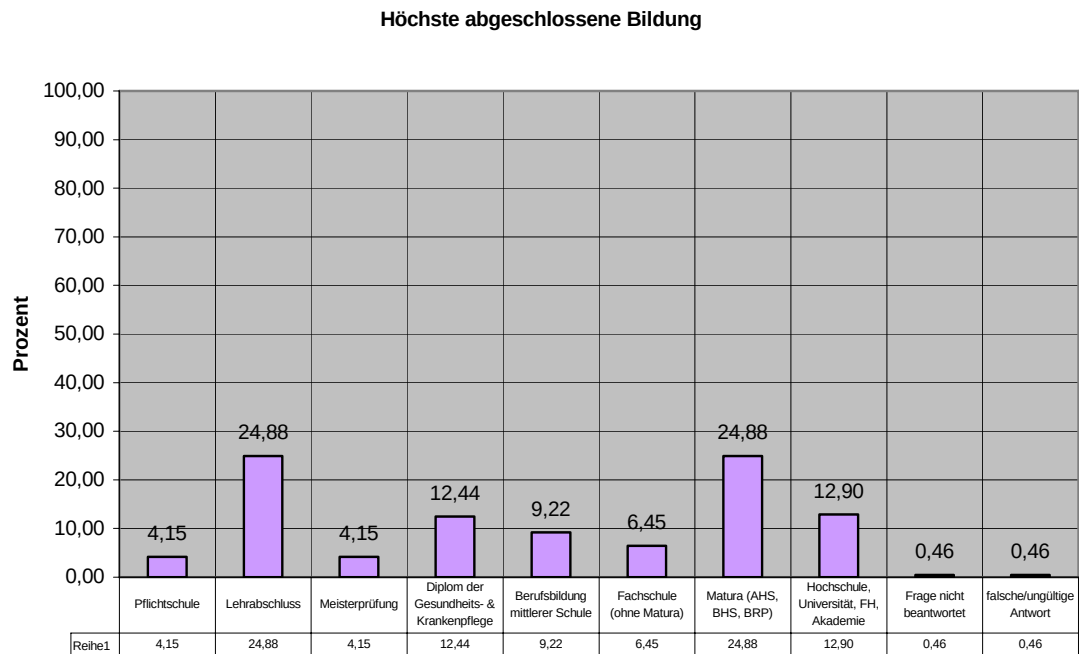
26,27% (57 Personen) haben 1 Kind, und

23,50% (51 Personen) geben 2 Kinder an.

6,91% (15 Personen) geben mehr als 2 Kinder an, und

0,46% (1 Person) gab hier eine falsche/ungültige Antwort.

Teil G: Frage 44 – Höchste abgeschlossene Bildung



Mit 24,88% (jeweils 54 Personen) sind ein Großteil der Befragten mit Maturaniveau und ebenso einem Lehrabschluss gebildet. Ebenso konform sind Pflichtschulabgänger mit 4,15% (jeweils 9 Personen) und Meisterprüfungsabsolventen.

12,90% (28 Personen) geben einen Hochschulabschluss, Akademischen beziehungsweise universitären Fachhochschulabschluss an.

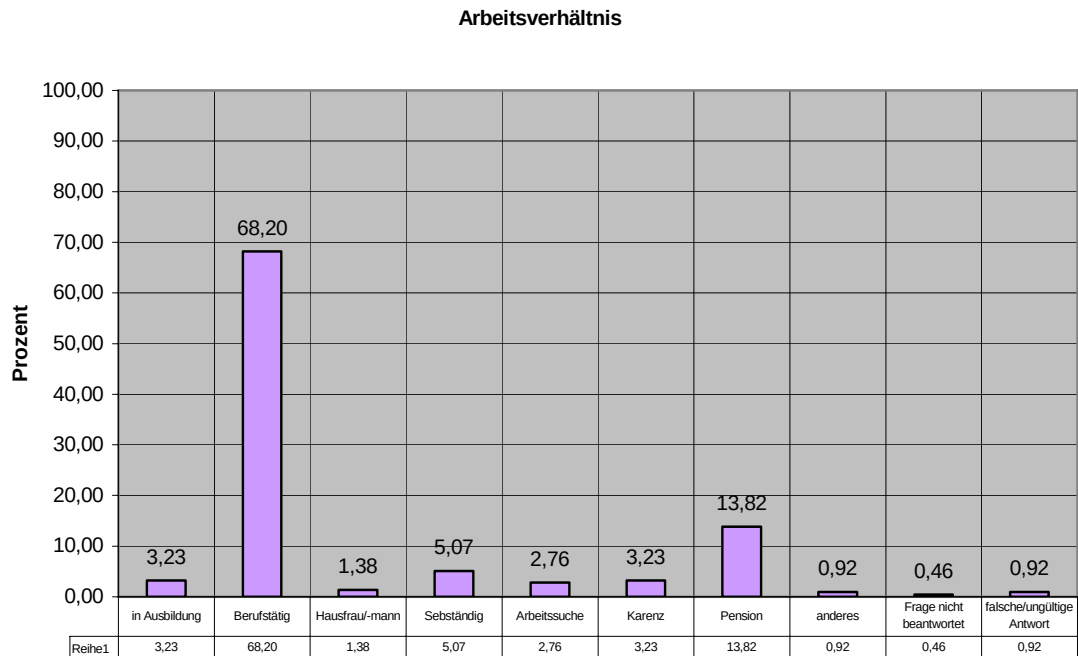
12,44% (27 Personen) besitzen das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege.

9,22% (20 Personen) haben eine berufsbildende mittlere Schule absolviert.

6,45% (14 Personen) eine Fachhochschule ohne Matura abgeschlossen.

Jeweils 0,46% (jeweils 1 Person) hat diese Frage nicht beantwortet beziehungsweise falsch oder ungültig.

Teil G: Frage 45 – Arbeitsverhältnis



68,20% (148 Personen) der Befragten stehen in einem ordnungsgemäßen Arbeitsverhältnis und sind berufstätig.

2,76% (6 Personen) sind auf derzeitiger Arbeitssuche.

13,82% (30 Personen) sind in Pension,

3,23% (jeweils 7 Personen) geben Karenzzeit und derzeitige Ausbildung an,

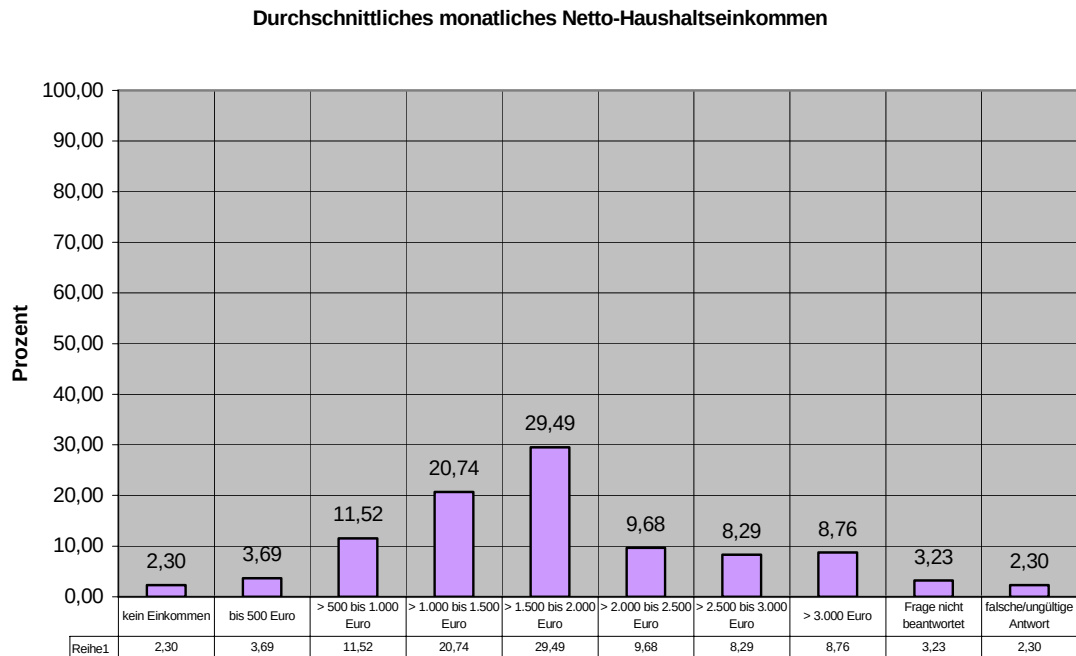
1,38% (3 Personen) sind als Hausfrau oder Hausmann tätig.

5,07% (11 Personen) sind selbständig.

0,92% (2 Personen) geben anderes an und ebenso

1,38% (3 Personen) entfallen auf falsche/ungültige oder keine gegebene Antwort.

Teil G: Frage 46 – Durchschnittliches Nettoeinkommen



Das durchschnittliche monatliche Netto-Haushaltseinkommen liegt bei 29,49% (64 Personen) im Bereich größer 1500 Euro bis 2000 Euro. Gefolgt von 20,74% (45 Personen) im Bereich größer 1000 bis 1500 Euro.

Kein Einkommen geben 2,30% (5 Personen) der Befragten an.

Bis 500 Euro geben 3,69% (8 Personen) an.

Ab 500 Euro bis 1000 Euro Einkommen geben 11,52% (25 Personen) an.

3,23% (7 Personen) haben die Frage „nicht beantwortet“. (3,23% gaben bei der Abfrage des Arbeitsverhältnisses „in Ausbildung“ an).

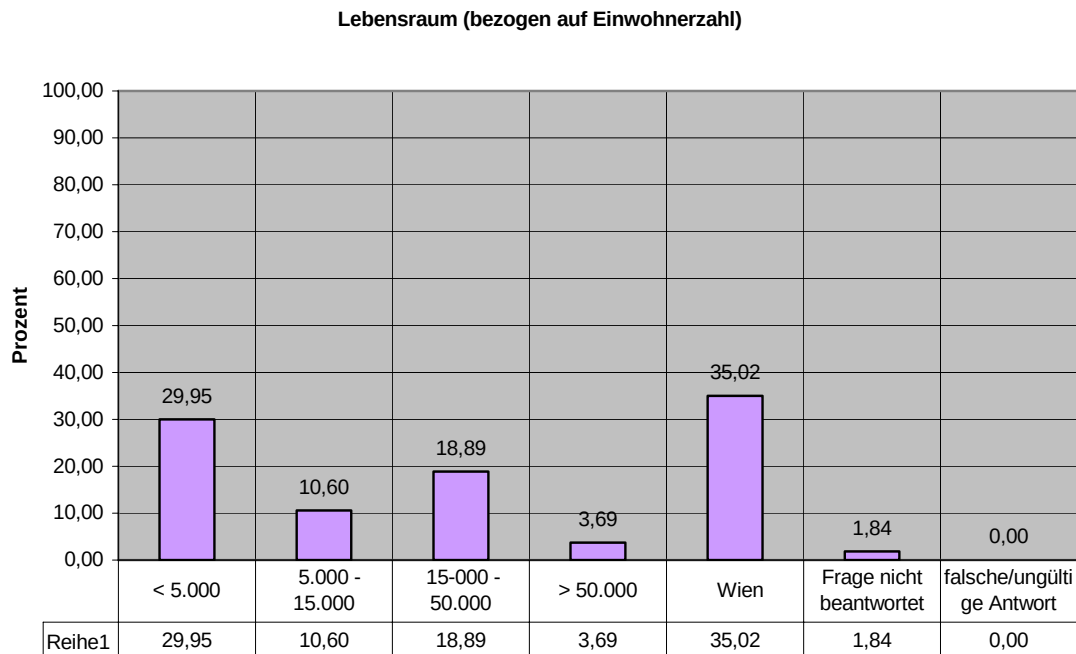
2000 Euro bis 2500 Euro geben 9,68% (21 Personen) an.

2500 Euro bis 3000 Euro geben 8,29% (18 Personen) an.

Mehr als 3000 Euro geben 8,76% (19 Personen) der Befragten an.

2,30% (5 Personen) haben die Fragestellung „falsch oder ungültig, beantwortet.

Teil G: Frage 47 – Lebensraum



In Wien leben 35,02% (76 Personen) der 217 Befragten.

29,95% (65 Personen) leben im Landbereich, wo sich die Einwohnerzahl auf kleiner als 5000 Einwohner Bezug nimmt.

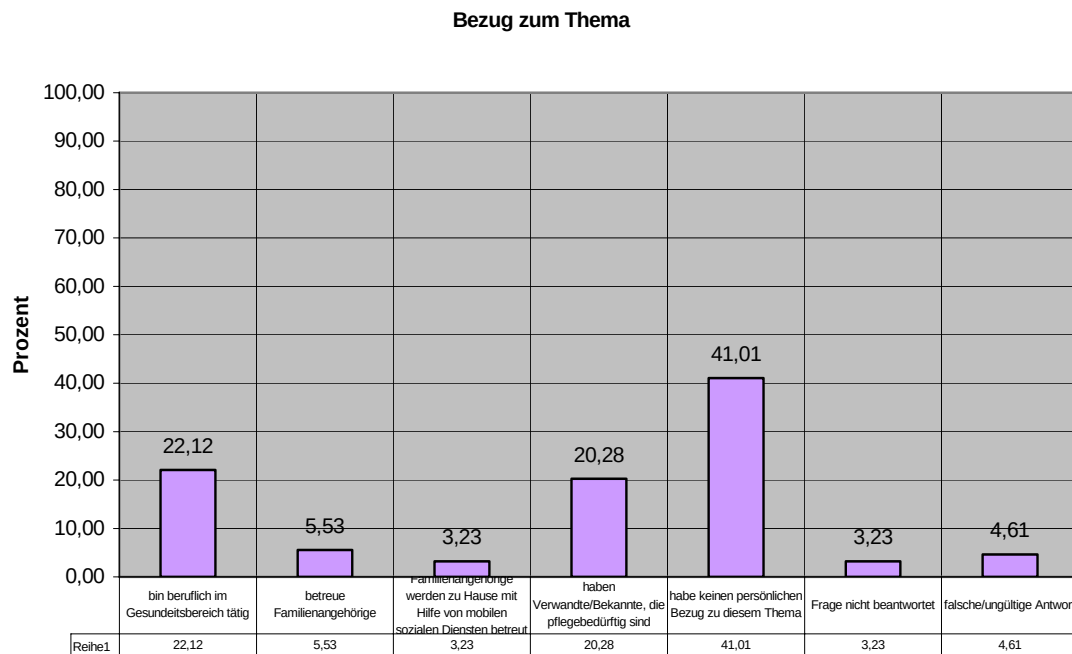
18,89% (41 Personen) leben im noch ländlichen Bereich zwischen 15.000 bis 50.000 Einwohner.

10,60% (23 Personen) sind im kleinern Landbereich beheimatet, wo sich die Einwohnerzahl zwischen 5000 bis 15.000 Personen bewegt.

3,69% (8 Personen) leben im städtischen Bereich von über 50.000 Einwohnern.

1,84% (4 Personen) haben die Frage nicht beantwortet.

Teil G: Frage 48 – Bezug zum Thema



41,01% (89 Personen) haben keinen persönlichen Bezug zu diesem Thema.

22,12% (48 Personen) sind beruflich im Gesundheitsbereich tätig.

20,28% (44 Personen) haben Verwandte/Bekannte, die bereits pflegebedürftig waren oder sind.

5,53% (12 Personen) betreuen Familienangehörige.

3,23% (7 Personen) lassen ihren Familienangehörigen derzeit Betreuung durch mobile soziale Dienste zukommen.

5.4 Zusammenfassung

Die Fragebogenumfrage zeigte, dass das Interesse in der Bevölkerung zum Thema Alter und Pflege vorhanden ist, ebenso über die Regelung der Pflegevorsorge.

Von den 217 Befragten, haben 41,01% , immerhin 89 Personen, die keinen persönlichen Bezug zum Thema angaben, ihre Meinung abgegeben.

198 Personen bedenken zumindest häufig/gelegentlich/selten ihre Zukunftsperspektiven über Alter und einer damit verbundenen Pflegeabhängigkeit (siehe Frage 1).

Die Leistbarkeit von Pflege, wenn man allein nicht mehr zurechtkommt, ist bei den Meistbefragten nicht gegeben. 76 Personen gaben dazu keine Angabe, wobei bei der Pretestdurchführung bei dieser Antwortstellung von einigen Personen die Wunschkategorie „vielleicht“ gewünscht wurde, die ebenso auf eine Verunsicherung wie „keine Angabe“ interpretieren ließe.

Grundsätzlich wird eine Bereitschaft zur selbständigen Pflegevorsorge angegeben (Frage 3). 173 Personen von 217 zeigen sehr groß/groß/mäßige Bereitschaft. Obwohl diese Bereitschaft wieder gedämpft wird - bei der Frage 6, wo 144 Personen angeben, sich noch nie bei Ihrer Versicherung über Pflegevorsorge informiert zu haben.

Der beste Zeitpunkt um sich über Pflegevorsorge zu informieren geht konform mit der Frage nach dem sinnvollen Alterszeitpunkt eine Pflegevorsorge abzuschließen.

Der beste Zeitpunkt wird bei beiden von 30 – 40 Jahren angegeben.

Der beste Zeitraum zur Informationseinholung wird von 20 – 50 anders abgestuft angegeben (siehe Frage 4).

Der beste Zeitraum um eine Pflegevorsorge abzuschließen wird von 20 – 50 Jahren als durchaus sinnvoll angesehen (siehe Frage 5).

Man könnte somit in Betracht ziehen, dass derjenige, der sich nach 35 Jahren über Pflegevorsorge informiert, diese auch sinnvoller Weise abschließen wird.

Die Altersbeteiligung der Erhebung liegt allerdings jeweils am höchsten bei den 20 – 30jährigen und den 41 – 50jährigen mit jeweils 54 Personen. Gefolgt von den 31 – 40jährigen. Nur 6 Personen sind älter als 60 und die 51 –70jährigen sind 52 befragte Personen.

35,02%, das sind 76 Personen, leben in Wien und 29,95%, das sind 65 Personen, leben in Orten kleiner als 5000 Personen.

Obwohl diese beiden Gegensätze sich nur um 11 Personen unterscheiden, zeigt sich bei den Fragestellungen Nr. 37 und Nr. 38 „Wie gut fühlen Sie sich auf dem Land beziehungsweise in der Stadt auf a)Angebote von sozialen Diensten b) öffentliche Erreichbarkeit c)Einkaufsmöglichkeiten d)Freizeitgestaltung versorgt“ die Stadt führend mit 56,22%, das sind 122 Personen, im Bereich der Einkaufsmöglichkeiten, und am Land führend mit 12,44%, das sind 27 Personen, im Bereich der Freizeitgestaltung, das hier „sehr gut“ aber damit eher nieder bewertet wurde.

Anzumerken ist, dass der Anteil der „keine Angabe“ im Stadtbereich bei 106 Personen liegt und am Land mit 120 Personen. Somit könnte man doch meinen, dass diese Frage eher leicht zu beantworten sei. Wobei ich hier jedoch anmerken möchte, dass bei der Fragebogeneingabe zu ersehen war, dass Personen aus dem Stadtbereich keine Meinung über den Landbereich abgaben, und umgekehrt Personen, aus dem Landbereich keine Meinung über den städtischen Bereich.

Bei der Frage 39 sehen 72 Personen keine Probleme Ihren derzeitigen Lebensstandort zu wechseln, wenn Sie dafür eine bessere Lebensqualität in Aussicht hätten. 96 Personen von den 217 Befragten würden Ihren Lebensraum auch dann nicht verlassen. Dies zeigt, dass sich die Strukturen nach den Lebensbedingungen (nach wie vor) richten sollten und nicht umgekehrt.

Bedingt durch die Frage 34, sehe ich den Trend ins Seniorenheim. 126 Personen stimmen (eher) zu, dass sie mit ihrem Partner im Seniorenheim wohnen möchten und bei Krankheit sich gut versorgt sehen wollen.

Ebenso die Frage 34 zeigt, dass 160 Personen von den 217 Befragten „Betreutes Wohnen“ als eine ideale Lösung sehen.

13 Personen geben dazu „keine Angabe“, wobei hier zu hinterfragen bleibt, ob der Begriff bekannt gewesen ist und die Beantwortung aus Unsicherheit oder Unwissenheit heraus gemacht wurde. Allerdings möchten 99 Personen eher erst dann in einem Seniorenheim wohnen, wenn sie allein leben. 77 Personen stimmten hier eher nicht zu, somit ist diese Frage nicht wirklich zu beantworten, da auch 39 Personen keine Angabe dazu machen wollten.

Ein wesentlicher Grundgedanke unterstreicht den Wunsch so lange wie möglich im Eigenheim bleiben zu können und von Angehörigen oder mobilen Diensten betreut zu werden (Frage 30 und 31). Dies unterstreicht weiters die Notwendigkeit vom weiteren Ausbau der mobilen sozialen Dienste.

Von Freunden und Bekannten möchte man sich eher nicht betreut wissen (siehe Frage 32).

Bei der Abfrage über die Zufriedenheit (Frage 24) zeigt sich, dass der überwiegendere Teil der Befragten, nämlich 109 Personen sehr/eher zufrieden angaben.

Die Frage 26 lässt Rückschlüsse auf die Ursachen von unzufriedenstellenden Situationen zu. Leider sind hier 37 Antworten als ungültig einzustufen gewesen, da mehrere Antwortmöglichkeiten angegeben waren, aber nur nach einer Antwort abgefragt worden war.

Trotzdem erscheint der finanzielle Hintergrund ein sehr wichtiger zu sein. 14 Personen von 83 unzufriedenen Befragten wählten diese Kategorie.

Als zweitrangigster Grund wurde „Rücksichtnahme auf die eigene Familie angegeben“ mit 6 Personen. Dies bestätigt, wenn auch im kleinen, dass die heutigen gesellschaftlichen Verhältnisse der Familienstruktur nicht mehr aufrechtzuerhalten sind, auch wenn manche Familienmitglieder sich das gerne anders wünschen würden, nämlich wo die Familie als eigene Versorgungseinheit noch voll funktionstüchtig sein kann.

Auch die Bereitschaft seine Eltern oder engsten Angehörigen zu pflegen ist grundsätzlich da (Frage 27).

Von 59 Personen geben 16 Personen Zeitnot an, um diese nicht zu pflegen.

Der Zeitfaktor stellt eine erhebliche Herausforderung unseres Lebens dar. Gefolgt von hoch gestellten Pflegeanforderungen (Frage 27a), die ihre Eltern oder engsten Angehörigen nur von qualifizierten Personal anvertrauen

möchten. Das Abhängigkeitsgefühl und die finanziellen Gründe treten eher in den Hintergrund, wobei hier auch andere Gründe beziehungsweise die Kategorie „ungültig“ mit 31 Personen zu erwähnen ist, die wiederum auf die mehrfache Antwortnennung der Befragten zurückzuführen ist, und nur eine Antwortmöglichkeit vorgesehen war. Schamgefühl wurde allein nie angegeben, jedoch in Kombination mit mehreren Antworten schon, die jedoch ebenso zu den ungültigen Antworten zählten.

Genauso könnten sich 100 Personen vorstellen von Ihren Kindern oder engsten Angehörigen gepflegt zu werden (Frage 28).

Von den 88 Personen, die sich dies nicht vorstellen können, geben 41 Personen eine ungültige Wertung ab, das wiederum auf die Mehrfachnennung zurückzuführen ist, die auf dem Fragebogen nicht dafür konzipiert war.

Führende Gründe sind „Abhängigkeitsgefühle“ und zu hoch gestellte Pflegeanforderungen. Die Personen möchten möglichst unabhängig von Ihren Kindern und engsten Angehörigen bleiben und haben kein Vertrauen in ihre eigenen Pflegehandlungen. 9 Personen geben bereits „zeitliche Gründe“. Auch aus dieser Perspektive bleibt der Zeitfaktor in unserer Gesellschaft ein sehr umstrittener.

Im Hintergrund bleiben die Gründe „Schamgefühl“, andere Gründe und finanzielle Gründe, die hier mit 0% bewertet wurden.

115 Personen von 217 Befragten sehen auch keine Probleme, wenn eigene Kinder ihre Eltern pflegen möchten. 91 Personen sehen zwar Probleme, allerdings wurde auf diese Fragestellung nicht weiter eingegangen.

Der Politik wird im Zusammenhang mit Pflege kein besonders gutes Zeugnis ausgestellt.

Frage 15 zeigt mit 159 Antworten die eher nicht zufriedenen und unzufriedenen Personen.

Bei der Frage 18a) und 18b) zeigt sich, dass die Politik vorrangig in die Gesundheitsvorsorge mehr Engagement/Zeit und Geld investieren sollten und als eher unwichtig die Tagesbetreuungsplätze sowie Hospiz und Palliativpflege angegeben wurde. Die Palliativpflege erhielt von 76 Personen die Bewertung „sehr wichtig“ und war damit am geringsten bewertet, wobei hier wieder zu

hinterfragen bleibt, ob der Begriff der Palliativpflege in seiner vollen Verständlichkeit beurteilt wurde.

Auch in Bezug der zukünftigen Gestaltung der Altenpflege wird der Politik wenig Vertrauen ausgesprochen.

71 Personen von 217 Befragten vertrauen auf die Politik (siehe Frage 20).

Die Zukunftsperspektive zum Bereich Pflege sieht eher trüb aus. (siehe Frage 23). 136 Personen sehen der Pflege eher verunsichert entgegen.

Überraschenderweise geben bei Frage 19 129 Personen an, dass Pflegevorsorge nicht allein in den politischen Verantwortungsbereich fällt, obwohl bei den Pflegevorsorgeabfragen doch eher eine Pflegevorsorgezurückhaltung sich abzeichnete.

Auf Grund der Frage 16 kann man ableiten, dass ein höherer Informationsbedarf in der Bevölkerung vorherrscht und man für die Zukunft überlegen kann, wie man besser Informationen über Vorsorgeleistungen vermitteln kann. Untermauern kann man diese Forderung mit der gestellten Frage 17, die die Unzufriedenheit über die derzeitigen Vorsorgeangebote zeigt.

Über die verpflichtenden Pflegeversicherung – z. B. für Kinderlose wäre zu sagen, dass hier 107 Personen sich dagegen aussprachen, und 78 Personen dafür, wobei hier 126 Personen 1 Kind oder mehr angaben und 90 Personen der 217 Befragten sich als kinderlos deklarierten.

Ebenso zeigt Frage 22, dass steuerliche absetzbare Pflegevorsorgepakete für 138 Personen einen gewissen Anreiz darstellen würde.

Die Personen, die noch keine Pflegevorsorge abgeschlossen haben, geben an, (Frage 7) „dass es nicht erforderlich war“, das sind 62 Personen von 217.

57 Personen geben „andere Gründe“ an, die ich aber leider nicht näher abgefragt habe, die aber im Nachhineingesehen sehr interessant gewesen wären. 47 Personen geben an „kein erspartes Geld zu haben, um sich eine Pflegevorsorge zu finanzieren“.

Generell zeigt sich keine große Bereitschaft zur Pflegevorsorge (siehe Frage 8). 107 Personen sind derzeit nicht bereit eine Vorsorge abzuschließen.

Begründet kann dies werden durch Frage 9. 173 Personen von 217 Befragten waren noch nie einer Situation, in der sie eine Pflegevorsorge gerne in Anspruch genommen hätten. Warum also abschließen? (siehe Frage 10)

80% sagen trotz eines bereits erlebten Vorfalls von benötigter Pflegevorsorge nein zu einem Abschluss. Hier wäre eine Bewusstseinsänderung von Nöten.

Die Personen, die angaben, bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen zu haben, „sahen es für notwendig rechtzeitig vorzusorgen“ (Frage 11, 19 Personen von 34 Personen).

Die Pflegevorsorge wurde im Lebensalter von 30 – 40 Jahren abgeschlossen. Folgend von 20 – 30 Jahren. Der Trend liegt also eher in den jüngeren Lebensjahren.

Von den 34 Personen, die bereits eine Vorsorge abgeschlossen haben, waren nur 4 Personen, das sind 11,76% bereits in der Situation, auf diese zurückgreifen zu müssen und 82,35%(!) noch nie in der Lage diese zu benötigen (Frage 14).

Trotzdem würden 31 Personen, das sind 88,57%, Ihren Bekannten ebenso zu einem Pflegevorsorgeabschluss raten (Frage 13).

Das durchschnittliche monatliche Netto-Haushaltseinkommen liegt bei den Befragten mit 29,49%, mit 64 Personen, bei 1500 bis 2000 Euro (siehe Frage 46).

Die meisten Personen sind in einem Arbeitsverhältnis. 148 Personen der 217 Befragten, sind berufstätig. 20 Personen sind in Pension (siehe Frage 45).

Jeweils 54 Personen haben Ihren Abschluss mit Matura oder einer Lehre angegeben.

28 Personen haben mit Hochschule/Universität/Fachhochschule oder Akademie abgeschlossen.

27 Personen haben das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege erworben (siehe Frage 44).

Der höchste Anteil der Befragten ist verheiratet oder in einer Lebensgemeinschaft (132 von 217 befragten Personen, das etwaige Rückschlüsse auf ein gewisses Sicherheitsdenken auf den Partnerbezogen

zulässt. Ebenso der 84 Personen, die ledig/geschieden oder verwitwet zu sein angeben (siehe Frage 42).

125 Personen sind weiblich, 91 Personen sind männlich (siehe Frage 40).

6 RESÜMEE

Nach all den vorliegenden Ergebnissen kann man zusammenfassend sagen, dass Bezug nehmend auf meine Forschungsfrage, die Erwartungen bezüglich der eigenen Pflege im Alter im derzeitigen Modus nicht erfüllt werden können. Der Bevölkerung dürfte dies nach den vorliegenden Ergebnissen auch bewusst sein, es erfolgte jedoch noch kaum eine Verhaltensänderung diesbezüglich.

Warum das so ist, versuchte ich durch theoretische Überlegungen zu hinterfragen. Das allgemeine Wissen als Basis, und der große Informationsbedarf beziehungsweise bestehende Informationslücken stellen für mich eine Erklärung, von sicher vielen einfließenden Teilaspekten, dar.

Die Konsumentensouveränität könnte einen Teil dazu beitragen, um im „krankenden Gesundheitssystem“ neue Wege beschreitbar zu machen auf der Anbieter- wie auf der Nachfrageseite. Der bereits in Deutschland durchgeführte Konsumentensouveränitätstest wäre vielleicht für Österreich auch eine Überlegung zur Durchführung wert.

Das angeführte Disease Management, als eine Möglichkeit, um die Patientensouveränität zu steigern, könnte weiter ins Auge gefasst werden.

Ebenso das Modell des Sozialen Marketings zur Dynamisierung von Gesundheitsprozessen durch strategische Bildung von Netzwerkstrukturen, wie auch das erwähnte CCC-Modell.

Ebenso die Ausführungen von Dr. Werner Kerschbaum zum Neuorientierungsbedarf der Pflege und zur Anregung, den Kundenwunsch in den Mittelpunkt zu stellen, sehe ich als interessante Vorschläge, die zum Überdenken auffordern.

Die meisten der Befragten hoffen weiter auf staatliche Hilfe obwohl das Vertrauen in die Politik kein großes ist. Viele geben Unzufriedenheit zur derzeitigen Lage von Pflege und Pflegevorsorge an. Wissen aber dazu keine individuelle Lösung. Angeraten wird jedoch von allen eingebrachten Beratungsseiten, dass eine Pflegevorsorge in Zukunft unumgänglich sein wird, sowohl für den Einzelnen als auch auswirkend auf das gesamte Gesundheitssystem.

Nach Abschluss all der theoretischen Anführungen und der durchgeführten Erhebung sehe ich aus der Sicht der Pflegewissenschaft hier große Chancen, um im Pflege wie im gesamten Gesundheitsbereich mögliche Verbesserungsvarianten auszuprobieren und diese den aktuellen Bedürfnissen des Einzelnen wie den verschiedenen Gesundheitsbereichen optimal ein- und umzusetzen.

Der Weg ist das Ziel und in diesem Sinne hoffe ich auf eine weiterhin gute Entwicklung der Pflege im österreichischen Gesundheitssystem.

ABSTRACT

From the results on hand and with respect to the study subject it can be concluded that the expectations concerning care for the elderly are not sufficiently satisfied under the current circumstances. Although most people are aware of it - according to the findings -, this fact has not yet resulted in a change of behaviour.

I try to question this attitude through my theoretical considerations. The basic general knowledge as well as the great need for and the lack of information provide an explanation for me that represents part of many aspects.

The consumer sovereignty could contribute to the breaking of new grounds on both the supply and the demand side of the sick health-care system. The consumer sovereignty survey in Germany could provide a valid example for Austria too.

The mentioned Disease Management could be envisaged as a possibility to increase patient sovereignty.

Equally, the model of Social Marketing for the dynamic sampling of health-care processes through strategic formation of network structures like the mentioned CCC model.

Furthermore I regard the explanations of Dr. Werner Kerschbaum for the need of reorientation of care and the suggestion to focus on customer preference as interesting proposals for reconsideration.

Most of the respondents still hope for government support although confidence in politics is low. Many are discontent with the current situation of care and

provision for care but have no individual answer to the problem. All mentioned advisory services suggest that a provision for care will be indispensable in the future both for individuals and for the whole health-care system.

From all the theoretical considerations and the survey I see a fair chance for the testing of improvements in the field of care and health-care and by way of their implementation to cater for the current needs of both individuals and the whole health-care system.

The journey is the reward! In this spirit I hope for a continuing good development of care in the Austrian health-care system.

7 LITERATUR

BADELT/HOLZMANN-JENKINS/MATUL/ÖSTERLE (1997): Analyse des Pflegeversorgensystems, Wien

BAMBERGER Kornelius (2006): SPSS Grundlagen, Einführung anhand der Version 14, 11. veränderte Auflage, Universität Hannover

BOHNEN A. (1964): Die utilitaristische Ethik als Grundlage der modernen Wohlfahrtsökonomie, Göttingen 1964

BOWMAN M.J. (1951): The consumer in the History of Economic Doctrine, in: The American Economic Review, Vol. 41, Issue 2 (1951), S. 1-18

BUCHANAN J.M.(1991): The Economics and the Ethics of Constitutional Order, Ann Arbor 1991

BÜHL ACHIM, PETER ZÖFEL: SPSS für Windows, Version 7,5: praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse, Bonn [u.a.]: Addison –Wesely-Longman Verlag, 1998

BÜHNER Markus (2006): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, 2. aktualisierte Auflage, Pearson Studium, München

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FREIE WOHLFAHRT (2006): Zur Zukunft der Pflegevorsorge

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ (Hrsg.), Bericht über Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ (Hrsg.), Pflegevorsorge in Österreich, Wien 2005

DÜR, W., PELIKAN, J. (1997): Gesundheitsförderung regional. Wien: Facultas Verlag

ECO, U. (1998): Wie man eine wissenschaftliche Arbeit schreibt, 7. unveränderte Auflage, ins Deutsche übersetzt von Walter Schick, C.F. Müller, Heidelberg

ENGELHARD P. (1999): Paradigma des Konsumverhaltens: Die Rolle der Nachfrage im Innovationsprozess, Berlin, 1999

EUCKEN W. (1952): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, Bern, 1952

FEHL U. (1989): Zu Walter Euckens kapitaltheoretischen Überlegungen, in ORDO; Bd: 40 (1989), S. 71-83

FROSCHAUER U.,KRAJIC K.,PELIKAN J.M. (1994): Psychosoziale Versorgung und Gesundheitsberufe in Österreich. Wien: WUV-Universitätsverlag

FÜRSTLER Gerhard/Eleonore KEMETMÜLLER (2000): Die Fachbereichsarbeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, 3. aktualisierte Auflage, Facultas Verlag

GRÖNER/KÖHLER (1987), H. GRÖNER, H. KÖHLER: Verbraucherschutzrecht in der Marktwirtschaft. Ökonomische und rechtliche Aspekte des Konsumentenkredits, Tübingen, 1987

HAGER WALTER, REUTER MAX, RIENER GABI (2005): Studie private Pflegegeldversicherungen, durchgeführt vom Verein für Konsumenteninformation im Auftrag der Arbeiterkammer Wien

HAYEK (1975): F.A.v. Hayek: Die Irrtümer des Konstruktivismus und die Grundlagen legitimer Kritik gesellschaftlicher Gebilde, Vorträge und Aufsätze Walter Eucken Institut, 51, 1 Tübingen 1975

HAYEK (1979): F.A.v. Hayek: Die drei Quellen der menschlichen Werte, Tübingen 1979

HAYEK (1996): F.A.v. Hayek: Die Anmaßung von Wissen, in: Kerber, W. (Hrsg), Die Anmaßung von Wissen: Neue Freiburger Studien, Tübingen (1996), S.5-19

HEISSEL Arne (2002): Konsumentensouveränität als Leitbild im deutschen Gesundheitswesen, Eine evolutische Analyse, Band 33 Schriften zur Gesundheitsökonomie, Verlag P.C.O. Bayreuth

HEDTKE Reinhold (2001): Konsum und Ökonomik, Grundlagen, Kritik und Perspektiven, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

HERMANN Ursula (1977, 1979, 1982): Knaurs Fremdwörterbuch, Lexikographisches Institut, München

HOLLAND/HOLYOAK/NISHETT/THAGARD (1986):J.H.Holland, K.J. Holyoak, R. Nisbett, P. Thagard, Induction: Processes of Interference, Learning and Discovery, Cambridge, London 1986

HURRELMANN, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa

HUTT, W. H. (1934):Economic, Method and the Concept of Competition, in: South African Journal of Economics, 2 (1934), S. 3-23

HUTT, W. H. (1936): Economics and the Public, London, Toronto 1936

HUTT, W. H. (1940): The Concept of Consumers`Sovereignty, in: The Economic Journal, 50 (1940), S. 66-77

JOCHIMSEN, R. (1961): Ansatzpunkte der Wohlfahrtsökonomie. Versuch einer Neuorientierung im Bereich der normativen Lehre vom wirtschaftlichen Wohlstand, Basel 1961

KLICPERA CH., SCHABMANN A., AL-ROUBAIE A., SCHUSTER B., WEBER G.; BERAN H. (1994): Psychosoziale Probleme im Alter. Wien:WUV-Universitätsverlag

KOTLER,P. & ROBERTO, E. (1991): Social Marketing. ECON Verlag, Düsseldorf, Wien, New York

KOTLER, P., & ZALTMANN, G. (1971): Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35,3-12

LAUTERBACH, K. W. (1997): Zum Verhältnis von Disease Management und Managed Care. In M. Arnold., K. W. Lauterbach & K. J. Preuß (Hrsg.) *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte* (169 – 178). Stuttgart: Schattauer

LENEL, H. O. (1989): Walter Euckens "Grundlagen der Nationalökonomie", in: ORDO; Bd. 40 (1989), S. 3-20

LOASBY, B. (1999) :Knowledge, Institutions and Evolution in Economics, London, New York 1999

MANTZAVINOS, C. (1999): Individual, Institutions and Market, unveröffentlichte Habilitationsschrift, Bayreuth 1999

MISES, L. v. Mises (1940) : Nationalökonomie :Theorie des Handelns und Wirtschaftens, München 1940, (Nachdruck 1980)

MISES, L. v. Mises (1944): The Treatment of Irrationality in the social science, in: Philosophy and Phenomenological Research, Vol.4, No.4 (1944), S. 527-546

MISES, L.v.Mises (1949): Human Action: A treatise on economics, Connecticut 1949

MISES, L. v. Mises (1950): Human Action : A Treatise on Economics, 4th ed., New Haven 1950

MORRISON, I. (2000): Health Care in the New Millennium – Vision, Values, and Leaderships, San Francisco 2000

NEUFFER, A. B. (1996): *Disease Management – Definitionen, Konzepte und Umsetzung*. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management Berichtsband zum 3. Symposium, 52 – 65

NEWELL/SIMON (1972): A. Newell, H. Simon: Human Problem Solving, Englewood Cliffs 1972

NIEDERHAUSER, Jürg (2000): Duden: Die schriftliche Arbeit, Ein Leitfaden zum Schreiben von Fach-, Seminar- und Abschlussarbeiten in der Schule und beim Studium, 3. Auflage, Bern

ÖSTERLE-HAMMER: Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen, Caritas 2004

ÖSTERREICHISCHES HILFSWERK: Pflege und Altenbetreuung, 2006

ÖSTERREICHISCHER SENIOREN RAT: Enquete Pflege und Betreuung vom 10. Oktober 2006 im Parlament

PERSKY, J. (1993): Retrospectives Consumer Sovereignty, in: Journal of Economic Perspectives, Vol. 7, No. 1 (1993), S. 183-191

PORST, Rolf (2008): Fragebogen - Ein Arbeitsbuch, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008

PROSE, F., HÜBNER, G. & KUPFER, D. (1992): Modell zur Organisation des Energiesektors auf der Nachfrageseite, Institut für Psychologie, Universität Kiel

SCHNEIDER ULRIKE , AUGUST ÖSTERLE, DORIS SCHOBER, CHRISTIAN SCHOBER (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich, Forschungsbericht 02/2006

SCHNELL R., (2005): P. B. HILL, E. ESSER: Methoden der empirischen Sozialforschung, Oldenbourg, Wissenschaftsverlag 2005, 7. Auflage, Kapitel 6, S. 300

SMITH, A.(1976): An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of the Nations, Oxford 1976 (eds.: R.H. Campell und A.S. Skinner)

SMITH, A. (1988): Der Wohlstand der Nationen: Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen, 4. Aufl., München 1988 (Hrsg.: H.C. Recktenwald)

STOBBE, W. (1983): Volkswirtschaftslehre II. Berlin: Springer

VANBERG, V.(1997): Die normativen Grundlagen von Ordnungspolitik, in: ORDO; Bd: 48 (1997), S. 707-726

VAN BÖMMEL, Hermann (2003): Konsumentensouveränität, Neue Gestaltungsoptionen des Konsumenten in der Postindustriellen Wirtschaft, Band 77, Marburg

VON REIBNITZ Christine, Schnabel Peter-Ernst, Hurrelmann Klaus (2001): Der mündige Patient, Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Juventa Verlag Weinheim und München

WOLL A.(1989): Adam Smith – Gründe für ein erneutes Studium seiner Werke, in:ORDO, Bd.49 (1998), S. 191 -209

Zeitungsausschnitte

„DER KURIER“: Ausgabe vom 13.8.2006 „Wer wird uns pflegen“, S.5

„DIE PRESSE“: Ausgabe vom 9.2.2008, Gastkommentar von Dr. Werner Kerschbaum, stellvertretender Generalsekretär des Roten Kreuzes, „Neuorientierung der Pflege, Den Kundenwunsch in den Mittelpunkt stellen“; S. 37

„WOHNZEIT“: Das Magazin für Bauen Wohnen Leben der s Bausparkasse Nr. 03/2008 , S.14, S.15

.

Internetadressen

AHRQ (2001a): <http://www.ahrq.gov/qual/cahpsix.htm> (10.11.2008)

www.bmsk.gv.at (21.6. 2007)

CAHPS <http://www.cahps.ahrq.gov/cahpsix.htm> (16.11.2008)

www.caritas-wien.at (25.6. 2007)

www.donauversicherung.ac.at (26.6.2007)

www.hilfswerk.at (26.6.2007)

<http://de.wikipedia.org/wiki/katallaktik> (25.10. 2008)

www.konsumentenschutz.at (26.6.2007)

MEDLINE (2001): <http://www.nlm.nih.gov/medline> (2007)

MEDLINEplus (2001): <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus> (2007)

National Library of Medicine (2001): <http://www.nlm.nih.gov> (2007)

<http://www.nordlicht.uni-kiel.de/org5.htm> (30.6.2007)

www.oegkv.ac.at (26.6.2007)

<http://de.wikipedia.org/wiki/ordoliberalismus> (12.2008)

http://de.wikipedia.org/wiki/vilfredo_pareto (12.2008)

<http://www.seniorenrat.at> (.26.6.2007)

www.sozialversicherung.at/mediaDB/116408.pdf (17.8.2007)

<http://www.s-bausparkasse.at> (2007)

<http://www.s-versicherung.at> (2007)

www. Statistik austria.at (21.6.2007)

STATISTISCHE DATENANALYSE MIT SPSS FÜR WINDOWS (2003):

<http://www.rz.uni-osnabrueck.de> (Sep. 2007)

<http://www.politik-netzwerk.de/verbrauerpolitik/verbraucherpolitik.html>
(30.06.2007)

www. volkshilfe.ac.at (26.6.2007)

www. wiener städtische.at (19.6.2007)

Die weiters angeführte Literatur wurde entnommen:

SKRIPTUM: „Gesundheitskonzepte, Gesundheitsförderung, Health Literacy“,
Mag. A. Grundböck, Sommersemester 2005:

Andreasen (1995)

Chapman (1998)

Goodman, Steckler und Kegler (1997)

Jäger (1999)

Kotler und Roberto (1989)

Lefebvre und Rochlin (1997)

8 ANHANG

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle Nr. 1: Konsumentensouveränität in Traditioneller Sichtweise, Heissel
2002.....S. 22

Abbildung Nr. 2: Die integrativen Elemente des Disease Management, Neuffer
1996.....S. 40

Tabelle Nr. 3: Produkthanbieter mit Produktnamen.....S. 44

Abbildung Nr. 4: Allgemeiner Produktvergleich, wesentliche
Unterscheidungsmerkmale in der privaten Pflegegeldversicherung.....S. 46

LEBENS LAUF

Name: Helga Mandl
Geburtsdatum: 17. 01. 1969
Geburtsort: Krems/N.Ö
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

Volksschule Paudorf, Hauptschule am Institut der Englischen Fräulein in Krems
Anschließend Besuch der 3jährigen berufsbildenden Handelsschule in Krems
Absolvierung der 3jährigen Krankenpflegefachausbildung in Krems mit Diplom-
Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege

berufsbegleitende Weiterbildung:

1999 Abschluss der Berufsreifeprüfung in Krems
2009 Abschluss des Studiums IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Beruflicher Werdegang:

1986 – 1988 Kaufmännische Angestellte bei Fa. Michtner, 1060 Wien

Praktische Tätigkeiten als DGKS im Rahmen der Krankenpflege:

1991 – 1993: Lungenfacharzt Dr. Simml in Krems
1993 – 1994: Krankenhaus Krems: Kinder- und Jugendabteilung
1994 – 1995: Krankenhaus Krems: Zentralsterilisation
1995 – 1996: Bürgerspitalsfonds-Seniorenheim in Brunnkirchen
1996 – 2000: AKH Wien: Innere Medizin III: Allgemeine Innere, 20j
2000 – 2002: Krankenhaus St. Pölten: Innere Medizin: Onkologie und Dialyse
seit Nov. 2002 : AKH Wien: Innere Medizin I: Abteilung für
Infektionskrankheiten, Tropenmedizin und Chemotherapie, 18k

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bin Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester und studiere berufsbegleitend Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich mit diesem Fragebogen eine anonyme Erhebung über

aktuelle Einstellungen zur Pflegevorsorge sowie persönliche Wünsche und Erwartungen des Einzelnen an die Pflege im Alter durchführen.

Inwieweit kann wohl Pflegevorsorge einen unterstützenden Beitrag im Gesundheitssystem leisten und inwiefern entsprechen die derzeitigen Erwartungen der Befragten hinsichtlich der eigenen Pflege im Alter der voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung?

Ich bin an Ihrer Meinung sehr interessiert und Sie helfen mir, indem Sie folgende Fragen beantworten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt, d. h. es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.

Sie dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und unterliegen den Regeln des Datenschutzes.

Wählen Sie bitte immer die Antwortmöglichkeit, die für Sie am Zutreffendsten ist.

Beim Großteil der Fragen steht die neutrale Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ zur Verfügung. Bitte wählen Sie diese Antwortmöglichkeit aus, wenn Sie keine Antwort zu einer gestellten Frage geben wollen oder können.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung durch das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Mit freundlichen Grüßen

Mandl Helga

**TEIL A: FRAGEN ZUR PFLEGEVORSORGE UND FINANZIERUNG DIESER
MIT DEM SCHWERPUNKT AUF EIGENE PFLEGE**

1. WIE HÄUFIG MACHEN SIE SICH GEDANKEN ÜBER IHR ALTER UND EINE EVENTUELL DAMIT VERBUNDENE PFLEGEABHÄNGIGKEIT?
☐ häufig
☐ gelegentlich
☐ selten
☐ nie
2. WIRD PFLEGE FÜR SIE LEISTBAR SEIN, WENN SIE NICHT MEHR ALLEINE ZURECHTKOMMEN?
☐ ja
☐ nein
☐ keine Angabe
3. WIE GROSS IST IHRE BEREITSCHAFT SELBSTÄNDIG FÜR DIE EIGENE PFLEGE VORZUSORGEN?
☐ sehr groß
☐ groß
☐ mäßig
☐ wenig
☐ gar nicht
☐ keine Angabe
4. WANN WÄRE IHRER MEINUNG NACH DER BESTE ZEITPUNKT UM SICH ÜBER PFLEGEVORSORGE ZU INFORMIEREN?
Im Lebensalter von:
☐ 20-30
☐ 30-40
☐ 40-50
☐ 50-60
☐ älter als 60
☐ nur im Bedarfsfall
☐ keine Angabe
5. AB WELCHEM ALTER ERSCHEINT ES FÜR SIE SINNVOLL EINE PFLEGEVORSORGE ABZUSCHLIESSEN?
Im Lebensalter von:
☐ 20-30
☐ 30-40
☐ 40-50
☐ 50-60
☐ älter als 60
☐ nur im Bedarfsfall
☐ keine Angabe
6. HABEN SIE SICH BEI IHRER VERSICHERUNG ÜBER PFLEGEVORSORGE BEREITS INFORMIERT?
☐ ja
☐ nein
☐ keine Angabe

☐ Wenn Sie KEINE Pflegevorsorge abgeschlossen haben, fahren Sie bitte mit dem folgenden **Teil B** „keine Pflegevorsorge“ und der **Frage 7** fort.

☐ Wenn Sie bereits eine Pflegevorsorge abgeschlossen haben, fahren Sie bitte mit **Teil C** „abgeschlossene Pflegevorsorge“ und der **Frage 11** fort.

TEIL B: KEINE PFLEGEVORSORGE ABGESCHLOSSEN

7. SIE HABEN NOCH KEINE PFLEGEVORSORGE ABGESCHLOSSEN, WEIL ...

- ☐ es nicht erforderlich war
- ☐ ich kein erspartes Geld habe, um mir eine Pflegevorsorge zu finanzieren
- ☐ aus anderen Gründen
- ☐ keine Angabe

8. WÄREN SIE NUN BEREIT EINE PRIVATE PFLEGEVORSORGE ABZUSCHLIESSEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

9. WAREN SIE SCHON EINMAL IN EINER SITUATION, IN DER SIE EINE PFLEGEVORSORGE GERNE IN ANSPRUCH GENOMMEN HÄTTEN?

- ☐ ja (weiter mit Frage 10)
- ☐ nein (weiter mit **Teil D, Frage 15**)
- ☐ keine Angabe (weiter mit **Teil D, Frage 15**)

10. ÜBERLEGTEN SIE NACH DIESEM VORFALL EINE PFLEGEVORSORGE ABZUSCHLIESSEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

TEIL C: ABGESCHLOSSENE PFLEGEVORSORGE

11. SIE HABEN BEREITS EINE PFLEGEVORSORGE ABGESCHLOSSEN, WEIL

- ☐ ich es für notwendig empfinde rechtzeitig vorzusorgen
- ☐ ich jederzeit unabhängig sein möchte
- ☐ andere Gründe
- ☐ keine Angabe

12. IN WELCHEM LEBENSALTER HABEN SIE DIE PFLEGEVORSORGE ABGESCHLOSSEN?

- ☐ 20-30
- ☐ 30-40
- ☐ 40-50
- ☐ 50-60
- ☐ älter als 60
- ☐ keine Angabe

13. WÜRDEN SIE EINEN PFLEGEVORSORGEABSCHLUSS IHREN BEKANNTEN WEITEREMPFEHLEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

14. HABEN SIE IHRE PFLEGEVORSORGE BEREITS IN ANSPRUCH GENOMMEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

TEIL D: NUN FOLGEN EINIGE FRAGEN ZUM POLITISCHEN BEREICH DES THEMAS PFLEGE UND VORSORGE

15. WIE SIND SIE MIT DEM UMGANG VON PFLEGE IM POLITISCHEN ALLTAG ZUFRIEDEN?

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ eher zufrieden
- ☐ eher nicht zufrieden
- ☐ unzufrieden
- ☐ keine Angabe

16. WIE GUT FÜHLEN SIE SICH ÜBER DIE AKTUELLEN GESUNDHEITS- UND VORSORGELEISTUNGEN INFORMIERT?

- ☐ sehr gut
- ☐ eher gut
- ☐ eher nicht gut
- ☐ nicht gut
- ☐ keine Angabe

17. WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DEN DERZEITIGEN VORSORGEANGEBOTEN?

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ eher zufrieden
- ☐ eher unzufrieden
- ☐ unzufrieden
- ☐ keine Angabe

18. IN WELCHE BEREICHE SOLLTE DIE POLITIK MEHR ENGAGEMENT/ZEIT UND GELD INVESTIEREN?

sehr wichtig / eher wichtig / eher unwichtig / unwichtig / keine Angabe

Stationäre Pflege/Krankenhaus	☐	☐	☐	☐	☐
Hauskrankenpflege/24h Betreuung	☐	☐	☐	☐	☐
Heimbetreuung/Pflegeheime	☐	☐	☐	☐	☐
Tagesbetreuungsplätze	☐	☐	☐	☐	☐
Hospiz/Palliativpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Private Pflege	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheitsvorsorge	☐	☐	☐	☐	☐

19. FÄLLT PFLEGEVORSORGE IHRER MEINUNG NACH ALLEIN IN DEN POLITISCHEN VERANTWORTUNGSBEREICH?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

20. DIE POLITIK IST IN DER LAGE DIE ZUKUNFT DER ALTENPFLEGE SICHER ZU GESTALTEN – KÖNNEN SIE SICH DIESER ANSICHT ANSCHLIESSEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

21. WÄREN SIE FÜR EINE VERPFLICHTENDE PFLEGEVERSICHERUNG – Z. B. FÜR KINDERLOSE?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

22. FALLS PFLEGEVORSORGEPAKETE STEUERLICH ABSETZBAR WÄREN, WÜRDEN SIE DIESE IN ANSPRUCH NEHMEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

23. WIE GESICHERT SEHEN SIE IHRE ZUKUNFT ZUM THEMENBEREICH PFLEGE?

- ☐ sehr sicher
- ☐ eher sicher
- ☐ eher unsicher
- ☐ unsicher
- ☐ keine Angabe

TEIL E: PERSÖNLICHE WÜNSCHE UND ERWARTUNGEN AN DIE PFLEGE IM ALTER

24. WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER DERZEITIGEN BETREUUNG VON ALTEN UND KRANKEN MENSCHEN IN IHRER UMGEBUNG?

(Eltern, Großeltern, Verwandte, Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen,...)

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ eher zufrieden
- ☐ eher unzufrieden
- ☐ unzufrieden
- ☐ keine Angabe

25. SIND IHNEN SITUATIONEN BEKANNT, WO ES ZU KEINER GUTEN BETREUUNGS-LÖSUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSONEN GEKOMMEN IST?

- ☐ ja (weiter mit Frage 26)
- ☐ nein (weiter mit Frage 27)
- ☐ keine Angabe (weiter mit Frage 27)

26. WORIN LAG IHRER MEINUNG NACH DIE URSACHE:

- ☐ Rücksichtnahme auf eigene Familie
- ☐ finanzielle Gründe
- ☐ berufliche Gründe
- ☐ fehlende Informationen über mögliche Hilfestellungen
- ☐ große räumliche Entfernungen der Familienmitglieder
- ☐ zerrüttete Familienverhältnisse
- ☐ andere Gründe
- ☐ keine Angabe

27. KÖNNEN SIE SICH VORSTELLEN IHRE ELTERN/ENGSTE ANGEHÖRIGEN ZU PFLEGEN?

- ☐ ja *(weiter mit Frage 28)*
- ☐ nein *(weiter mit Frage 27a)*
- ☐ keine Angabe *(weiter mit Frage 28)*

27 a) wenn nein, warum nicht:

- ☐ Pflegeanforderungen sind zu hoch
- ☐ finanzielle Gründe
- ☐ zeitliche Gründe
- ☐ Schamgefühl
- ☐ Abhängigkeitsgefühl
- ☐ andere Gründe
- ☐ keine Angabe

28. KÖNNEN SIE SICH VORSTELLEN VON IHREN KINDERN/ENGSTEN ANGEHÖRIGEN GEPFLEGT ZU WERDEN?

- ☐ ja *(weiter mit Frage 29)*
- ☐ nein *(weiter mit Frage 28a)*
- ☐ keine Angabe *(weiter mit Frage 29)*

28 a) wenn nein, warum nicht:

- ☐ Pflegeanforderungen sind zu hoch
- ☐ finanzielle Gründe
- ☐ zeitliche Gründe
- ☐ Schamgefühl
- ☐ Abhängigkeitsgefühl
- ☐ andere Gründe
- ☐ keine Angabe

29. SEHEN SIE PROBLEME WENN EIGENE KINDER IHRE ELTERN PFLEGEN MÖCHTEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

WIE BEURTEILEN SIE FOLGENDE AUSSAGEN:
 BITTE GEBEN SIE AN, WIE STARK SIE DIESEN AUSSAGEN ZUSTIMMEN -
 WÄHLEN SIE „KEINE ANGABE“, WENN SIE KEINE ANTWORT GEBEN MÖCHTEN.

	Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
30. ICH MÖCHTE SO LANGE WIE MÖGLICH IN MEINEM ZUHAUSE BLEIBEN UND VON MEINEN ANGEHÖRIGEN BETREUT WERDEN	☐	☐	☐	☐	☐
31. ICH MÖCHTE SO LANGE WIE MÖGLICH VON HÄUS- LICHER PFLEGE UND MOBILEN SOZIALEN DIENSTEN BETREUT WERDEN	☐	☐	☐	☐	☐
32. ICH MÖCHTE MICH VON FREUNDEN UND BEKANNTEN BETREUT WISSEN	☐	☐	☐	☐	☐
33. „BETREUTES WOHNEN“ WÄRE FÜR MICH EINE IDEALE LÖSUNG.	☐	☐	☐	☐	☐
34. ICH MÖCHTE MIT MEINEM PARTNER IN EINEM SENIORENHEIM WOHNEN UND BEI KRANKHEIT UNS GUT VERSORGT WISSEN	☐	☐	☐	☐	☐
35. ICH MÖCHTE ERST DANN IN EINEM SENIORENHEIM WOHNEN, WENN ICH ALLEIN LEBE (kein Partner, keine Kinder im gleichen Haushalt)	☐	☐	☐	☐	☐

**TEIL F: WIE SCHÄTZEN SIE DIE VERSORGUNGSSITUATION IM VERGLEICH
STADT UND LAND EIN:**

36. WIE GROSS SIND DIE UNTERSCHIEDE IN DER BETREUUNG VON ALTEN UND KRANKEN MENSCHEN IM VERGLEICH ZU STADT ODER LÄNDLICHEN REGIONEN?

- ☐ sehr groß
- ☐ groß
- ☐ teils/teils
- ☐ gering
- ☐ keine Unterschiede
- ☐ keine Angabe

37. WIE GUT FÜHLEN SIE SICH IN DER STADT AUF FOLGENDE BEREICHE VERSORGT?

	Sehr gut / eher gut / eher nicht gut / nicht gut /. keine Angabe				
Angebote von sozialen Diensten	☐	☐	☐	☐	☐
öffentliche Erreichbarkeit (Arzt, Apotheke, Post, Bank, Gemeinde, Friseur, Maniküre,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Einkaufsmöglichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Freizeitgestaltung	☐	☐	☐	☐	☐

38. WIE GUT FÜHLEN SIE SICH AUF DEM LAND BEZOGEN AUF FOLGENDE BEREICHE VERSORGT?

	Sehr gut / eher gut / eher nicht gut / nicht gut /. keine Angabe				
Angebote von sozialen Diensten	☐	☐	☐	☐	☐
öffentliche Erreichbarkeit (Arzt, Apotheke, Post, Bank, Gemeinde, Friseur, Maniküre,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Einkaufsmöglichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Freizeitgestaltung	☐	☐	☐	☐	☐

39. WÜRDEN SIE IN AUSSICHT EINER BESSEREN BETREUUNG IHREN LEBENSRAUM VERLASSEN?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

RAUM FÜR PERSÖNLICHE ANMERKUNGEN:

ANGABEN ZUR PERSON (bitte zutreffendes ankreuzen)

GESCHLECHT:

- ☐ männlich
- ☐ weiblich

ALTER:

- ☐ 20-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ 61-70
- ☐ älter

FAMILIENSTAND

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet
- ☐ Lebensgemeinschaft

KINDER

- ☐ ja ☐ 1 Kind ☐ 2 Kinder ☐ mehr
- ☐ keine Kinder

HÖCHSTE ABESCHLOSSENE
BILDUNG

- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehrabschluss
- ☐ Meisterprüfung
- ☐ Diplom der Gesundheits- & Krankenpflege
- ☐ Berufsbildende mittlere Schule
- ☐ Fachschule (ohne Matura)
- ☐ Matura (AHS, BHS, BRP)
- ☐ Hochschule, Universität, FH, Akademie

ARBEITSVERHÄLTNIS

- ☐ In Ausbildung
- ☐ Berufstätig
- ☐ Hausfrau/-mann
- ☐ Selbständig
- ☐ Arbeitssuche
- ☐ Karenz
- ☐ Pension
- ☐ anderes

DURCHSCHNITTLICHES MONATLICHES
NETTO-HAUSHALTSEINKOMMEN

- ☐ kein Einkommen
- ☐ bis 500 Euro
- ☐ > 500 bis 1.000 Euro
- ☐ > 1.000 bis 1.500 Euro
- ☐ > 1.500 bis 2.000 Euro
- ☐ > 2.000 bis 2.500 Euro
- ☐ > 2.500 bis 3.000 Euro
- ☐ > 3.000 Euro

LEBENSRAUM

(bezogen auf Einwohnerzahl)

- ☐ < 5.000
- ☐ 5.000 - 15.000
- ☐ 15.000 - 50.000
- ☐ > 50.000
- ☐ Wien

BEZUG ZUM THEMA

- ☐ bin beruflich im Gesundheitsbereich tätig
- ☐ betreue Familienangehörige
- ☐ Familienangehörige werden zu Hause mit Hilfe von mobilen sozialen Diensten betreut
- ☐ habe Verwandte/Bekannte, die pflegebedürftig sind
- ☐ habe keinen persönlichen Bezug zu diesem Thema

ICH DANKE IHNEN, DASS SIE SICH ZEIT ZUM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS GENOMMEN HABEN!

Mit freundlichen Grüßen

Mandl Helga