



universität  
wien

# MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

## „Zukünftige Herausforderungen der stationären Langzeitpflege 85 plus – ein Vergleich zwischen Dänemark und Österreich“

Eine Analyse des Ist-Zustandes für den stationären Bereich an Beispielen der Daten der vorliegenden Statistiken aus Österreich und Dänemark für die zu erwartenden Handlungsfelder der Zukunft.

verfasst von / submitted by

Evelyn Agnes von Nida, M.Ed

gemeinsam mit / in collaboration with

Werner Bernreiter

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree  
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
Postgraduate programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 992 050

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /  
Postgraduate programme as it appears on  
the student record sheet:

Gerontologie und soziale Innovation /  
Gerontology and Social Innovation

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ. Prof. Mag. Dr. Franz Kolland



## **Danksagung**

Als Erstes gebührt unser Dank Herrn Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland, sowie Frau Mag. Dr. Anna Wanka, die uns während der Erstellung der vorliegenden Masterarbeit betreut haben. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik beim Erstellen dieser Arbeit möchten wir uns herzlich bedanken.

Ebenfalls möchte wir uns bei Frau Univ.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer bedanken, die uns mit Ergänzungen und Anregungen, sowie ihrem ausführlichen Interview zur Seite gestanden ist und ihre Sichtweise zu dem von uns gewählten Thema dargelegt hat.

Ein besonderer Dank gilt unseren Familienangehörigen für den starken emotionalen Rückhalt über die Dauer unseres gesamten Studiums.

Auch möchten wir uns an dieser Stelle bei all denen bedanken, die uns während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Februar 2017

Evelyn Agnes von Nida, M.Ed

Werner Bernreiter



## **Eidesstattliche Erklärung**

Wir erklären hiermit ...

... dass wir die vorliegende Masterarbeit selbständig ohne fremde Hilfe verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt haben,

... dass wir keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt, die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und wir uns auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient haben,

... dass diese Arbeit mit der von den Begutachtern beurteilten Arbeit übereinstimmt,

... dass wir einwilligen, dass ein Belegexemplar der von uns erstellten Masterarbeit in den Bestand der Universität Wien aufgenommen und benutzbar gemacht wird.

Februar 2017

Evelyn Agnes von Nida, MEd  
Werner Bernreiter



## **Zusammenfassung**

Die Pflege- und Betreuung älterer Menschen in der Zukunft stellt eine enorme Herausforderung in der Umsetzung und Finanzierung an Bund und Länder in Österreich dar. Deutschland hat schon vor Jahren eine Pflegeversicherung zur Abdeckung der Kosten eingeführt und andere Länder in Europa versuchen für eine private Absicherung des Alters zu werben. Dänemark, als Vergleichsland zu Österreich, hat den Weg des skandinavischen Modells eingeschlagen. Aufgrund der von uns vorab eingesehenen Literatur vermuten wir, dass sich die pflegerische Langzeitversorgung in Dänemark anders entwickelt hat und die pflegerische Langzeitversorgung für Menschen 85 plus in Dänemark einen anderen Stellenwert einnimmt als in Österreich. Die seit Jahren erhobenen Ist- Werte im Vergleich verschiedener europäischer Länder zur Pflegeversorgung und langfristigen Sicherstellung der Pflege bestärken uns in dieser Annahme. Über die Literaturrecherche und das PRISMA-Modell versuchen wir die für uns interessanten Themen wie z.B. den geschichtlicher Hintergrund, die derzeitigen pflegerischen Versorgungsmodelle in der Langzeitpflege in beiden Ländern, aber auch die zu erwartende demografische Entwicklung im Bereich der Lebenserwartung von Menschen 85 plus unter dem Aspekt der Fragilität für Europa zu betrachten. Wir vermuten auch hier neuen Gestaltungsbedarf und neue Konzepte in der Langzeitpflege. Wie „gebrechlich“ werden Menschen 85 plus in der Zukunft sein? Worauf sollten und müssen wir uns einstellen? Daher möchten wir uns diesem Thema in der vorliegenden Masterthesis unter dem Aspekt von innovativen Ansätzen, von Konzepten der Zukunft und Trends in diesen Ländern widmen. Es sollen auch die Möglichkeiten der Finanzierung neuer Konzepte angesprochen werden, hier aufgrund der Eingrenzung im Umfang der Arbeit, nur als Kurzübersicht möglich. Eine wesentliche Kernfrage dieser Arbeit stellt der Ist- Zustand der derzeitigen pflegerischen Langzeitversorgung und der gelebten Konzepte dar, diese unter Einbezug der Versorgung durch pflegende Angehörige und Möglichkeiten der Beantragung von Unterstützung durch Stakeholder. Die Bedarfsstrukturen an die Pflegeberufe der Zukunft interessieren uns, da durch diese zum Teil neuen gesetzlich verankerten Berufsgruppen, der erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarf von Menschen 85 plus gesichert werden soll. Wir erwarten uns in unseren Recherchen gezielte Informationen zu bedürfnis- und bedarfsorientierter pflegerischer Versorgung, sowie zu konzeptionellen Pflegemodellen der Zukunft zu erhalten.

***Skandinavisches Modell, Wohlfahrtsstaat, Langzeitpflege, Pflegekosten, Pflegepolitik***



## **Abstract**

The care and support of elderly people in the future represents a huge challenge in the implementation and financing for the regional and state government in Austria. Years ago Germany introduced a long-term care insurance to cover costs, and other countries in Europe are advertising private insurance coverage for elderly. Denmark, compared to Austria, has chosen the Scandinavian model. On the basis of the literature we have previously reviewed, we assume that long-term nursing care has developed differently in Denmark and in contrast to Austria, long-term nursing care for people 85 plus takes a different significance. The actual values collected over many years in comparison to different European countries for the care provision and long-term securing of the nursing assist us in this assumption. Via the literary method and the PRISMA- model we aim to find the topics of interest for us, for example the historical background, the current nursing care models in long-term care in both countries, as well as the expected demographic development in the life expectancy 85 plus viewed from the perspective of fragility of Europe. We also assume new design requirements and new concepts in long-term care. How "frail" will people 85 plus be in the future? What should we be aware of? And what do we have to adjust? Therefore, we would like to devote ourselves to this topic in the present master thesis with regard to the innovative approaches of concepts of the future and trends in these countries. The possibilities for financing new concepts should also be addressed, here due to the limitation within the scope of the work, only as a short overview. A key issue of this thesis is the actual state of current long-term nursing care and the concepts that have been lived, including care provision by caring relatives and the possibility of applying for support from stakeholders. We are interested in the required structures for nursing care in the future, as these partly new occupational groups, are to be assured of increased care and care needs of people 85 plus. In our research, we expect to receive targeted information about the demand-based and needs-oriented nursing care, as well as conceptual nursing models of the future.

***Scandinavian model, welfare state, long-term care, care costs, care policy***

# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                                                                               |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Hintergrund und Erläuterungen zur Forschungsfrage (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida) .....</b>                           | <b>14</b> |
| 1.1      | Bedeutung und Eingrenzung des Themas .....                                                                                    | 14        |
| 1.2      | Aufbau der Arbeit.....                                                                                                        | 15        |
| 1.3      | Persönlicher Zugang zum Thema.....                                                                                            | 16        |
| 1.4      | Zielsetzung und Methodik.....                                                                                                 | 17        |
| 1.5      | Literaturrecherche und Forschungsliteratur .....                                                                              | 18        |
| 1.6      | Erläuterung der Schlüsselwörter .....                                                                                         | 21        |
| 1.7      | Zugang zur Forschungsfrage und allgemeine Einleitung zur Ausgangssituation in Österreich und Dänemark.....                    | 25        |
| <b>2</b> | <b>Ausgangs- und Ist-Situation (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida).....</b>                                                  | <b>26</b> |
| 2.1      | Allgemeine Einleitung zur Geschichte der sozialen, pflegerischen und staatlichen Entwicklung in Österreich und Dänemark ..... | 26        |
| 2.1.1    | Der geschichtliche und soziale Hintergrund in Österreich .....                                                                | 27        |
| 2.1.2    | Der geschichtliche und soziale Hintergrund in Dänemark .....                                                                  | 28        |
| 2.1.3    | Der geschichtliche und soziale Hintergrund der Pflegeberufe in Österreich und Dänemark.....                                   | 29        |
| 2.2      | Das skandinavische Modell im Vergleich mit dem korporatistischen Modell ....                                                  | 33        |
| 2.2.1    | Der Begriff der Wohlfahrtsstaatlichkeit.....                                                                                  | 33        |
| 2.2.2    | Das skandinavischen Modell .....                                                                                              | 34        |
| 2.2.3    | Das korporatistische Modell .....                                                                                             | 35        |
| 2.3      | Die Ist-Situation der Langzeitpflege in Österreich und Dänemark.....                                                          | 37        |
| 2.3.1    | Die Ist-Situation der Langzeitpflege in Österreich .....                                                                      | 37        |

|          |                                                                                                                         |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3.2    | Die Ist-Situation in der Langzeitpflege in Dänemark.....                                                                | 39        |
| 2.3.3    | Zusammenfassung der Ist-Situation .....                                                                                 | 41        |
| 2.4      | Resümee der Ausgangs- und Ist-Situation in Österreich und Dänemark .....                                                | 43        |
| <b>3</b> | <b>Demografische Entwicklung (VerfasserIn Werner Bernreiter).....</b>                                                   | <b>43</b> |
| 3.1      | Allgemeine demografische Entwicklung in Dänemark .....                                                                  | 44        |
| 3.1.1    | Lebenserwartung der dänischen Bevölkerung.....                                                                          | 45        |
| 3.1.2    | Unterbringung der dänischen Bevölkerung in der stationären Langzeitpflege .<br>.....                                    | 48        |
| 3.2      | Allgemeine demografische Entwicklung in Österreich .....                                                                | 50        |
| 3.2.1    | Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung.....                                                                   | 51        |
| 3.2.2    | Unterbringung der österreichischen Bevölkerung in der stationären LZP ....                                              | 56        |
| 3.3      | Demografische Entwicklungen der Länder im Vergleich .....                                                               | 58        |
| 3.4      | Zusammenfassung der demografischen Entwicklung der Länder im Vergleich ..                                               | 62        |
| <b>4</b> | <b>Finanzierung (VerfasserIn Werner Bernreiter) .....</b>                                                               | <b>63</b> |
| 4.1      | Finanzierung der Pflege in Dänemark allgemein .....                                                                     | 63        |
| 4.2      | Finanzierung der Pflege in Österreich allgemein .....                                                                   | 64        |
| 4.3      | Finanzierung der Pflege im Vergleich Österreich und Dänemark.....                                                       | 65        |
| 4.4      | Beschreibung und Vergleich der Pflegesysteme beider Länder in Hinsicht auf die<br>Finanzierung der Langzeitpflege ..... | 66        |
| 4.4.1    | Beschreibung der Pflegesysteme: familien- und servicebasierte Systeme ....                                              | 66        |
| 4.4.2    | Vergleich der Pflegesysteme Österreichs und Dänemark .....                                                              | 66        |
| 4.5      | Finanzierung der Langzeitpflege in Dänemark .....                                                                       | 68        |
| 4.6      | Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich .....                                                                     | 71        |

|          |                                                                                                                   |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.7      | Finanzierung der Langzeitpflege und der stationären Langzeitpflege im Vergleich der beiden Länder.....            | 74        |
| 4.8      | Finanzierungssysteme beider Länder im Vergleich.....                                                              | 76        |
| <b>5</b> | <b>Bedarfsstrukturen der Länder an die Pflegekräfte der Zukunft (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida).....</b>     | <b>77</b> |
| 5.1      | Alterung der Bevölkerung und Bedarf an Pflegekräften in Europa .....                                              | 78        |
| 5.1.1    | Die Situation in Österreich.....                                                                                  | 79        |
| 5.1.2    | Die Situation in Dänemark.....                                                                                    | 81        |
| 5.2      | Die Veränderung der Pflegekräfteverteilung durch Migration in Österreich und Dänemark .....                       | 84        |
| 5.3      | Die Wertigkeit von Pflege- und Betreuung durch Familie, Nachbarn und Laien                                        | 86        |
| 5.3.1    | Unterstützung als solidarische Leistung aus österreichischer Sicht .....                                          | 86        |
| 5.3.2    | Der Begriff der Fragilität in Bezug auf Unterstützung durch das soziale Umfeld .....                              | 87        |
| 5.4      | Fazit aus den Recherchen beider Länder und Überleitung zur Literaturrecherche ..                                  | 89        |
| <b>6</b> | <b>Empirische Ergebnisse der Literaturrecherche über die PRISMA-Methode (VerfasserIn Werner Bernreiter) .....</b> | <b>92</b> |
| 6.1      | Literaturrecherche .....                                                                                          | 92        |
| 6.2      | Systematisches Review und PRISMA-Methode.....                                                                     | 94        |
| 6.3      | Literaturrecherche Suche und Exzerpt.....                                                                         | 96        |
| 6.3.1    | Literaturrecherche Suche .....                                                                                    | 96        |
| 6.3.2    | Literaturrecherche Exzerpt.....                                                                                   | 99        |
| 6.3.3    | Verknüpfung der Inhalte der Literaturrecherche nach der PRISMA Methode. ....                                      | 110       |

|          |                                                                                                                |            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.4      | Resümee der Literaturrecherche .....                                                                           | 111        |
| <b>7</b> | <b>Conclusio und Praxisimplikation (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida und Werner Bernreiter).....</b>         | <b>111</b> |
| 7.1.     | Resümee/Fazit .....                                                                                            | 112        |
| 7.2      | Prognose für die Zukunft der Langzeitpflege in Österreich .....                                                | 115        |
| 7.3      | Empfehlung der Fachexpertin, Hinweise und Rückmeldungen zu den Fragen an Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Maier..... | 117        |
| 7.4      | Innovative Ansätze für die Langzeitpflege der Zukunft .....                                                    | 122        |
| 7.5      | Zitat .....                                                                                                    | 126        |
| <b>8</b> | <b>Verzeichnisse.....</b>                                                                                      | <b>127</b> |
| 8.1      | Literaturverzeichnis .....                                                                                     | 127        |
| 8.1.1    | Literatur allgemein .....                                                                                      | 127        |
| 8.1.2    | Literatur nach PRISMA.....                                                                                     | 131        |
| 8.2      | Online-Literatur .....                                                                                         | 136        |
| 8.3      | Abbildungsverzeichnis.....                                                                                     | 141        |
| 8.3.1    | Tabellen .....                                                                                                 | 141        |
| 8.3.2    | Grafiken.....                                                                                                  | 145        |
| 8.4      | Abkürzungsverzeichnis.....                                                                                     | 147        |
|          | Anhang/ Postskriptum .....                                                                                     | 149        |

# 1 Hintergrund und Erläuterungen zur Forschungsfrage

(VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida)

Das folgende Kapitel 1 beschreibt die Bedeutung und Eingrenzung des von uns gewählten Themas, erläutert den Aufbau der Arbeit und beschreibt die Zielsetzung der Forschungsfrage. In der Beschreibung und Erläuterung der Schlüsselwörter versuchen wir mittels Transparenz der Begriffe eine Verbindung zu den Inhalten unserer Arbeit herzustellen.

## ***1.1 Bedeutung und Eingrenzung des Themas***

Um langfristig stationäre Pflege in Österreich zu sichern ist es nötig, Finanzierungsmöglichkeiten für Österreich zu finden, sowie Konzepte die umsetzbar bzw. finanziell leistbar sind. Die Qualität der Pflege sollte darunter nicht leiden, genauso wie es nicht im Sinne eines Sozialstaates sein kann, eine Zwei- Klassen Pflegeversorgung für ältere Menschen zu forcieren. Durch bekannte Studien wie z.B. die Hochaltrigenstudie, nehmen wir an, dass es in den nächsten Jahrzehnten immer mehr Menschen 85 plus in beiden Ländern (Dänemark und Österreich) geben wird, die neue Anforderungen an Pflege und Betreuung stellen werden. Ebenso wird es zu einer zunehmenden Belastung der familiären Betreuung im häuslichen Milieu kommen. Hier werden neue innovative Konzepte und neue Wege der ressourcenfördernden stationären Pflege gefragt sein. Ein wesentlicher Aspekt ist die finanzielle Absicherung dieser neuen Konzepte in der pflegerischen Langzeitversorgung. Im Vergleich vorhandener Studien zu bereits gelebten Langzeitpflegekonzepten, z.B. die SeneCura in Österreich, sind uns auch die Langzeitpflegekonzepte der stationären Pflege in Dänemark wichtig. Wir vermuten, dass sich die Langzeitpflege in Dänemark auch aufgrund der demografischen Entwicklungen im Lande, anders entwickeln wird als in Österreich. In Vorabrecherchen stellen derzeit auch die curricularen Entwicklungen der Pflegeberufe in Dänemark und Österreich eine große Herausforderung für die Betreiber stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen in beiden Ländern dar. Insbesondere die Berufsgruppen der Fachsozialbetreuungsberufe in der spezifischen Ausbildung in der Altenarbeit stehen vor der Herausforderung eines qualitativ anspruchsvollen, erhöhten Betreuungsbedarfs in den Langzeitpflegeeinrichtungen. Die

Geschichte der Pflegeberufe in beiden Ländern gibt interessante Aufschlüsse über die Möglichkeiten neuer innovativer Ansätze und den Einsatz der spezifisch dafür ausgebildeten Berufsgruppen. Recherchen zur Nachhaltigkeit pflegerischer Interventionen innerhalb der sozialen Strategieentwicklungen werden ebenfalls ein wichtiges Thema dieser Arbeit sein.

## ***1.2 Aufbau der Arbeit***

Die Arbeit gliedert sich neben der Einleitung und dem Schlussteil in sieben Hauptkapitel.

In **Kapitel 1** erfolgen allgemeine Erläuterungen zur Arbeit, sowie die Bedeutung und die Eingrenzung des Themas. Auch werden in diesem Kapitel der persönliche Zugang der Autoren zum Thema und die Zielsetzung in der Forschungsfrage näher beschrieben. Es erfolgen Erläuterungen zur Methodik und die Beschreibung der Schlüsselwörter in dieser Arbeit.

In **Kapitel 2** werden Informationen zum geschichtlichen und- sozialen Hintergrund der Pflege in Österreich und Dänemark bearbeitet, zudem erfolgen Beschreibungen des skandinavischen Modells und des korporatistischen Modells nach Esping-Anderson. Die Beschreibung der Ist- Situation der Langzeitpflege in diesen Ländern nimmt in diesem Kapitel den Hauptteil ein und folgend auch der Vergleich der Ist-Situation innerhalb der Länder.

Das **Kapitel 3** befasst sich mit dem Thema der demografischen Entwicklung, der zunehmenden Anzahl alter Menschen und den Aspekten des zu erwartenden steigendem Pflegebedarfs in Österreich und Dänemark. In diesem Kapitel werden ebenfalls Vergleiche gezogen, sowie die Unterschiede in der zu erwartenden Entwicklung für beide Länder herausgearbeitet.

**Kapitel 4** beinhaltet die derzeitigen und die statistisch zu erwartenden Kosten der Langzeitpflege allgemein und speziell für den erhöhten Pflegebedarf in der stationären Langzeitpflege beider Länder, aber auch aktuelle Trends, innovative Finanzierungsmöglichkeiten und Entwicklungen werden in diesem Kapitel angesprochen.

Das **Kapitel 5** beschreibt die bedarfsorientierte Entwicklung der Pflege- und Betreuungsberufe in Dänemark und Österreich. Am Beispiel neuer Berufsfelder wird in diesem Kapitel auch Bezug auf den geschichtlichen Hintergrund der Pflegeberufe genommen und dieser entsprechend der Entwicklung in beiden Ländern mit den Herausforderungen der Pflegezukunft verknüpft.

In **Kapitel 6**, dem empirischen Teil der Arbeit, werden die Zielsetzung, der Zugang zur Methode, sowie die Methode selbst näher erläutert. Das Forschungsdesign und die statistische Aufbereitung und Auswertung der Daten in Form des Exzerpts erfolgt ebenfalls in diesem Kapitel.

Das **Kapitel 7**, die Conclusio und Praxisimplikation resümieren die Arbeit und zeigen Voraussetzungen versus Umsetzungsmöglichkeiten für die Zukunft auf. Hier befinden sich dann auch die Auswertungen aus dem Kapitel 6.

### ***1.3 Persönlicher Zugang zum Thema***

Durch das Seminar im ULG „Gerontologie und soziale Innovation“ im SS 2015 „Systeme der Pflegeversorgung für Ältere“ und die intensive Vorarbeit der beiden Autoren Werner Bernreiter und Evelyn Agnes von Nida bei Fr. Dr. Trukeschitz zu diesem Thema wurde von den Autoren überlegt, dieses Thema für die Masterarbeit im ULG „Gerontologie und soziale Innovation“ zu erforschen. Innovation und Finanzierung der Pflege stehen aufgrund der Zunahme älterer Menschen in Österreich auf der Liste der „Top 10“ der anstehenden Aufgaben des Sozialstaates. In den Medien werden seit Jahren Sozialkonzepte als mögliche Vorbilder diskutiert. Viele Länder, darunter auch Österreich, sind auf der Suche nach bezahlbaren Systemen zur professionellen pflegerischen Versorgung von älteren Menschen in der Langzeitpflege. Diese sollten wenn möglich modern, innovativ und finanziell leistbar sein. Wir sehen unseren Auftrag in der Erarbeitung dieser Masterthesis darin, in Form einer Literaturrecherche mit Unterstützung durch das PRISMA-Modell, die uns zur Verfügung stehenden Daten und Fakten miteinander zu vergleichen und zu resümieren. Eine Eingrenzung wird die Erarbeitung durch den Vergleich von einem nordischen Land, nämlich Dänemark, mit Österreich erfahren. Zwar

haben auch andere skandinavische Länder den skandinavischen Weg beschritten, doch wir möchten uns gezielt die Entwicklung des von uns gewählten Landes Dänemark ansehen und untersuchen, ob dieser Weg in Hinblick eines innovativen Ansatzes, Lösungsansätze für die Pflege der Zukunft in Österreich bieten könnte. Wir werden den Ist- Zustand dieser beiden Länder bezüglich der Versorgungsangebote für ältere Menschen 85 plus ansehen und Zukunftstrends untersuchen, besonders im Sinne von Finanzierungsmöglichkeiten und Bedarfserhebungen für die Langzeitpflege. In der vorab gesichteten Literatur waren für uns die Ausführungen von Cornelia Heintze (2012) sehr hilfreich. Sie hat sich konkret mit dem skandinavischen Weg auseinandergesetzt und uns neue Blickwinkel auf Skandinavien ermöglicht. Aber auch andere Autoren, wie Kai Leichsenring (2014) und Johannes Wallner vom Dachverband österreichischer Pflegeheime haben sich mit den Strukturen von Pflege- und Betreuung in Österreich befasst. In der Conclusio und Praxisimplikation im Kapitel 7 möchten wir uns daher einem möglichen innovativen Ansatz für Österreich widmen. Was sollte künftig bei der Planung und Gestaltung von pflegerischer Langzeitversorgung beachtet werden und welche nachhaltig wirkenden Konzepte wären möglich?

## ***1.4 Zielsetzung und Methodik***

Die Zielsetzung dieser Masterthesis ist, einen Vergleich der Pflegeversorgung älterer Menschen im Alter 85 plus in der stationären Langzeitpflege in Dänemark und Österreich herzustellen, um Unterschiede in den geschichtlichen und demografischen Gegebenheiten besonders im Hinblick auf die zunehmende Hochaltrigkeit herauszuarbeiten. Wichtig sind dabei die Gestaltungsmöglichkeiten der stationären pflegerischen Versorgung unter dem Aspekt möglicher innovativer Konzepte für die Zukunft. Unser Anliegen ist es, über den derzeitigen Ist- Zustand der stationären Versorgungsstrukturen in beiden Ländern bedarfs- und bedürfnisorientierte Lösungsansätze zu finden, die es Menschen auch in Zukunft ermöglichen unter der Hinzunahme von professioneller Pflege- und Betreuung optimal versorgt zu werden. Unsere Forschungsfrage hinterfragt die Unterschiede der derzeit gelebten Sozialmodelle in den Ländern Österreich und Dänemark, aber auch die zu erwartenden Handlungsfelder im pflegerischen, sowie im sozialpolitischen Bereich. Fragen zur weiteren Finanzierbarkeit der derzeitigen Modelle sollen Rückschlüsse auf die

unterschiedlich gelebten Modelle geben, aber auch Zukunftsperspektiven näher beleuchten. Im Gespräch mit einer Expertin möchten wir über unsere Forschungsfrage klären, ob das skandinavische Modell ein Modell der Zukunftsperspektive auch für Österreich werden könnte bzw. ob Österreich in seiner derzeit gelebten Langzeitpflege-Versorgungsstruktur/Kultur Möglichkeiten hätte, weitere Finanzierungen anhand innovativer Pflegekonzepte zu forcieren. Hauptaugenmerk liegt hier in den künftigen Handlungsfeldern in Zeiten der Hochaltrigkeit. Unsere Forschungsfrage: **„Zukünftige Herausforderungen der stationären Langzeitpflege 85 plus – ein Vergleich zwischen Dänemark und Österreich" Eine Analyse des Ist- Zustandes für den stationären Bereich an Beispielen der vorliegenden Statistiken aus Österreich und Dänemark für die zu erwartenden Handlungsfelder der Zukunft** wird als Literaturrecherche mit dem PRISMA-Modell bearbeitet. Das PRISMA-Modell ist ein Modell, in dem in einem Exzerpt systematisch relevante Daten nach Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt werden und in die Praxisimplikation bzw. in die Conclusio einfließen. Die statistischen Daten dienen in diesem Fall dazu, die Ergebnisse zu analysieren und gegenüber zu stellen. Das Modell ist kein Qualitätsbewertungsinstrument, versucht aber über Transparenz die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit zu verdeutlichen.

## **1.5 Literaturrecherche und Forschungsliteratur**

Die in der vorliegenden Arbeit verwendete Literatur dient zur Interpretation und zum Vergleich unseres gewählten Themas und soll durch Inhalte aus den von uns zu Recherchen herangezogenen Büchern, Fachartikeln und Internetdokumenten die schon vorhandenen Ergebnisse unterstützen und untermauern, sowie für uns als Autoren neue Sichtweisen auf das Thema ermöglichen.

- **Backes, M. Gertrud & Clemens, Wolfgang** (2013, S. 77-327) beschreiben in „Lebensphase Alter“ eine Einführung in die sozialwissenschaftlicher Altersforschung, sozialgerontologische, soziologische und soziologisch-theoretische Konzepte, sowie empirische Ergebnisse zur Lebensphase Alter. Wesentliche Informationen zur Demografie und zu verändertem Pflegegeschehen, sowie sozialrechtlichen Änderungen sollen in der vorliegenden Thesis aufgegriffen

und bearbeitet werden. Ein Hauptaspekt beschreibt das von uns gewählte Thema der sozialen Unterstützung im Alter und beschäftigt sich mit formellen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten.

- **Heintze Cornelia** (2012, S. 5-45) zieht im WISO Diskurs: „Auf der Highroad, der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem“ einen Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Der Diskurs beinhaltet Ausführungen zu Pflegesystemen, dem Pflegebegriff und der Leistungserbringung durch die Kommunen im speziellen Fall für Dänemark. Es ergeben Hinweise zu Trägerstrukturen, formeller Pflege- und Beschäftigungspfade zwischen „High Road“ und „Low Road“ Ebenso werden Informationen zur Bedeutung der öffentlichen Finanzierung und privater Trägerstrukturen versus kommunaler Pflichtaufgaben geliefert.
- **Schmid Josef** (2010, S. 121-147) gibt in Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, Auskunft über die soziale Sicherung in Europa, über Organisation, Finanzierung, Leistungen und daraus resultierende Probleme. Es werden ein historischer Abriss, politische Charakteristika und Gestaltungsprinzipien des Wohlfahrtsstaates, aber auch Hintergrundinformationen zu aktuellen Problemen, innovativen Perspektiven und möglichen Entwicklungen dargelegt.
- **Leichsenring Kai** (2014, S. 3-21) versucht in seinem Artikel „Langzeitpflege und -betreuung in Europa“ Herausforderungen, politische Strategien und Praxisbeispiele speziell für den Bereich der Langzeitpflege in Europa darzulegen. Er beschreibt Marktmechanismen und politische Steuerungsmechanismen für Angebote und Nachfrage. Spezielle innovative Ansätze für Langzeitpflege- und -betreuung erfordern neue Führungskonzepte und neue Trends im Qualitätsmanagement. Auch Zukunftsperspektiven und die Rolle der EU werden nach seiner Meinung von zunehmender Bedeutung.
- **Die Broschüre der AK Österreich** (2014, S. 1-15) setzt sich mit der Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich im Vergleich mit skandinavischen Ländern auseinander. Es erfolgen eine Analyse des Status-quo und zehn Forderungen für eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung der Zukunft in Österreich.
- **Heitzmann, Karin & Österle, August** (2008, o.S.) beschreiben in ihrem Artikel „Das europäische Wohlfahrtssystem“ von Schubert Klaus, Hegelich Simon, Bazant Ursula (Hrsg.) lange Traditionen und neue Herausforderungen für das

österreichische Wohlfahrtssystem. Hinweise zur Problematik der öffentlichen Unterstützung in der Langzeitpflege im Vergleich zum Gesundheitswesen erfolgen ebenso wie Erläuterungen zur Einführung umfassender Reformen des Langzeitpflegesystems unter dem zentralen Aspekt der universell gestalteten Pflegegeldleistung. Die prekäre Lage von informellen Betreuungspersonen wird insbesondere durch die fehlende soziale Absicherung und mangelnde Integration in den Arbeitsmarkt beschrieben. Die Autoren weisen darauf hin, dass Frauen über 80% der Betreuung von Angehörigen im informellen Sektor sicherstellen.

- **Höpflinger Francois** (2014, S. 1-15, [www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf](http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf)) beschreibt in seinem Artikel „Sozialbeziehungen im Alter-Entwicklungen und Problemfelder“ insbesondere „gute“ soziale Beziehungen, familiäre Solidarität und Unterstützung, aber auch Einsamkeit im Alter. Er verdeutlicht die soziale Isolation im hohen Lebensalter, die auch ein gewollter Rückzug sein kann. Als Unterstützungspersonen im hohen Alter können mehrdimensionale soziale Netzwerke unterschiedliche kulturelle, soziale und psychologische Merkmale aufweisen. Freundschaften haben einen anderen Charakter als Eltern-Kind Beziehungen, die Beziehung zum Ehepartner unterscheidet sich wiederum im Verhältnis zu den Geschwistern. Es gibt zudem noch frei wählbare und frei gewählte Beziehungen, unter denen sich sehr oft nachbarschaftliche Beziehungen finden. Die Zugehörigkeit zu einer gleichen Altersgruppe ist laut Höpflinger ebenso von großer Bedeutung.

Die von uns gewählte exemplarischen Basisliteratur beschreibt die vermuteten Herausforderungen für die Sozialpolitik beider Länder, sowie Schwierigkeiten von Bedarfs- und Strukturanalysen in der Umsetzung von pflegepolitischen Themen an der Basis. Weitere Literatur wird in den folgenden Kapiteln näher erläutert und dient der Begründung und Beantwortung der von uns gestellten hypothetischen Frage.

## 1.6 Erläuterung der Schlüsselwörter

### Skandinavisches Modell

- Unter einem Wohlfahrtsstaatsmodell wird verstanden, dass allen anspruchsberechtigten Einwohnerinnen und Einwohnern die gleichen staatlichen Leistungen zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von deren Einkommen oder Stellung am Arbeitsmarkt. Dieses Modell, mitunter auch als schwedisches oder sozialdemokratisches Modell bezeichnet, wird manchmal unterschieden vom (liberalen) anglo-amerikanischen Wirtschaftsmodell und dem (konservativ-korporatistischen) europäischen Wirtschaftsmodell beeinflusst, etwa vom deutschen Modell der Sozialversicherungen. (vgl. <http://de.euabc.com/word/818>)
- Das skandinavische Modell orientiert sich an der Gleichheit der Geschlechter und folglich an der gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsmarkt sowie der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsarbeit. Maßnahmen hierfür sind gut ausgebauter außerfamiliärer Kinderbetreuung, großzügige Familienleistungen und spezielle Erziehungszeiten für Väter. Das skandinavische System setzt an Rechten und Möglichkeiten von Individuen an, der Familie und Verwandtschaft. Der nachbarschaftlichen Orientierung kommt jedoch eine zentrale Bedeutung zu. (vgl. [http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift\\_beziehungsweise/detail/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=331&cHash=e49b7d51469715a4f8e2cb144c486539](http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=331&cHash=e49b7d51469715a4f8e2cb144c486539))
- Das skandinavische Modell ist: „ein breit angelegter sozialer Kompromiss“. Das erste Problem für einen vergleichenden Ansatz, der auf die Unterstützung des skandinavischen Modells abzielt, ist die Reduzierung der skandinavischen Sozialpolitik auf die Welt der Arbeit. Analysen aus dem kontinentalen Europa betonen die Ähnlichkeiten des skandinavischen und kontinentalen Arbeitsmarktes, ohne dabei jedoch die Tatsache zu berücksichtigen, dass die integrationistische Dimension der sozialen Kompromisse in Bezug auf die Staatsangehörigkeit besteht. Das ermöglicht die Entstehung von Rechten auf einer der Arbeitswelt vorgelagerten Ebene. (vgl. <http://www.transform-network.net/de/jahrbuch/zeitschrift-032008/news/detail/Journal/the-scandinavian-model-and-the-labour-market.html>)

## Wohlfahrtsstaat

- Laut Gabler Wirtschaftslexikon entstand der Wohlfahrtsstaat parallel zum Sozialstaat - als Grundmodell der Sozialpolitik moderner Wettbewerbsgesellschaften in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern. In ihm genießt die staatliche Verantwortung Vorrang für die Gewährleistung grundlegender Menschenrechte („sozialer Grundrechte“) und für die Daseinsvorsorge seiner EinwohnerInnen bei der grundsätzlichen Ausgestaltung der Sozialpolitik, vor der individuellen Eigenvorsorge. (vgl. Sozialpolitik in der Marktwirtschaft, Theorie der Sozialpolitik, Beveridge-Plan, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/338/wohlfahrtsstaat-v12.html>)
- Laut Brandstätter Verlag im Buch „Der Unwohlfahrtsstaat“ kostet der österreichische Wohlfahrtsstaat immer mehr, seine Leistungen nehmen seit Jahren aber kontinuierlich ab. In den kommenden 20 Jahren steht das System vor einer nahezu unlösbaren Herausforderung: Der Staat steht unter starkem Druck, seine Ausgaben zu senken, gleichzeitig erreichen mit der Babyboomer-Generation hunderttausende Menschen mehr als im Schnitt vergangener Jahrzehnte das Pensionsalter, überdies in Kombination mit wachsender Lebenserwartung. Gleichzeitig sinkt durch geburtenschwache Jahrgänge die Zahl der Erwerbsfähigen und selbst für diese sind die Aussichten auf Jobs durch die rasante Veränderung der Arbeitswelt und angesichts schwachen Wirtschaftswachstums eher düster. Die digitale Revolution macht viel mehr Arbeitsplätze überflüssig, als sie neue schafft. Massenhaft prekäre Arbeitsverhältnisse statt Fulltime-Jobs reduzieren die Beitragsleistungen für den Sozialstaat und damit gleichzeitig die Pensionen der jetzt beruflich Aktiven. Altersarmut und soziale Diskriminierung wird vor allem für Frauen zur realen Bedrohung. (vgl. <https://www.brandstaetterverlag.com/buch/der-unwohlfahrtsstaat>)
- Heitzmann & Österle (2008) orten die Wurzeln des modernen österreichischen Wohlfahrtsstaates in den 80er Jahren des 19. Jahrhundert. Durch eine an Einfluss gewinnende Arbeiterbewegung, als Beispiel die Einführung einer Sozialversicherung unter Bismarck, implementierte unter anderem auch Österreich erste Bausteine einer Unfall- und Krankenversicherung. Meilensteine dieser ersten Implementierung sind auch heute noch wirksam wie z.B. die Verknüpfung der Beschäftigungsdauer, oder die Ausgestaltung der Pflichtversicherung. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es allgemein ein Überdenken der bestehenden Wohlfahrtssysteme in den europäischen Ländern. Viele Staaten begannen sich am „Beveridge Report“ zu orientieren. Das Ziel: Die wohlfahrtsstaatlichen Leistungen,

verstehen sich als soziale Bürgerrechte. (vgl. Heitzmann Karin, Österle August, 2008, o.S. in Schubert Klaus, Hegelich Simon, Bazant Ursula (Hrsg.) Europäische Wohlfahrtssysteme, 2008)

### **Langzeitpflege**

- Die OECD (2008) beschreibt „Long-term Care“ wie folgt: „Langzeitpflege beinhaltet eine Reihe von Dienstleistungen für Personen mit körperlichen oder kognitiven Funktionseinschränkungen, die über einen längeren Zeitraum Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Zu diesen Verrichtungen zählen Baden, Anziehen, Essen, Hilfe beim Hinlegen/Hinsetzen und Aufstehen in und aus dem Bett und Sessel, Hin und Hergehen sowie der Benutzung des Badezimmers. Oft gehen damit medizinische und pflegerische Grundleistungen einher, wie Unterstützung bei der Wundversorgung, Schmerzmanagement, medikamentöse Versorgung, Gesundheits-Monitoring, Prävention, rehabilitative Leistungen oder palliative Dienste. Langzeitpflege beinhaltet auch niedrigschwellige Unterstützung bei Alltagsaktivitäten, wie Hilfe bei der Hausarbeit, Essenszubereitung, Einkäufe und Mobilität. Langzeitpflege kann in Institutionen oder in der häuslichen Umgebung erbracht werden.“ (Zitat OECD, 2008, in Langzeitpflege in der EU, o. S.)
- Das Pflegelexikon (2001) versteht unter „Langzeitbetreuung“ eine medizinische, pflegerische und soziale Betreuung des Menschen über einen längeren Zeitraum speziell durch ÄrztInnen bzw. anderes professionelles Gesundheitspersonal zu prophylaktischen, therapeutischen oder metaphylaktischen Zwecken, um PatientInnen, BewohnerInnen, KundInnen zu begleiten. Im Gegensatz dazu und darüber hinaus wird unter einer „Langzeitbehandlung“ Gesundheitserziehung, Beratung in allen Lebensbereichen, einschließlich eventueller Rehabilitationen verstanden. (vgl. Georg Jürgen, Frohwein Michael Hrsg., 2001, Pflegelexikon, 2. unveränderte Auflage, Verlag Hans Huber, S. 500)
- Laut dem interdisziplinären Glossar für Geriatrie und Gerontologie (2009) wird unter dem Begriff der Langzeitpflege die zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung von Menschen unabhängig von einer spezifischen Erkrankung erfasst. Der Ausdruck bezieht sich vorrangig auf stationäre Pflegeeinrichtungen, z.B. Geriatriezentren und Pflegeheime, und dient der Abgrenzung zu Angeboten der Akutversorgung (z.B. Krankenhäusern), sowie mobilen Diensten (z.B.

Hauskrankenpflege). (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“, 2009, S. 40)

### **Pflegekosten**

- Laut der AK Wien liegen die Ausgaben Österreichs im OECD- Vergleich im Mittelfeld. Der Aufwand für die Pflege ( Geld und Sachleistungen) betrug 2012 rund 4,3 Milliarden Euro. Der „Nettoaufwand“ für Pflege und Betreuungsdienste betrug 2012 laut Statistik Austria abzüglich privater Kostenbeiträge, Regresse und sonstiger Einnahmen, 1,7 Milliarden Euro. Nordische Länder nehmen für die Pflege- und Betreuung deutlich mehr Geld in die Hand. Die Mittel stammen aus allgemeinen Steuereinnahmen. Damit wird die Belastung von Arbeit im Gegensatz zu einer Pflegeversicherung gering gehalten und vermieden, so dass Erwerbstätige nicht die Pflege der gesamten Bevölkerung finanzieren müssen. (AK Wien, Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich, 2014, S. 6)
- „Gesund.Austria“ beschreibt, dass ca. 1.500 bis 3.500 Euro für einen Platz in Österreichs öffentlichen Alten- und Pflegeheimen monatlich aufgebracht werden müssen. In privaten Einrichtungen können die Kosten bis zu 7.000 Euro im Monat betragen. In öffentlichen Alten- und Pflegeheimen sind die Kosten durch Land, Gemeinde, Sozialhilfe bzw. Gemeindeverband oder durch einen ausgegliederten öffentlichen Träger finanziert. Die Unterbringung in Pflegeheimen übersteigt die Höhe der Pension oft bei Weitem. Dieses Finanzloch füllt die Sozialhilfe bei öffentlichen Einrichtungen zwar vorerst auf, holt sich die entstandene Summe aber wieder zurück, zum Beispiel über die Familien der SeniorInnen. In jedem Bundesland ist die Lage anders geregelt. Den HeimbewohnerInnen bleibt ein Taschengeld in der Höhe von 20 % des Einkommens, über das sie verfügen können. (vgl. <http://www.gesund.at/a/altenheime-und-pflegeheime-in-oesterreich>)
- Lausch (2012) bezeichnet Pflegekosten als die Kosten für Pflegevorsorge und das Pflegegeld. Die Pflegevorsorge steht pflegebedürftigen Menschen in Österreich seit 1993 zur Verfügung, um Ihnen den gesetzlichen Anspruch auf Pflegegeld zu sichern. Durch das Pflegegeld werden pflegebedingte Mehraufwendungen in Form eines Beitrages pauschaliert abgegolten, um Pflege und Betreuung zu sichern. Gleichzeitig soll darüber die Autonomie und ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben ermöglicht werden. (vgl. Lausch Andreas P., Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen, 6. Auflage 2012, facultas wuv, S. 42)

## **Pflegepolitik**

- Der Artikel „Die Österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik, Herausforderungen und Handlungsspielräume“ im Forum politischer Bildung (2011) beschreibt Gesundheit als einen der wichtigsten Werte für die Menschen in Österreich. Damit wird Gesundheits- und Pflegepolitik ein zentraler Bereich der gesellschaftlichen Auseinandersetzung. Die medizinischen Entwicklungen und der umfassende Krankenversicherungsschutz haben der österreichischen Bevölkerung im 20. Jahrhundert soziale Absicherung, steigende Lebenserwartung und Lebensqualität gebracht. Ab Beginn des 21. Jahrhunderts sehen sich „reiche“ Länder, darunter Österreich, mit großen Herausforderungen konfrontiert, die politische Weichenstellungen erfordern. Zu nennen sind, die höhere Lebenserwartung, Zunahme chronischer und vermeidbarer Erkrankungen, steigende Ausgaben der Krankenversorgung, sowie Expansion des Gesundheitsmarktes und Globalisierung.

(vgl. [http://www.politischebildung.com/pdfs/34\\_nowak.pdf](http://www.politischebildung.com/pdfs/34_nowak.pdf))

### ***1.7 Zugang zur Forschungsfrage und allgemeine Einleitung zur Ausgangssituation in Österreich und Dänemark***

In Kapitel 1 wurden die Bedeutung und Eingrenzung des Themas beschrieben, der Aufbau der Arbeit wurde näher erläutert, sowie der persönliche Zugang zum Thema und die hypothetische Frage aufbereitet. Eine Auswahl an exemplarischer Basisliteratur zur Untermauerung der Forschungsfrage wurde vorgestellt. Die Zielsetzung und die zu verwendende PRISMA- Methodik wurden näher erläutert, am Ende des Kapitels befinden sich die Beschreibung und Definition der Schlüsselwörter.

Im Kapitel 2 folgen eine allgemeine Einleitung zur Ausgangssituation und geschichtlichen Entwicklung der Länder Österreich und Dänemark. Die Begriffe Wohlfahrtsstaat, skandinavisches Modell und korporatistisches Modell werden nochmals aus anderer Sicht definiert und im Kontext eingebunden. Es folgen Informationen zum geschichtlichen sozialen Hintergrund der Länder Österreich und Dänemark. Die IST-Situation der stationären Langzeitpflege in Österreich und Dänemark wird im Kapitel 2 näher beschrieben, sowie eine Zusammenfassung der IST-Situation der stationären Langzeitpflege allgemein gegeben. In der Zusammenfassung des Kapitels ergeben sich

erste Handlungsfelder für die Langzeitpflege, die dann im Kapitel 7 nochmals aufgegriffen und verknüpft werden.

## **2 Ausgangs- und Ist-Situation (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida)**

Das Kapitel 2 befasst sich ausführlich mit dem geschichtlichen, sozialen und pflegerischen Hintergrund, sowie mit der Entwicklung des Pflegeberufes in den Ländern Österreich und Dänemark. Hauptaugenmerk liegt hier auf der Ausgangssituation. Das skandinavische Modell wird mit dem korporatistischen Modell verglichen und die Unterschiede werden herausgearbeitet. Erste Aussagen zur Pflegepolitik im Vergleich der beiden Länder sollen Aufschluss über sozialpolitische Strömungen und Richtungen geben, die in den beiden Ländern im Bereich der stationären Langzeitpflege auszumachen sind. Zusammenfassend wird in diesem Kapitel ein erstes Resümee zur Ist- Situation erhoben.

### ***2.1 Allgemeine Einleitung zur Geschichte der sozialen, pflegerischen und staatlichen Entwicklung in Österreich und Dänemark***

Heitzmann & Österle (2008) sehen die europäischen Wohlfahrtsstaaten vor großen sozialen, ökonomischen und politischen Herausforderungen. Österreich wird als großzügig dimensioniert beschrieben, es steht an sechster Stelle bei den Sozialausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt, in absoluten Zahlen gemessen wird die vierte Stelle bei Kaufkraftparitäten pro Kopf erreicht. Dieses hohe Ausgabenniveau führt unweigerlich zum Kern vieler Debatten der Zukunft des österreichischen Wohlfahrtsstaates. Die Rolle von öffentlichen und privaten Trägern in der Wohlfahrtsproduktion verdeutlicht aus der Entstehungsgeschichte heraus die Entwicklung und Charakteristika der Prioritäten der Wohlfahrtsstaatlichkeit. (vgl. Heitzmann, Österle, 2008, o. S.) Dänemark hingegen hat laut Leichsenring (2014) auf dem Weg zur Anerkennung von Pflege- und Betreuungsbedarf als soziales Risiko durch den Bedarf entsprechender Ressourcen und Organisationsformen schon eine lange Wegstrecke zurückgelegt. 1986 ist ein Gesetz verabschiedet worden, in dem Alten- und Pflegeheime in betreute Wohneinheiten umgewandelt werden sollen. Allerdings warten 2014 rund 12% der stationären Einrichtungen noch auf eine Umgestaltung. Hier ist zu sehen, wie lange es dauert bis gesetzeskonform die Umsetzung

abgeschlossen werden kann. Österreich hingegen hat in den letzten Jahren auf „mehr vom Gleichen“ gesetzt, daher sind Innovationen im Bereich ambulanter und stationärer Pflege und Betreuung eher rar. (vgl. Leichsenring, 2014, S. 6)

### **2.1.1 Der geschichtliche und soziale Hintergrund in Österreich**

Das Sozialministerium (2014) beschreibt Österreich heute als Land, dass eine umfassende Sozialpolitik forciert und ein vielfältiges und dichtes Netz an Sozialleistungen anbietet. Auch sind hier im europäischen Vergleich gut ausgebaute Sozialleistungen vorhanden, die die Auswirkungen der Finanzkrise mit ihren sozialen und ökonomischen Folgen für die Bevölkerung abzufedern versuchen. Gezielte Maßnahmen die soziale Sicherung herstellen sollen, zeigen laut Sozialministerium positive Wirkungen. Die Bereitstellung sozialer Dienstleistungen stellt ebenfalls eine Säule des österreichischen Wohlfahrtsstaates dar, hier im Speziellen die Entwicklung der Sozialausgaben für Alter, Krankheit und soziale Notlagen. (vgl. Sozialministerium, Sozialschutz in Österreich, 2014, S.3.) Geschichtlich gesehen, beschreiben Heitzmann & Österle (2008) die Wurzeln des österreichischen Wohlfahrtsstaates zurückgehend bis in das 19. Jahrhundert. Damals wurden die Pflichtversicherung mit Arbeitseinkommen und Versicherungsleistung verknüpft. Mit Beginn des 20. Jahrhunderts wurden bestehende Versicherungszweige erweitert. Dazu gehörten die Pensionsversicherung und Arbeitslosenversicherung. Aber es wurden auch erste Befürchtungen laut, dass die Systeme finanziell nicht tragbar seien. In der Periode des Ständestaates wurden soziale Leistungen vor allem vom Staat erbracht. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat Österreich das Sozialversicherungssystem, anders als in anderen Staaten in Europa, die sich am Beveridge- Modell orientiert haben, wieder eingesetzt. Bis 1960 wurde das Sozialversicherungssystem als Schutz für ArbeitnehmerInnen verstanden, während erst ab den 1960er Jahren ein Sozialversicherungsschutz für Bauern und Selbständige dazukam. In der Wirtschaftskrise der 1970er war das Thema der Finanzierbarkeit des Wohlfahrtsstaates erstmalig in Debatten und Reformen präsent. Es gab trotzdem Erweiterungen im Bereich der Sozialleistungen wie z.B. die Einführung des Pflegegeldes in den 1990er Jahren. In den vergangenen 15 Jahren wurden Forderungen nach Kostendämpfung und Reformen laut, so wurden z.B. im Bereich der Familien- und Pflegepolitik die Leistungen nicht mehr als Versicherungsleistung organisiert, sondern als universelle Leistung deklariert. Anschaulich wird der Anstieg des BIP in Österreich in der folgenden Grafik dargestellt. Österreich liegt im Vergleich zu anderen Wohlfahrtsstaaten bei den Ausgaben zur sozialen Sicherung mit 28% deutlich über dem Durchschnitt EU-

25. Schweden z.B. mit 33,5% liegt deutlich darüber. Das Baltikum, die Slowakei oder Irland verorten sich laut Eurostat (2006) jeweils unter 20%.

**Tabelle 1: Entwicklung des BIP in Österreich 1980 -2004**

| <b>Österreich</b> | <b>1980</b> | <b>1995</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>BIP</b>        | 26,1 %      | 28,9 %      | 29,5 %      | 29,1 %      |

Quelle: Heitzmann, Österle in Schubert, Hegelich, Bazant (Hrsg.), Der Europäische Wohlfahrtsstaat, 2008, S. 49., eigene Darstellung,

In der vergleichenden Literatur wird Österreich gerne als korporatistisches, konservatives, kontinentales oder Male-Breadwinner Modell charakterisiert. Kennzeichnend für dieses Modell ist die Dominanz der Sozialversicherung die über ein universelles, staatliches Unterstützungsnetz und nachgelagertes Fürsorgenetz begleitet wird. (vgl. Heitzmann K., Österle A., in Schubert K., Hegelich S., Bazant U. (Hrsg.), 2008, S. 48-49). Das österreichische Modell basiert auf einem Subsidiaritätsprinzip, das primär auf das „Solidarsystem Familie“ setzt. Erst danach kommt die staatliche Unterstützung. Um diese Unterstützung zu erhalten, müssen Formalkriterien erfüllt werden. (vgl. <http://fage.vpod.ch/2015/02/10/der-skandinavische-weg-in-eine-gute-langzeitpflege-und-betreuung/>) Nähere Erläuterungen dazu erfolgen noch in diesem Kapitel.

### **2.1.2 Der geschichtliche und soziale Hintergrund in Dänemark**

Dänemark ist nach Esping-Andersen ein „sozialdemokratisches Wohlfahrtsregime“. Laut Heintze (2012) zeichnet sich dieser Typus durch ein umfassendes, wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot aus. Dieses ist auf Egalität ausgerichtet und bietet die Basis für annähernd gleichhohe Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen. Anfang der 1980er Jahre gingen in Dänemark die Geburtenraten massiv zurück, stärker noch als z.B. in Westdeutschland. Nach einem intensiven Ausbau der öffentlichen Betreuungsinfrastruktur für Kinder und Senioren, geht Schildmann in Heintze (2012) davon aus, dass die Geburtenrate in dem Maße wieder steigt, wie es einem Land gelingt, sich von traditionellen Geschlechterrollen zu lösen. (vgl. Schildmann in Heintze 2012, S.7) Im Bereich der Ausgaben für Sozialschutz, in die die Altenpflegesysteme fallen, liegen die skandinavischen Länder an der Spitze. Dänemarks Ausgaben lagen 2011 bei 34,3% des BIP. Der EU-28 Durchschnitt lag 2011 bei 30% und in Ländern in Osteuropa wie z.B.

Polen bei 19,2 %. Diese Ungleichheiten spiegeln Unterschiede in den Lebensstandards wieder. Sie sind jedoch auch ein Zeichen für die Vielfalt der nationalen Sozialschutzsysteme sowie für die speziellen demografischen, wirtschaftlichen, sozialen und institutionellen Strukturen jedes Mitgliedstaates. (vgl. Eurostat Pressemitteilung November 174/2013, o. S.) Gerade der Vergleich der skandinavischen Länder zu anderen Staaten in Europa zeigt, dass ein von öffentlicher Hand getragenes und qualitativ hochwertiges Pflege- und Betreuungssystem – sowohl für Kinder als auch für Betagte – eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen.

Dadurch wird gleichsam eine effektive Gleichstellung der Geschlechter gefördert. Laut WISO Diskurs (2012) kam es von den späten 1960er Jahren bis zur Mitte der 1990er Jahre zu einem Ausbau der Care- Ökonomie in Skandinavien. Auf die Phase des Systemaufbaus folgte eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung mit spezifischen Änderungen bei der Steuerung, der Zulassung privater Anbieter und einem Ausbau von Rechten und Wahlfreiheiten für NutzerInnen. In allen nordischen Ländern liegt die komplette, primäre Leistungserbringung aller Pflege- und Hilfsleistungen bei den Kommunen. Die Leistungen der kommunalen Care- Ökonomie sind am Lebenslauf der Individuen orientiert und unterliegen den Gesetzen für Gesundheitsdienste. In Island existiert zudem eine übergreifende Spezialgesetzgebung für geriatrische, sozialen Angelegenheiten für ältere Menschen. Außer in Finnland gilt für langfristig angelegte Pflegeleistungen der Grundsatz der Kostenfreiheit, Kostenträger sind die Kommunen. Diese entscheiden aber auch über Reichweite und Qualität des Systems. Es gibt eine eigene kommunale Einkommenssteuer und es existiert ein Finanzausgleichssystem das vom Staat geführt wird. (vgl. WISO Diskurs 2012, 12-23, in Bernreiter/von Nida 2015)

### **2.1.3 Der geschichtliche und soziale Hintergrund der Pflegeberufe in Österreich und Dänemark**

Laut Seidl & Steppe (1996) ist die Erfassung der österreichischen Geschichte der Pflegeberufe ein schwieriges Unterfangen, weil man es mit wechselnden territorialen Grenzen der ehemaligen Donaumonarchien zu tun hat. Unter Berücksichtigung der jeweils geltenden politischen und kulturellen Bedingungen ist die Betrachtung der Geschichte der Pflegeberufe nur punktuell möglich. Steppe schreibt die „Geschichtslosigkeit“ des österreichischen Pflegeberufes dem fehlenden Interesse der Berufsangehörigen an ihrer eigenen Geschichte zu. In den Jahren 1781 bis 1933 gab es eine Reihe von Verordnungen

und Reformen für den Pflegeberuf in Österreich. Unter Joseph II. wurde 1781 die Direktivregel zur Errichtung von Spitälern und allgemeinen Versorgungshäusern erlassen. Um PatientInnen entsprechend versorgen zu können wurden 1796 weibliche „Wärterinnen“ im Wiener AKH aufgenommen. 1869 erfolgte eine Reform zur Entlohnung dieser. 1882 wurde die erste Schule für Krankenpflegerinnen im Rudolfinerhaus in Wien gegründet, ab 1889 konnte diese Schule mit einem Diplom abgeschlossen werden. 1910 wurde eine Krankenpflegeschule im Wiener AKH eröffnet, 1914 eine gesetzliche Regelung für die Entwicklung des österreichischen Pflegeberufes geschaffen. 1925 erfolgte die Definitivstellung für das diplomierte Krankenpflegepersonal. Ab 1950 war Österreich sehr bemüht die Pflege nach der Zeit des Nationalsozialismus neu zu positionieren. Durch das Gesundheit- und Krankenpflegegesetz von 1997 wurden die dringend nötigen Voraussetzungen für einen eigen- und mitverantwortlichen Bereich der pflegerischen Berufsgruppen geschaffen. Es wurde das Gesamtversorgungskonzept festgelegt und der Übergang zur pflegewissenschaftlichen Ebene ermöglicht. In allen Novellierungen bis 2006 werden hierüber die Pflichten des gehobenen Dienstes geregelt, mit den Novellierungen 2008/2009 auch die Unterstützung bei der Basisversorgung für Heimhilfen. Seit September 2016 ist die Neuverordnung der Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz gültig. Das Curriculum hierfür ist in Arbeit und es werden die neuen Tätigkeitsfelder der Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz in den derzeitigen Ausbildungsgängen neu geregelt bzw. die bestehenden Berufsbilder der Pflegehilfe adaptiert. Die Berufsbilder FachsozialbetreuerIn und DiplomfachsozialbetreuerIn für Alten- oder Behindertenarbeit haben mit 2010 neue Ausbildungsinhalte erfahren, werden aber in den Verdienstschemen der Länder unterschiedlich anerkannt und honoriert. (vgl. Dorffner, 2001, S.252-254, Seidl/Steppe, 1996, S. 18-96 in von Nida, 2012, S. 30-31)

Heintze (2012) beschreibt im WISO Diskurs das Pflegeverständnis der Pflegekräfte in Dänemark als ein erweitertes, das die Selbständigkeit der Pflegeperson in den Vordergrund rückt. Die Pflegekräfte bieten von der klassischen Pflege über soziale Maßnahmen bis zu pädagogischen und sozialen, sowie physiotherapeutischen Maßnahmen eine ganze Bandbreite von Altenhilfesysteme an. Die Qualität des Pflegepersonals entspricht in Dänemark der generalisierten Pflegeausbildung. Seit Ende der 1970er Jahre wurde die Pflegeausbildung sukzessive akademisiert. Dadurch gewann der Pflegeberuf in Dänemark auch als wissenschaftliche Disziplin an Bedeutung. Die Pflegestandards wurden relativ früh definiert und zur Anwendung gebracht. Medizinische, pflegerische und psychosoziale

Ansätze sollen gleichberechtigt zum Tragen kommen. Die Hilfsleistungen machen den überwiegenden Teil des integrativen Systems von Pflege- und Alltagsunterstützung aus. Es erfolgen regelmäßige Evaluationen der Standards und des Monitorings über spezielle Institutionen auf nationaler Ebene. ( vgl. Heintze, 2012, WISO Diskurs S.22-23) Die WHO (2000) empfahl im Zuge der Umsetzung der Einführung einer neuen Pflegequalifikation in Europa, der „Family Health Nurse“ (FHN), Ziel der FHN ist es, die Pflege im Wohnbereich des Patienten/Bewohners zu übernehmen, unter der Prämisse, die Familie als Zielgruppe zu haben. Die Zielausrichtung heißt „gesunde Familie“ und schließt auch präventive Maßnahmen mit ein. Die Ausbildung baut auf vorherigen Ausbildungen in der Pflege, wie der Ausbildung zur Krankenschwester, Heimkrankenschwester, Gesundheitspflegerin oder Konsultationsschwester auf. In Dänemark fehlte bis dahin der gemeindebezogene Ansatz, durch die Änderung der Berufsbezeichnung wurde dieses neue Berufsbild als „Familienkrankenschwester“ eingeordnet und vom Dänischen Gesundheitsrat (DSR) definiert und an bestehende Strukturen angepasst. Die Weiterbildung zur Familienkrankenschwester soll auch weiterhin nach Ende des Pilotprojektes angeboten und das Curriculum an bestehende Bedarfsstrukturen im nationalen Gesundheitssystem angepasst werden. (vgl. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/category/pdf/0803-Seitz.pdf>, online im Internet Zugriff am 04.12.2016)

Die Unterschiede zwischen Österreich und Dänemark werden auf Grund der geschichtlichen Entwicklung der Pflegeberufe sehr deutlich bzw. hängen wie aus der nachfolgenden Zusammenfassung ersichtlich, von politischen und sozialen Entwicklungen im Land ab. In der nachfolgenden Tabelle werden die Länder Österreich und Dänemark in der Ist-Situation der Pflegeberufe zusammenfassend verglichen.

**Tabelle 2: Vergleich Ist-Situation der Pflegeberufe in beiden Ländern**

| <b>Entwicklung der Pflegeberufe</b>                      | <b>Österreich</b>                                                                                                                                                                             | <b>Dänemark</b>                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Geschichte des Pflegeberufes</b>                      | Von 1781 bis 1933 sind Verordnungen und Reformen die Basis für den Pflegeberuf                                                                                                                | 1953 erfolgt eine Änderung der Gesetze für die skandinavischen Länder, es folgen erste Berufsgesetze und Pflegeleitbilder, sowie strukturierte Maßnahmenplanungen |
| <b>Spezielle Verordnungen für die Berufsausbildung</b>   | 1925 erfolgt in Österreich die Definitivstellung für das diplomierte Krankenpflegepersonal.                                                                                                   | Ab 1970er Jahre findet die sukzessive Akademisierung der Pflege statt                                                                                             |
| <b>Gesetzliche Regelungen</b>                            | 1997 Gesundheits-und Krankenpflegegesetz, danach Neuauflagen, letzte Änderung 2006                                                                                                            | Generalisierte Pflegeausbildung für ganz Dänemark                                                                                                                 |
| <b>Gesetzliche Weiterentwicklungen und Erweiterungen</b> | Novellierungen 2008/2009 UBV für Heimhilfen, seit 2004 Pflegewissenschaft in Österreich an Uni und FH) sowie Akademisierung des gehobenen Dienstes DGKP, ab 2016 Berufsgruppen neu PA und PFA | 2003 FHN (Family Health Nurse) als neue Berufsgruppe, Projektland Dänemark, Anpassung an Strukturen durch den Dänischen Gesundheitsrat (DSR)                      |

Quelle: Dorffner , 2001, S. 252-254 in von Nida, 2012, S.27, Heintze, 2012, WISO Diskurs S.22-23, eigene Darstellung

## 2.2 *Das skandinavische Modell im Vergleich mit dem korporatistischen Modell*

### 2.2.1 Der Begriff der Wohlfahrtsstaatlichkeit

Der Begriff der Wohlfahrtsstaatlichkeit hat über die Jahre viele Prägungen erhalten. In einer sehr kurzen und einfachen Version beschreibt Wikipedia, dass man unter einem Wohlfahrtsstaat eine Abdeckung der Grundbedürfnisse des Menschen und das Einsetzen weitreichender Maßnahmen zur Steigerung des sozialen, materiellen und kulturellen Wohlergehens seiner Bürger zur Erreichung eines gewissen Lebensstandards innerhalb einer Gesellschaftsform versteht. Die Instanzen der Wohlfahrtsproduktion beziehen sich auf die drei Säulen Familie, Markt und Staat. Der Begriff Wohlfahrtsstaat kann *nicht* mit dem Begriff Sozialstaat gleichgesetzt werden. (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Wohlfahrtsstaat>)

Kaufmann (1997) definiert den Begriffes wie folgt, „Will man die wohlfahrtsstaatlichen von anderen idealtypischen Formen industrieller Gesellschaften- insbesondere der liberalen und der sozialistischen Gesellschaftsform unterscheiden, so können wir sie als institutionelle Verknüpfung zwischen einem ausdifferenzierten, privat kapitalistischem Wirtschaftssystem, einem demokratischen Wohlfahrtsverantwortung übernehmendes Staatwesen und einem von beiden zu unterscheidenden staatlich reguliertem Wohlfahrtssektor kennzeichnen“.

(vgl. Kaufmann, 1997, S. 24, <http://eswf.uni-koeln.de/lehre/08/1wohlfahrt/ss080101.pdf>)

Das Forschungsnetzwerk beschreibt den Begriff über Inhalte und organisatorische Gestaltungsprinzipien. Laut Esping-Andersen (1990) handelt es sich in Österreich um eine sozialstaatliche, konservativ-korporatistische Prägung, die wesentlich durch inhaltliche Gestaltungsprinzipien in der Zweiten Republik geprägt wurden und von durchgängig weitreichenden politischen Konsequenzen begleitet wurde. **Erstens** die Anbindung der sozialen Sicherung an Erwerbstätigkeit, Voraussetzungen, um Leistungen aus der Sozialversicherung zu erhalten. **Zweitens** die Dominanz der Äquivalenzprinzipien und Lebensstandardsicherung. Darunter ist zu verstehen, dass das System materieller Sicherung Einkommensungleichheiten und unterschiedliche Dauer von Arbeitsbiografie reproduziert, was wiederum zu ökonomischer und sozialer Ungleichheit führt. **Drittens** die Subsidiarität staatlicher Hilfe im Sinne von staatlicher Hilfsleistung im Falle individueller Notlagen, die durch die Fürsorge oder Sozialhilfepolitik organisiert werden. **Viertens** der Schutz der Lohnabhängigen im Produktionsprozess. Hier liegt der Schutzgedanke ab 1945 zugrunde der eine Grundlage für die Regulierung der Arbeitsbedingungen und

Arbeitsbeziehungen bildet. Unter der ökonomischen Bedingtheit der wohlfahrtsstaatlichen Expansion und ökonomischen Funktion der sozialen Absicherung werden die wohlfahrtsstaatliche Regulierung des Erhalts von Arbeitsfähigkeit und die Stabilisierung der Rollen am Arbeitsmarkt verstanden. Alle zusammen ergeben Säulen der Wohlfahrtsstaatlichkeit.

(vgl. [http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Der\\_oesterreichische\\_Wohlfahrtsstaat.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Der_oesterreichische_Wohlfahrtsstaat.pdf))

Bei den beschriebenen Säulen der Wohlfahrtsstaatlichkeit handelt es sich zusammenfassend um Sicherung und Förderung von Beschäftigung, Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, sozialen Schutz auch in Notlagen, hohes Beschäftigungsniveau und Bekämpfung von Diskriminierung, sowie dem Schutz des Alters und der Familien. Das sind auch die Ziele die in der Sozialpolitik der Europäischen Union propagiert werden. (vgl. Althammer, 2014, S. 14)

### **2.2.2 Das skandinavischen Modell**

Das skandinavische Modell basiert auf der formellen Pflege. Statt dabei auf die Verantwortung der Familie zu setzen, wird dieses System hauptsächlich durch öffentliche Finanzmittel bezahlt und erreicht einen hohen Grad an Professionalisierung. Die Qualifikation der Pflegekräfte wurde in den letzten 40 Jahren akademisiert und es besteht eine generalisierte Pflegeausbildung. Somit werden eine hohe Qualität und der nötige Personalbestand in der Pflege gewährleistet. Das schwedische Modell (auch skandinavisches Modell oder nordisches Modell) ist ein Sammelbegriff für die ähnliche Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Sozialpolitik der nordischen Länder Dänemark, Norwegen, Finnland, Island und Schweden. Es bildet dort als politisches Konzept die Grundlage der Wohlfahrtsstaaten. Das schwedische Sozialsystem erfasst schließlich alle, vom Kleinkind (über die kommunale Kinderfürsorge) bis zum Rentner (über die kommunale Altenfürsorge). Erst im letzten Jahrzehnt kam es zu einschneidenden Veränderungen. Eine schwere Wirtschaftskrise zu Beginn der 1990er-Jahre führte zu einer Kürzung von Sozialleistungen und die zu erwartende demographische Entwicklung führte zu einem radikalen Umbau des Rentensystems, das nun an die wirtschaftliche Entwicklung gekoppelt ist. (vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Schwedisches\\_Modell](https://de.wikipedia.org/wiki/Schwedisches_Modell))

Was macht das skandinavische Modell aus? Vereinfacht gesagt wird mit hohen Steuern ein gut ausgebauter und in vielen Belangen aktiver Sozialstaat finanziert, der umfassend für seine Bürger sorgt. Schaut man genauer hin, wird es schnell differenziert und komplex. Unter den skandinavischen Ländern, die jeweils andere Akzente setzen, gilt Schwedens

Umsetzung als die Reinform des Modells. Während europäische Nachbarn das nordische Modell „anpreisen“, gilt es in Skandinavien selbst nicht als unantastbar. In den letzten Jahren wurde angesichts des gesellschaftlichen Alterungsprozesses auch dort der Wohlfahrtsstaat gestützt. Die schwedische Zeitung „Expressen“ begrüßte am 22. September 2007 strengere Regeln für Langzeitarbeitslose, die von der bürgerlichen Regierung angekündigt wurden. Es ging darum, ein System umzubauen, in dem 1,5 Millionen Menschen im arbeitsfähigen Alter außerhalb des Arbeitsmarktes standen, als die Sozialdemokraten die Macht abgaben. Auch in Dänemark wird das System umgebaut. Dabei gilt das Land für nordische Verhältnisse ohnehin schon als nahezu neoliberal. Flexicurity nennt sich die dortige Variante der skandinavischen Arbeitsmarktpolitik. Die Hürden für Einstellung und Kündigung sind so niedrig wie sonst nur in Irland und Großbritannien, dafür gibt es hohe Arbeitslosengelder und eine gut ausgebaute Arbeitsvermittlung. Das ergibt einen sehr dynamischen Arbeitsmarkt mit viel Bewegung. Mehr als ein Viertel der dänischen Arbeitnehmer wird jedes Jahr arbeitslos, aber meist nur für kurze Zeit. (vgl. [http://archiv.eurotopics.net/de/home/presseschau/archiv/magazin/wirtschaft-verteilerseite-neu/skandinavisches\\_modell\\_2007\\_10/debatte\\_skandinavisches\\_modell/](http://archiv.eurotopics.net/de/home/presseschau/archiv/magazin/wirtschaft-verteilerseite-neu/skandinavisches_modell_2007_10/debatte_skandinavisches_modell/))

Das skandinavische Modell bietet seinen Bürgern Sicherheit und selbst in Notlagen gute finanzielle Absicherung. Voraussetzungen sind die Bereitschaft zur Erwerbstätigkeit und im Falle einer Erwerbslosigkeit umfassende Beratungsmaßnahmen. Auch im Falle von Pflegebedürftigkeit sind verschiedene kommunale Fürsorgebereiche beauftragt entsprechende Maßnahmen um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Aber wie auch aus den genannten Berichten ersichtlich, ist das skandinavische Modell trotz seiner oft zitierten Vorbildfunktion nicht unantastbar. In Zeiten von Wirtschaftskrisen müssen wie in anderen Wohlfahrtsstaaten umfassende Sparmaßnahmen, z. B. verschärfte Regeln für Langzeitarbeitslose getroffen werden, um das Modell aufrecht zu erhalten.

### **2.2.3 Das korporatistische Modell**

Nach Beckert (2004) ist im korporatistischen Modell das z. B. in Frankreich und Deutschland anzutreffen ist, der Staat entweder dazu gedrängt worden oder er forcierte selbst eine Zusammenarbeit mit dem dritten Sektor. So war es möglich, dass Non-Profit Organisationen als vormoderne Mechanismen dienten, die vom Staat herangezogen wurden, um mit den Eliten der großen sozialen Bewegungen zu kooperieren und

gleichzeitig radikaleren Forderungen nach dem Ausbau der sozialen Sicherungssysteme zuvorzukommen.

Im korporatistischen Regime liegt die Betonung auf Funktion der Dienstleistungserbringung des Non-Profit Sektors, während die zivil- gesellschaftlichen Funktionen eher in den Hintergrund treten.

(vgl. <https://books.google.at/books?id=TRCR0812SG0C&pg=PA116&lpg=PA116&dq=korporatistisches+modell&source=bl&ots=UJR0OH7WGB&sig=8H7DtkjLLKofu0bAngAFBOS6jvY&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwiGt6CV0O7PAhXFSRoKHQl5DFUQ6AEIJzAB#v=onepage&q=korporatistisches%20modell&f=false>)

Eine weitere Definition des korporatistischen Modells liefern Schubert & Klein (2016) im Politiklexikon. Hier wird unter Korporatismus ein politisch-wissenschaftlicher Begriff verstanden, der bestimmte Formen der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen an politischen Entscheidungsprozessen beschreibt. Zu unterscheiden sind: der autoritäre oder staatliche Korporatismus, der für die erzwungene Einbindung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Organisationen in hierarchische und autoritäre Entscheidungsverfahren kennzeichnend ist und der gesellschaftliche oder liberale Neo-Korporatismus, der auf freiwilliger Beteiligung gesellschaftlicher Organisationen (insbesondere der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände) beruht. Zweck der korporatistischen Beteiligung ist die Bindung der unterschiedlichen Interessengruppen an gemeinsam getroffene Vereinbarungen. (vgl. Schubert, Klaus/Martina Klein: Das Politiklexikon. 6., aktual. u. erw. Aufl. Bonn: Dietz 2016).

„Ihre Spezialisierung auf wirtschaftliche, religiöse, politische oder rechtliche Aufgaben fügt sich nicht in die ständische, gruppenbezogene Struktur der vormodernen Gesellschaften; vielmehr bereiten sie mit ihren sachthematisch geordneten Zuständigkeiten die funktionale Ausdifferenzierung der modernen Gesellschaft in Wirtschaft, Wissenschaft, Politik, Recht, Erziehung etc. vor. Auch das Prinzip ihrer Mitgliedschaft enthält bereits ein strukturfremdes Element: Mitgliedschaften sind zwar gesellschaftlich noch nicht freigegeben, sie sind aber auch nicht erblich, also wie im Falle der Stände an Geburt gebunden. Mitgliedschaft setzt bereits einen gewissen Umfang der Ausbildung und Qualifizierung voraus. Mit der korporativen Organisationsstruktur wird in der modernen Gesellschaft nicht vollständig gebrochen: Industrie- und Handelskammern sowie weitere berufsständische Organisationen wie auch die Sozialversicherungsträger beruhen auf Zwangsmitgliedschaft. An verfassungsrechtlichen Auseinandersetzungen um die „Pflichtmitgliedschaft“ in den Kammern kann man jedoch erkennen, dass dieses Prinzip in der modernen Gesellschaft einer besonderen Begründung bedarf. Ihre Legitimität bezieht sich nicht auf die Gewährung ständisch begründeter Sonderrechte, sondern vielmehr auf

den Gesichtspunkt des Gemeinwohls: die egalitäre Chance der Wahrnehmung der Belange der Mitglieder gegenüber dem Staat, der die Kammern in einer Mittlerfunktion einsetzt“.

(Zitat: <http://de.academic.ru/dic.nsf/dewiki/792909>)

Damit sich das korporatistische Modell der Leserin bzw. dem Leser erschließt, ist es wichtig, die historische Vergangenheit zu verstehen. In Österreich handelt es sich, wie bereits erwähnt, um eine sozialstaatlich, konservativ-korporatistische Prägung die wesentlich durch inhaltliche Gestaltungsprinzipien in der zweiten Republik geprägt wurde. Im Grundverständnis des korporatistischen Modells spielen ebenso die Gestaltung durch große Organisationen hinein, wie auch die Schaffung gesicherter Lebens- und Arbeitsumstände und Unterstützung durch diese.

## 2.3 Die Ist-Situation der Langzeitpflege in Österreich und Dänemark

### 2.3.1 Die Ist-Situation der Langzeitpflege in Österreich

Die Trends und Fakten der Langzeitpflege lassen sich an nachfolgender Tabelle mit Daten der Statistik Austria (2015) erkennen. Erfasst wurden die Daten von stationären und teilstationären Betreuungs- und Pflegediensten sowie von Kurzzeitpflege Betreuung in stationären Einrichtungen nach Altersgruppen im Jahr 2014. Im Bereich der Zuordnung 85 plus ist hier in absoluten Zahlen die Betreuung immer noch am höchsten.

**Tabelle 3: Betreute Personen nach Altersgruppen 2014**

| Bundesland                                                 | Insgesamt | unter 60 | 60 bis < 75 | 75 bis < 85 | 85 od. älter | Insgesamt   | unter 60 | 60 bis < 75 | 75 bis < 85 | 85 od. älter |
|------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------|-------------|--------------|-------------|----------|-------------|-------------|--------------|
|                                                            | absolut   |          |             |             |              | Anteil in % |          |             |             |              |
| Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste <sup>2)</sup>     |           |          |             |             |              |             |          |             |             |              |
| Österreich                                                 | 54.641    | 2.796    | 8.044       | 15.254      | 28.547       | 100,0       | 5,1      | 14,7        | 27,9        | 52,2         |
| Teilstationäre Betreuungs- und Pflegedienste <sup>2)</sup> |           |          |             |             |              |             |          |             |             |              |
| Österreich <sup>3)</sup>                                   | 4.640     | 229      | 996         | 1.635       | 1.670        | 100,0       | 5,1      | 22,0        | 36,1        | 36,9         |
| Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen <sup>2)</sup>  |           |          |             |             |              |             |          |             |             |              |
| Österreich <sup>4)</sup>                                   | (1.527)   | (122)    | (269)       | (531)       | (605)        | 100,0       | 8,0      | 17,6        | 34,8        | 39,6         |

Q: STATISTIK AUSTRIA, Pflegedienstleistungsstatistik. Erstellt am 11.11.2015. 1) Ohne Selbstzahlerinnen und -zahler. - 2) Dienste der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege gemäß § 3 Pflegefondsgesetz (PFG), soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung. - 3) Aufteilung nach den Altersgruppen unvollständig; Prozentanteil bezieht sich auf die unvollständige Summe der Altersgruppen. - 4) Exkl. Hospiz- und Palliativdienste. - 5) Inkl. Kurzzeitpflege. - 6) Wenn die Werte nicht für alle Bundesländer vorliegen (.), ist der Österreich-Betrag in Klammer gesetzt; gab es einen Dienstleistungsbereich bzw. eine Position nicht, ist dies mit "-" gekennzeichnet. - 7) Bei den stationären Betreuungs- und Pflegediensten enthalten.

Quelle: Statistik Austria,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html)

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 140.774 Personen durch mobile Dienste (+3,2% gegenüber dem Vorjahr) und 73.840 Personen in stationären Einrichtungen (+0,9%) mit finanzieller Unterstützung der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstiger öffentlicher Mittel betreut bzw. gepflegt; 8.388 Personen (+32,2%) erhielten eine Kurzzeitpflege im stationären Bereich. Teilstationäre Dienste wurden von 7.335 Personen (+10,9%) in Anspruch genommen, 11.891 betreute Personen (+4,5%) lebten in alternativen Wohnformen. Nach Altersgruppen betrachtet, wurden die Betreuungs- und Pflegedienste zu über 70% (Case- und Care Management) bis 80% (stationäre Dienste) von 75-jährigen oder älteren Personen in Anspruch genommen; im stationären Bereich zählte mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner zur Gruppe der Hochbetagten (85 oder älter; mobile Dienste: 40%). Aufgrund der höheren Pflegebedürftigkeit sind auch hier die höheren Pflegegeldstufen stärker vertreten: In den stationären Einrichtungen bezogen 72% der dort lebenden Personen ein Pflegegeld ab der Stufe 4, während es bei den mobilen Diensten nur 24% waren. Der stationäre Bereich beschäftigte mit 32.251 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) die meisten Betreuungs- und Pflegepersonen (Ende 2014), während im Bereich der mobilen Dienste 11.697 Personen (VZÄ) tätig waren. Der Frauen-Anteil ist bei den betreuenden/pflegenden Personen noch deutlich höher als bei den betreuten/gepflegten Personen (92% im Bereich der mobilen Dienste, 85% in den stationären Einrichtungen). Laut Leichsenring (2014) wird der größte Teil der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen im „Pflegemix“ durch informelle Pflege erbracht. Hinsichtlich der Annahme, dass Pflege „Familiensache“ ist, wird offensichtlich davon ausgegangen, dass diese Ressource endlos belastbar ist. Niedrige Löhne und Arbeitslosigkeit in den Nachbarstaaten Österreichs führten zu einem Potential an Arbeitskräften welches in familienorientierten Wohlfahrtsregimes wie z.B. Österreich genutzt wird. In Österreich nutzen ca. 5% aller Pflegebedürftigen private Betreuungskräfte. Die Betreuungspersonen stammen vorwiegend aus der Slowakei, Tschechien und Ungarn, wie in Kapitel 5 näher beschrieben.

(vgl. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html))

Die Finanzierung der Langzeitpflege wird im Kapitel 4 nochmals gezielt aufgegriffen und an Hand von Daten und Fakten näher erläutert.

### **2.3.2 Die Ist-Situation in der Langzeitpflege in Dänemark**

Laut WISO Diskurs (2012) sieht die Bevölkerung den Staat in der Verantwortung. Beim OASIS Projekt repräsentierte Norwegen z.B. die Länder Skandinaviens. Laut einer Befragung im Rahmen dieses Projektes sahen drei von vier älteren befragten Menschen den Staat in der Verantwortung.

Ein Grund hierfür könnte u.a. auch ein erweitertes Selbstverständnis und Pflegeverständnis in der Bevölkerung der nordischen Staaten sein. Ältere Menschen wollen in ihrem Wunsch nach Selbstbestimmung unterstützt werden, sie wünschen sich ein Recht auf Altern in Würde. In Skandinavien existieren keine Pflegestufen, aber es gibt Abstufungen die von der klassischen Pflege bis hin zur sozialen Betreuung und pädagogischer-sozialer Aktivierung eine Leistungserbringung festlegen. In Dänemark werden Leistungen zu rund 63% mit Unterstützung von Sozial- und Gesundheitsdiensten ohne informelle Unterstützung zu Hause erbracht. Aufgrund der auffällig hohen Zahlen lässt sich vermuten, dass die Erwerbstätigkeit naher Familienangehöriger in Dänemark eine große Rolle spielt, wie es den Grundprinzipien des skandinavischen Systems entspricht.

Auch die erfolgen Begutachtungen des Pflegebedarfs durch entsprechende Berufsgruppen müssen einen Mindestbedarf ergeben, damit Leistungen in Anspruch genommen werden können. Über Grenzfälle entscheidet die Kommune im Rahmen eines Assessments. Entscheidend ist die Qualität der Pflege und die Qualifikationen des Pflegepersonals. Es gibt in den nordischen Ländern eine generalisierte Pflegeausbildung. Die sukzessive Akademisierung der Pflege erfolgte seit den 1970er Jahren. Nähere Ausführungen zur Akademisierung der Pflege erfolgen im Kapitel 5 zur curricularen Entwicklung der Pflegeberufe in den Ländern. Die Pflege gewann als wissenschaftliche Disziplin Anerkennung und es gab schon sehr früh zur Anwendung gebrachte Pflegestandards. Die Evaluierung dieser erfolgt auf nationaler Ebene. (vgl. WISO Diskurs 2012, S. 22-23, in Bernreiter/von Nida 2015)

Über die Evaluation des Projektes Skaevinge gab es Messungen von 1985 bis 1999. Aus der nachfolgenden Tabelle geht der Trend zu alternativen Wohnformen in Dänemark sehr deutlich hervor. Waren es 1985 noch 3207 Personen die sich in der Betreuung oder Pflege in einer alternativen Wohnform befanden so spiegelt die Zahl von 35.501 betreuten Personen im Jahr 1999 sehr klar die Richtung der Trendwende wider. Die Zahl der betreuten Personen in Alten- und Pflegeheimen weist entsprechend ein Minus von 36,86% auf.

**Tabelle 4: Übersicht zum Projekt Skaevinge, Messungen von 1985 und 1999**

|                                           | <b>1985</b>     | <b>1999</b>                                        |
|-------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|
| <b>Alten- und Pflegeheime in Dänemark</b> | 49.487 Personen | 31.244 Personen<br>ergibt ein Minus von<br>36,86 % |
| <b>Alternative Wohnformen in Dänemark</b> | 3207 Personen   | 32.501 Personen<br>ergibt ein Plus von<br>913,44 % |

Quelle: Dichter, 2007, Pflegewiki, in Denknetz 2016, eigene Darstellung

Wie auch schon im Kapitel 2 näher beschrieben, weist das Projekt Skaevinge erstaunliche Messungen in den Jahren 1985 und 1999 auf. Es ist der Trend ersichtlich, dass die stationäre Langzeitpflege eher wenig an Bedeutung gewinnt, dafür aber die Formen des betreuten Wohnens einen Zuwachs verzeichnen. Laut Yearbook Denmark (2011) erfolgte eine Umstrukturierung der Altenpflege seit Mitte des Jahres 2011. Dies bedeutete, dass erhebliche Anstrengungen unternommen wurden, um es älteren Menschen in Dänemark zu ermöglichen, ihr Leben in ihren eigenen Häusern zu verbringen. Das bedeutet auch eine Ausweitung des Angebotes im Wohnungsbau für ältere Menschen als Ersatz für die Verringerung der Zahl von Pflegewohnhäusern. Heute beziffert Dänemark die Zahl der Unterbringungen für ältere Menschen mit insgesamt 82.000 in Pflegeheimen und Pflegewohnungen. Im Vergleich dazu gab es im Jahr 1987 49.000 Unterbringungen in Wohnheimen, 7.000 in geschützten Häusern und 4.000 in Wohnungen für ältere Menschen, das heißt insgesamt 60.000 Plätze in Altenpflegeheimen und Wohnungen für ältere Menschen, die in die dänische Gesetzgebung aufgenommen wurden. In den Pflegeheimen und Wohnhäusern haben die dort betreuten Personen 24-Stunden-Personal, gemeinsame Dienstleistungen, sowie Aktivitätsunterstützung und einen Wäsche-Service, es erfolgte zudem der Einbau einer Freisprecheinrichtung. Diese Dienstleistungen wird es auch in drei geplanten neuen Häusern geben. Die Wohnhäuser sind nicht als Institutionen, sondern als Eigenheime zu sehen und die darin lebenden Menschen erhalten die gleichen Angebote der Heimhilfe wie ältere Menschen, die in privaten Wohnungen, Einfamilienhäusern und Reihenhäusern leben.

(vgl. Statistical Yearbook Denmark 2011.pdf, S. 140)

### 2.3.3 Zusammenfassung der Ist-Situation

Folgende Tabelle vergleicht die Altenpflegesysteme der Länder Österreich und Dänemark.

**Tabelle 5: Österreichisches Altenpflegesystem im Vergleich  
zu skandinavischen Altenpflegesystemen am Beispiel Dänemark**

|                                                                            | Dänemark                                                                                                                                                                                                                                                                   | Österreich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grundprinzipien</b>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Staat als Instanz für Finanzierung und Erbringung der Dienste für alle Bürger („universales Einwohnerversorgungsprinzip“)</li> <li>✓ Betonung des Prinzips institutioneller Solidarität</li> <li>✓ Bedarfsorientierung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Absicherung durch die gesetzliche verankerte Pflichtversicherung (gesetzliche Krankenkassen)</li> <li>✓ Betonung des Solidaritätsprinzip (solidarische Finanzierung durch Pflegegeld)</li> <li>✓ Eigenleistung vor staatlicher Leistung (Subsidiaritätsprinzip)</li> <li>✓ Ausgabenorientierung</li> </ul> |
| <b>Wichtigste gesetzliche Grundlagen</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gesetz über Soziale Dienste</li> <li>✓ Gesetz über Wohnungen für Ältere und Behinderte</li> </ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pflegegeldverordnung Bund § 4</li> <li>✓ Heimgesetze der Bundesländer</li> <li>✓ Sozialhilfegesetz der Bundesländer</li> </ul>                                                                                                                                                                             |
| <b>Pflegebedürftigkeitsbegriff und Ausgestaltung des Leistungskatalogs</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leistungserbringung folgt dem individuellen Bedarf</li> <li>✓ Enge Verbindung von Prävention, Alltagsunterstützung und Pflege</li> </ul>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Genaue Definition im Rahmen des Pflegegeldes (gesetzliche Richtlinien und Vorgangsweisen)</li> <li>✓ Leistungskatalog in Länderkompetenz</li> </ul>                                                                                                                                                        |
| <b>Anspruchsvoraussetzungen</b>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Einwohner der Gemeinde</li> <li>✓ Individueller Bedarf</li> <li>✓ Einzelentscheidung der Gemeinde</li> </ul>                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Staatsbürgerschaft (bzw. EU-Bürgerschaft)</li> <li>✓ Pflegebedürftigkeit im Sinne des BPGG</li> <li>✓ Soziale Bedürftigkeit bei Cofinanzierung durch Sozialhilfe</li> </ul>                                                                                                                                |
| <b>Leistungsformen</b>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sachleistungsprinzip</li> <li>✓ Pflegende Angehörige können bei Vollzeiteinsatz Ersatzarbeitsplatz bei der Kommune erhalten (zeitlich limitiert)</li> </ul>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pflegegeld bei informeller und formeller Pflege</li> <li>✓ Anspruch auf Sachleistungen (ärztliche Hilfe, Medikamente,...)</li> <li>✓ Ambulante Versorgung</li> <li>✓ Erbringung durch öffentliche und private stationäre Einrichtungen</li> </ul>                                                          |
| <b>Nur Betreuung + Alltagsunterstützung</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ja</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eingeschränkt im Rahmen von Pflegestufe 1 und 2 - im Prinzip aber kein rechtlicher Anspruch</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Steuerungsinstanzen</b>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gesetzlicher Rahmen: Zentralregierung</li> <li>✓ Operative Steuerung: Lokalregierungen (Kommunen)</li> </ul>                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gesetzlicher Rahmen: Bund und Länder</li> <li>✓ Örtliche Bedarfsplanung: Länder/Kommunen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Prävention</b>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Praktisch relevanter Grundsatz</li> <li>✓ Prägt die Hilfs- und Pflegekonzepte inkl. der multidisziplinären Berufsstrukturen</li> </ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gesetzlicher Anspruch, aber in der Praxis nicht umgesetzt</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Wahlfreiheit</b>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ja (seit 2002/2003)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ja (laut Art.15a BVG 1993 „Pflegevorsorge“)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Leistungserbringer</b>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Primär: Dienste und Einrichtungen der Kommunen</li> <li>✓ Private Anbieter (gemeinnützig oder gewerblich) spielen bei Hauswirtschaftsleistungen eine größere Rolle</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Öffentliche, gemeinnützige und private Anbieter</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Zuständigkeitsprofil</b>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Integriert</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lokale Sozialhilfebehörde</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Finanzierung der Pflegeleistungen</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Steuerfinanzierung</li> <li>✓ Gebühren für temporäre Leistungen</li> </ul>                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Öffentliche Mittel (Sozialversicherungsbeiträge, Steuern)</li> <li>✓ Private Beiträge (Selbstbehalte, private Versicherungsbeiträge)</li> </ul>                                                                                                                                                            |

Quelle: WISO Diskurs 2012, 27, vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, S. 18, eigene Darstellung

In der Zusammenfassung der Ist- Situation der Langzeitpflege in Österreich und Dänemark in der Tabelle 5 werden die Unterschiede deutlich. Bei Betrachtung z.B. der Grundprinzipien stehen in Dänemark Solidarität und die Bedarfsorientierung im Vordergrund sowie der Staat als Instanz zur Erbringung der Dienste und deren Finanzierung. In Österreich ist das Grundprinzip die Erbringung durch die gesetzlich verankerte Pflichtversicherung, die solidarische Finanzierung durch das Pflegegeld und der Grundsatz Eigenleistung vor staatlicher Leistung. Die gesetzlichen Grundlagen sind in Dänemark im Gesetz über die sozialen Dienste geregelt, in Österreich in der Pflegegeldverordnung des Bundes und den Sozialhilfegesetzen der einzelnen Bundesländer. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert sich in Dänemark über den individuellen Bedarf und Präventivmaßnahmen, während es in Österreich eine genaue Definition, gesetzliche Richtlinien und Vorgangsweisen zum Pflegegeld gibt. Die Anspruchsvoraussetzungen sind ebenfalls in beiden Ländern unterschiedlich geregelt. In Dänemark muss der individuelle Bedarf für eine Einwohnerin bzw. einen Einwohner einer Gemeinde vorliegen, im Einzelfall entscheidet die Gemeinde. In Österreich ist die Leistung an die österreichische oder EU Staatsbürgerschaft gebunden, oder die Bedürftigkeit durch Kofinanzierung über die Sozialhilfe. Die Leistungsformen sind ebenso unterschiedlich. In Dänemark gibt es den Sachleistungsbezug und Unterstützung für vollzeit-pflegende Angehörige in Form von Ersatzarbeitsplätzen bei der Kommune, Österreich regelt seine Leistungsformen in Form von Erbringung durch ambulante oder stationäre Einrichtungen, Sachleistungen und Pflegegeld bei formeller und informeller Pflege. Es gibt in Dänemark die Möglichkeit nur Betreuung und Alltagsunterstützung in Anspruch zu nehmen, in Österreich ist dies eingeschränkt möglich und hängt von der Höhe der Pflegegeldstufe ab, es besteht aber kein rechtlicher Anspruch. Die Steuerungsinstanz in Dänemark ist die Zentralregierung für die Gesetze, die operative Steuerung erfolgt durch die Lokalregierungen. Österreich regelt über Bund und Länder, sowie eine örtliche Bedarfsplanung über die Kommunen. Prävention ist in Dänemark ein relevanter Grundsatz und prägt die Hilfs- und Pflegekonzepte, während in Österreich das Problem darin besteht, dass die Prävention gesetzlich geregelt ist, aber praktisch nicht umgesetzt wurde. Wahlfreiheit besteht in Dänemark seit 2002/2003. Die Leistungserbringer sind in Dänemark primär Dienste und Einrichtungen der Kommunen, private Anbieter spielen eher bei der Erbringung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten eine Rolle. In Österreich werden sämtliche Leistungen durch öffentliche, gemeinnützige und private Anbieter erbracht. Das Zuständigkeitsprofil in Dänemark wird als integriert bezeichnet, in Österreich als lokale

Sozialhilfebehörde. Die Finanzierung in Dänemark erfolgt über Steuerfinanzierung und Gebühren für temporäre Leistungen, in Österreich über öffentliche Mittel, Steuern und private Beiträge. (vgl. WISO Diskurs 2012, S. 27)

## ***2.4 Resümee der Ausgangs- und Ist-Situation in Österreich und Dänemark***

Im vorliegenden Kapitel 2 sind nicht nur die Unterschiede im geschichtlichen und sozialen Hintergrund dargestellt sondern es ist im beschriebenen Ist- Zustand der Langzeitpflege auch klar erkennbar, dass der Trend in Dänemark in Richtung alternativer Wohnformen geht und dass die Leistungserbringung in beiden Ländern sehr unterschiedlich geregelt ist, so wie sie sich auch in der finanziellen Absicherung und in der Bedarfserhebung unterscheiden. In Österreich werden nach wie vor die meisten pflegerischen Leistungen in der Langzeitpflege von nahen Familienangehörigen zu Hause erbracht, vornehmlich von Frauen hier gilt es das Thema Altersarmut und fehlende finanzielle Absicherung im Alter in den nächsten Kapiteln genauer zu betrachten. Im folgenden Kapitel 3 werden die demografischen Entwicklungen in Dänemark und Österreich bei zu erwartender Hochaltrigkeit dargestellt. Die Zahlen und Statistiken für beide Länder und dem zu erwartenden Pflegebedarf für die nächsten Jahre werden in diesem Kapitel aufbereitet. Besonderes Augenmerk liegt hier auf der Entwicklung der Alterspyramide und entsprechenden Bedarfsstrukturen beider Länder. Eine tendenzielle Entwicklung der Lebenserwartung der Menschen in Österreich und Dänemark hängt auch von entsprechenden Maßnahmen zur Gesunderhaltung ab, daraus ergibt sich der Bedarf zur Unterbringung entweder im stationären Langzeitbereich, oder (wie in Dänemark ersichtlich), in alternativen Wohnformen. Im Anschluss an Kapitel 3 erfolgen wieder eine kurze Zusammenfassung des Kapitels und eine entsprechende Überleitung zum Kapitel 4, über Finanzierungen und Finanzierungsmöglichkeiten.

## **3 Demografische Entwicklung (VerfasserIn Werner Bernreiter)**

Um die demografische Entwicklung für Dänemark und Österreich aufzubereiten, wurden verschiedene Aspekte herangezogen. Im folgenden Kapitel 3 werden die Unterschiede in der demografischen Entwicklung in Österreich zum Vergleichsland Dänemark herausgearbeitet, zum einen um die konkreten Unterschiede bei Dienstleistungs-

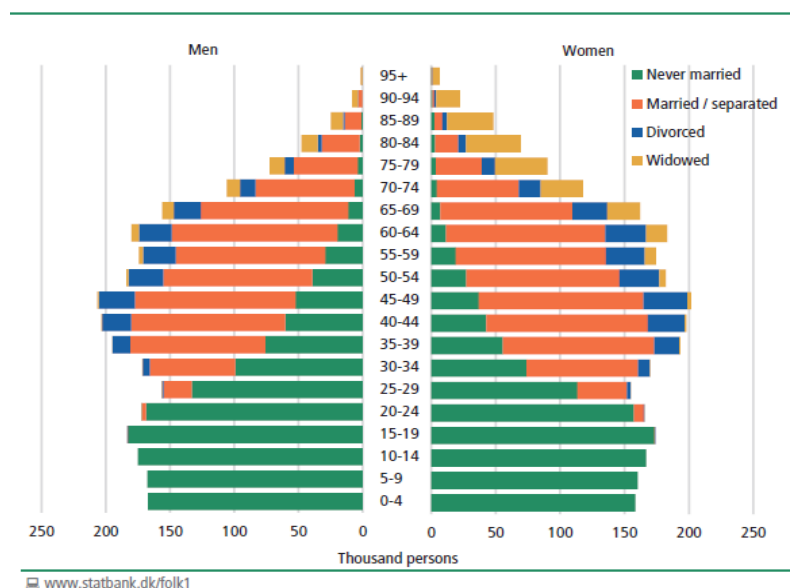
erbringungen für ältere und betagte Menschen in diesen Ländern zu erkennen, zum anderen, um den Überblick aus der österreichischen Perspektive zu erhalten. Es war daher wichtig, den Fokus auf das Alter 85 plus im Zusammenhang mit dem zu erwartenden zunehmenden Pflege- und Betreuungsbedarf zu konkretisieren.

### 3.1 Allgemeine demografische Entwicklung in Dänemark

Das Durchschnittsalter in Dänemark betrug mit Jänner 2011 40,3 Jahre, 39,4 Jahre bei Männern und 41,3 Jahre bei Frauen. Das Durchschnittsalter im Jahr 1980 im Vergleich wurde um 3,6 Jahre niedriger beziffert. Somit lag das Durchschnittsalter bei 36,7 Jahren, hier wiederum bei Männern 35,5 Jahre und bei Frauen 38 Jahre. (vgl. Statistical Yearbook Denmark 2011.pdf, S. 1)

Das Steigen des Durchschnittsalters in Dänemark wird durch eine Zunahme von 61 % im Bereich der Altersgruppe 80 plus begründet. Der Anstieg könnte auch damit begründet werden, dass die Generationen die in den 1940er Jahren geboren wurden, nun das Alter 60 Jahre und höher erreicht hat und die älteren Altersgruppen durch die jüngere Generation ersetzt werden. In der folgenden Grafik zur Gesamtbevölkerung Dänemarks 2011 wird das veranschaulicht. (vgl. Statistical Yearbook Denmark 2011.pdf, S. 1)

**Grafik 1: Die dänische Bevölkerung nach Alter 2011**

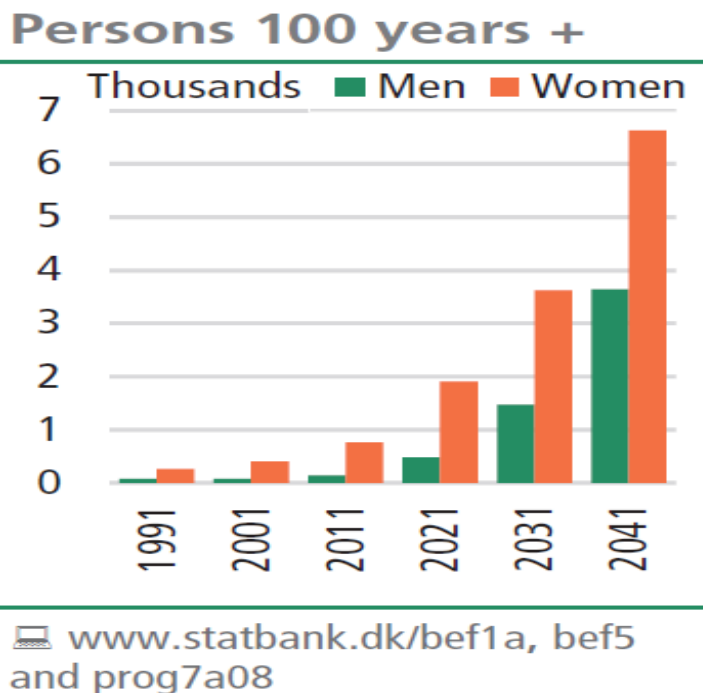


Quelle: Statistical Yearbook Denmark 2011, Kap.1 o. S.

### 3.1.1 Lebenserwartung der dänischen Bevölkerung

Die Zahl der Menschen in Dänemark, die 100 Jahre oder älter werden steigt. 2011 wurden insgesamt 900 Personen (761 Frauen und 139 Männer) mit 100 Jahren oder mehr gezählt. Im Jahre 1980 waren es nur 158 Personen (118 Frauen und 40 Männer) die 100 Jahre oder älter waren. Das ist ein Anstieg um das Fünffache in einem Zeitraum von 30 Jahren. Die folgende Grafik verdeutlicht diese Zahl und den voraussichtlichen Anstieg in den nächsten Jahrzehnten. Prognostisch gesehen lässt sich aus dieser Grafik für die Zukunft vermuten, dass der zu erwartende Anstieg bei Personen 85 plus in Dänemark tatsächlich eintreten wird. Das bringt Handlungsbedarf in der politischen- und sozialen Verantwortung des Staates mit sich. (vgl. Statistical Yearbook Denmark 2011, Kap. 5, o.S.)

**Grafik 2: Personen über 100 Jahre in Dänemark**

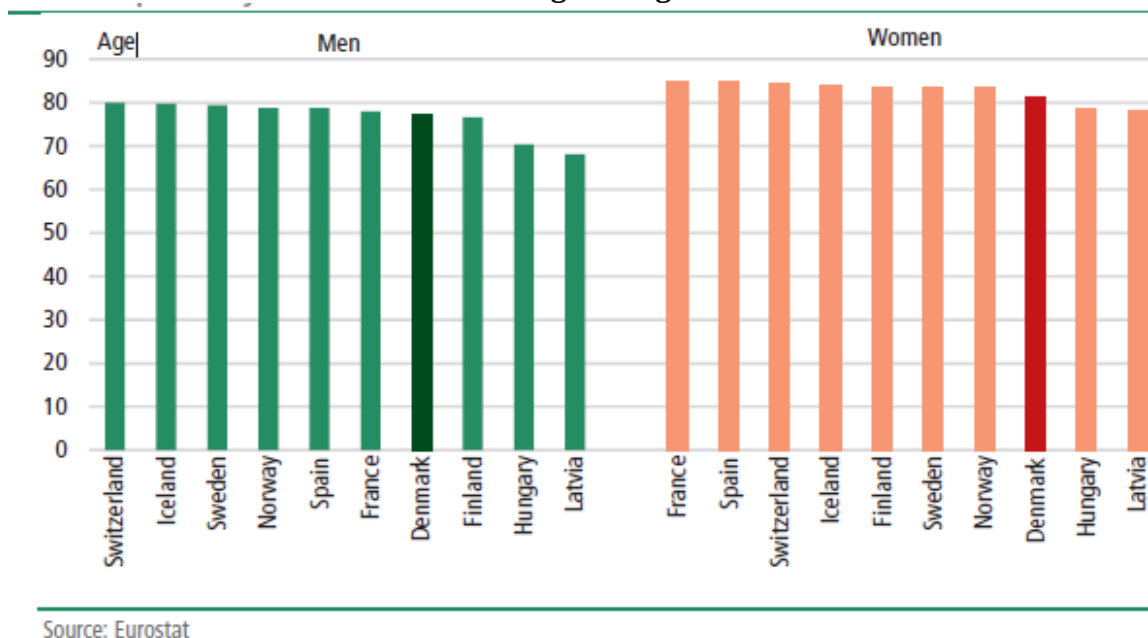


Quelle: Statistical Yearbook Denmark 2011, Kap. 5, o.S.

Laut der Statistik Dänemark gab es im Juni 2011 5.529.888 EinwohnerInnen im Land. Das Bevölkerungswachstum beträgt 0,251%. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 78,63 Jahren, wovon auf Männer 76,25 Jahre Lebenserwartung entfallen und auf Frauen 81,14 Jahre (Stand 2011). Laut Statistical Yearbook Denmark (2011) sind Männer in allen Altersgruppen einem höheren Sterberisiko als Frauen ausgesetzt. Das bedeutet eine höhere Mortalitätsrate für Männer als für Frauen. Der größte Unterschied zeigt sich in der Altersgruppe von 17 bis 39 Jahren, hier ist die Sterblichkeit bei Männern zwei- bis

sechsmal höher als bei Frauen. Aus dem Artikel ist nicht klar erkennbar, ob es sich hier um eine Todesfälle durch Unfälle oder onkologische Erkrankungen etc. handelt. Die durchschnittliche Lebenserwartung für die nächsten Jahre wird nach den Berechnungen aus 2009 bei 77,1 Jahren für Männer und 81,2 Jahre für Frauen prognostiziert. Aus der nächsten Grafik könnten Rückschlüsse gezogen werden, dass die Lebenserwartung in Dänemark im Vergleich zu anderen Ländern der EU niedriger ist. Vor allem der Trend zur Stagnation der Lebenserwartung unter den dänischen Frauen wäre hier von Bedeutung. Auffallend ist, dass Dänemark in den 1990er Jahren zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung in der Welt gehörte, aber heute gehört die dänische Lebenserwartung zu den niedrigsten im Westen Europas.

**Grafik 3: Lebenserwartung in ausgewählten Ländern 2009**



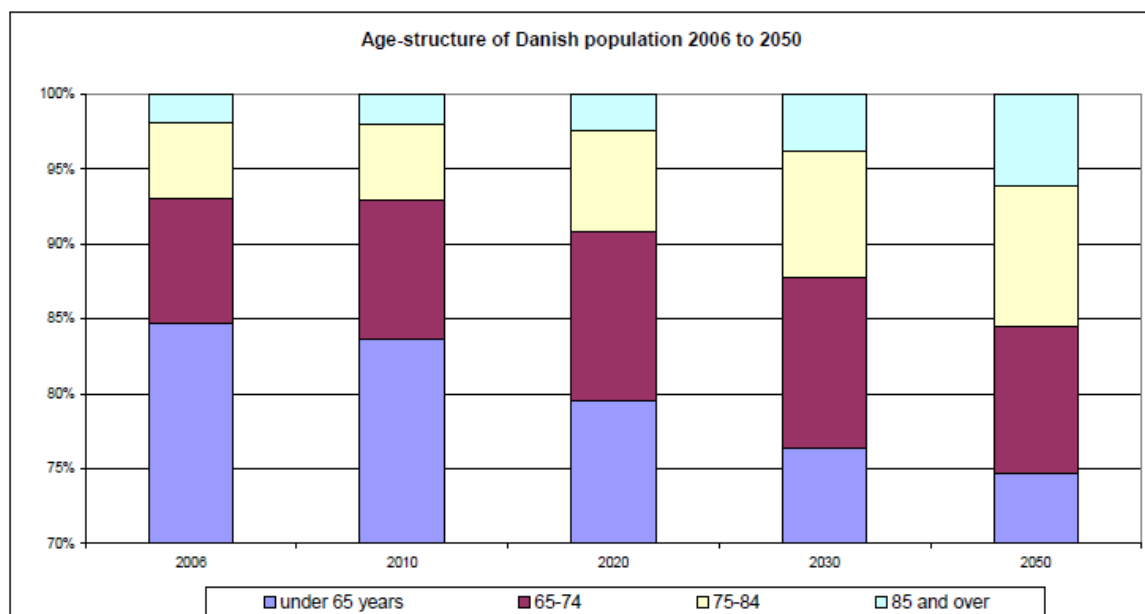
Quelle: Statistical Yearbook Denmark 2011, S. 23

Heintze (2015) misst für Dänemark den Zusammenhang der Lebenserwartung und mit dem Anteil von zu erwartenden gesunden Lebensjahren eine hohe Bedeutung zu. Sie beschreibt, dass die Qualität der Jahre die Menschen nach dem Erwerbsleben noch vor sich haben von chronischen Krankheiten geprägt sind, sich aber relativ zueinander entwickeln. Sie hinterfragt ebenso die steigende Lebenserwartung an gesunden Jahren in überproportionalem Anwachsen mit entsprechender Erweiterung der Multimorbidität. Der Beobachtungszeitraum ab 2004 weist in Dänemark das Ansteigen einer Expansion multimorbider Jahre bei Männern und Frauen gleichermaßen aus. Heintze konstatiert, dass

sich die Voraussetzungen für gesundes Altern in den skandinavischen Ländern verbessert haben und stellt damit den nordischen Gesundheitssystemen ein gutes Zeugnis aus. (vgl. Heintze 2015, S. 13)

Aus der folgenden Grafik der Statistik Dänemark (2010) lässt sich jedoch ebenfalls vermuten, dass mit einem Anstieg des Bevölkerungswachstums zu rechnen ist. Wie auch in anderen europäischen Ländern wird der Anteil älterer Menschen 85 plus an der Bevölkerung in Dänemark ansteigen. Im Jahr 2050 wird ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein. Der Anteil der Menschen 85 plus wird von 2006 bis 2050 von rund 2% auf 6% ansteigen.

**Grafik 4: Altersstruktur der dänischen Bevölkerung von 2006 bis 2050**



Sources: Statistics Denmark, calculations by DIW Berlin.

Quelle: The Long-term care system for the elderly in Denmark, ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 73 – Erika Schulz, S. 16

Die Notwendigkeit für Pflege- und Betreuungsunterstützung muss im Zusammenhang mit den Prognosen zum Alter wie sie in der Grafik zur Altersstruktur ersichtlich sind gesehen werden. In Dänemark wird angenommen, dass der Bedarf an Pflege und Betreuung, vor allem in der sogenannten stationären Langzeitpflege (24 Stunden Pflege) ansteigen wird. Laut Statistical Yearbook Denmark (2011) erhielten in Dänemark von insgesamt 227.000 Personen im Alter von 80 plus, 125.000 Personen Unterstützung im Bereich Pflege- und Betreuung, entweder in ihrem eigenen Zuhause oder in sogenannten Wohnungen für ältere

Menschen oder in Pflegeheimen. Von diesen 125.000 Personen sind 32.000 Männer und 93.000 Frauen. Der Anteil der Personen die dauerhafte Unterstützung benötigen setzt sich wie folgt zusammen, 38 % im Alter von 80–84 Jahren, 63 % bei Personen im Alter von 85 bis 89 Jahren und 94 % bei Personen im Alter von 90 plus. Im internationalen Kontext und auch im Vergleich zu Österreich ist zu erwähnen, dass alle Bereiche, auch der Bereich Pflegeheime/Langzeitpflege in die Anzahl der sogenannten Haushaltshilfe-Empfänger integriert sind. Das hat im Finanzierungssystem Auswirkungen welches im Kapitel 4 näher beschrieben werden wird.

### **3.1.2 Unterbringung der dänischen Bevölkerung in der stationären Langzeitpflege**

Heintze (2015) sieht in der nordischen Alternative am Beispiel Dänemark eine neue Entwicklung integrierter Pflegeleistungen. Durch den wirtschaftlichen Aufschwung von Ende der 1970er Jahre bis in die 1990er Jahre erfolgte wie auch schon in Kapitel 2 beschrieben, eine Neuordnung der Langzeitpflege und eine entsprechende Neuordnung der Pflegepolitik. Vorrangig ging es darum, der häuslichen Pflege Vorrang vor der Heimunterbringung zu geben. Es wurde das Instrument des präventiven Hausbesuches etabliert. Der Grundsatz des skandinavischen Modells lautet: Es soll niemand vergessen werden oder verloren gehen. In Dänemark ist dieser präventive Hausbesuch eine kommunale Pflichtaufgabe. (vgl. Heintze 2015, S. 13-15)

In der folgenden Tabelle 5 „Haushaltshilfeempfänger im Jahre 2007“ lässt sich aus der Form der Unterbringung erkennen, dass 2007 im Bereich der stationären Langzeitpflege (nursing homes) vorrangig eine Unterstützung in der definierten Haushaltshilfe in Stunden benötigt wurde, es sich also nicht um die Form der klassischen stationären Langzeitpflege wie wir sie in Österreich kennen handelt. Dieses Modell mit den entsprechenden Dienstleistungen würde aus österreichischer Sicht dem „Betreuten Wohnen“ entsprechen und wäre in den Pflegestufen 0 bis 2 angesiedelt. Der Anteil der Personen in Dänemark die eine Unterstützung von über 20 Stunden pro Woche benötigen beträgt über alle Altersgruppen 50,9% und im Bereich 65 plus 50,96%. Im stationären Langzeitpflegebereich ist daher in Dänemark die Dienstleistung Haushaltshilfe ein wesentlicher Schwerpunkt.

**Tabelle 6: Haushaltshilfeempfänger in Dänemark im Jahr 2007 nach Unterbringung**

| Duration<br>hours per week                                     | People receiving             |                          |                       |                        |                       |                             |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|
|                                                                | permanent home<br>help total | help at<br>home total    | only<br>personal help | only<br>practical help | both kinds<br>of help | both kinds<br>of help       |
|                                                                | Total                        | Living in their own home |                       |                        |                       | Living in<br>nursing homes* |
|                                                                |                              | All age-groups           |                       |                        |                       |                             |
| Total duration                                                 | 100,00                       | 100,00                   | 100,00                | 100,00                 | 100,00                | 100,00                      |
| < 2 hours                                                      | 51,10                        | 62,53                    | 54,97                 | 98,32                  | 28,41                 | 4,86                        |
| 2-3,9 hours                                                    | 11,16                        | 12,74                    | 18,20                 | 1,52                   | 22,53                 | 4,79                        |
| 4-7,9 hours                                                    | 11,08                        | 11,89                    | 13,37                 | 0,14                   | 23,38                 | 7,84                        |
| 8-11,9 hours                                                   | 6,35                         | 5,44                     | 5,61                  | 0,01                   | 10,90                 | 10,07                       |
| 12-19,9 hours                                                  | 7,74                         | 4,32                     | 4,14                  | 0,01                   | 8,76                  | 21,54                       |
| >=20 hours                                                     | 12,56                        | 3,08                     | 3,70                  | 0,01                   | 6,02                  | 50,90                       |
|                                                                |                              | Elderly (65+)            |                       |                        |                       |                             |
| Total duration                                                 | 100,00                       | 100,00                   | 100,00                | 100,00                 | 100,00                | 100,00                      |
| < 2 hours                                                      | 49,69                        | 61,86                    | 54,83                 | 98,84                  | 28,04                 | 4,77                        |
| 2-3,9 hours                                                    | 10,95                        | 12,64                    | 18,39                 | 1,06                   | 22,30                 | 4,72                        |
| 4-7,9 hours                                                    | 11,28                        | 12,23                    | 13,63                 | 0,08                   | 23,60                 | 7,74                        |
| 8-11,9 hours                                                   | 6,66                         | 5,73                     | 5,86                  | 0,01                   | 11,22                 | 10,07                       |
| 12-19,9 hours                                                  | 8,19                         | 4,52                     | 3,96                  | 0,01                   | 9,03                  | 21,73                       |
| >=20 hours                                                     | 13,23                        | 3,01                     | 3,33                  | 0,00                   | 5,82                  | 50,96                       |
| *) Including nursing dwellings.<br>Source: Statistics Denmark. |                              |                          |                       |                        |                       |                             |

Quelle: The Long-term care system for the elderly in Denmark, ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 73 – Erika Schulz, S. 20

Die demografische Sicht auf die Langzeitpflege erfordert eine Auseinandersetzung mit dem Thema wie ältere Menschen wohnen bzw. leben möchten und welche Einrichtungen für ältere Menschen es in Dänemark für die jeweiligen Bedürfnisse gibt. Folgende Tabelle aus 2008 zeigt die Unterbringung und Wohnformen älterer Menschen in Dänemark und die Verteilung der Wohnformen auf die entsprechenden Altersgruppen. In Dänemark wird nach fünf Unterkunftskategorien für ältere Menschen unterschieden: "Pflegeheime" (Nursinghomes) und "Geschützte Wohnungen" (protected dwellings). Diese beschreiben Einrichtungen in denen ältere Menschen in ihren eigenen Zimmern bzw. Räumen und Wohnungen mit Gemeinschaftsräumen leben. Sogenannte Nursingdwellings („Pflegetwohnungen“) werden als modernere Einrichtungen verstanden, die auch über Mitarbeiter - und Gemeinschaftsräume verfügen, aber als moderner Ersatz für das traditionelle System gelten. "Allgemeine Wohnungen für ältere Menschen" (general dwellings for elderly persons) bezieht sich auf einen Wohnraum der konzipiert und angepasst wird, es wird hier kein Personal geführt bzw. verfügt diese Form über keine Gemeinschaftsräume. „Andere Wohnungen für ältere Menschen" (other dwellings for

elderly persons) sind Wohnungen, in denen ältere Menschen im Bereich des „Case and Care Management“ unterstützt werden.

Aus der Tabelle ist ebenfalls ersichtlich, dass wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, ältere Menschen in Dänemark vermehrt zu den alternativen Wohnformen greifen. Im Jahr 2008 befanden sich in der Altersgruppe 85 plus 15 Prozent in Pflegeheimen (Nursing homes), und 85% in allen anderen Wohnformen.

**Tabelle 7: Ältere Menschen in verschiedenen Varianten von Wohnungen/Einrichtungen nach Alter und Art in Dänemark**

| 2008              | <i>*Nursing homes</i> | <i>*Protected dwellings</i> | <i>*Nursing dwellings (2006-)</i> | <i>*General dwellings for elderly persons (2006-)</i> | <i>*Other dwellings for elderly persons</i> |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 65-66 years       | 129                   | 50                          | 480                               | 863                                                   | 287                                         |
| 67-74 years       | 903                   | 222                         | 3,142                             | 4,772                                                 | 1,321                                       |
| 75-79 years       | 1,139                 | 234                         | 4,013                             | 4,756                                                 | 1,274                                       |
| 80-84 years       | 1,841                 | 293                         | 6,681                             | 6,030                                                 | 1,564                                       |
| 85-89 years       | 2,419                 | 476                         | 8,169                             | 5,578                                                 | 1,468                                       |
| 90 years and more | 2,868                 | 431                         | 8,128                             | 3,578                                                 | 1,039                                       |
| Totals            | 9,229                 | 1,706                       | 30,613                            | 25,577                                                | 6,953                                       |

Source: Statistics Denmark <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1344>. Sourced 070809.

Quelle: [http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP3\\_Denmark\\_final.pdf](http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP3_Denmark_final.pdf), S. 7

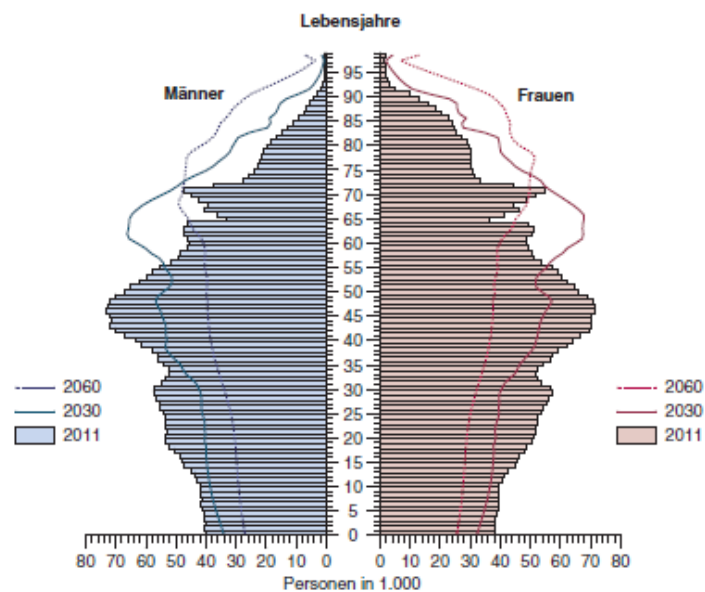
### 3.2 Allgemeine demografische Entwicklung in Österreich

Die Trends der Bevölkerungsentwicklung der vergangenen Jahrzehnte bestimmen auch in Österreich die aktuelle Bevölkerungsstruktur. Niedrige Geburtenraten der Bevölkerung in jungen Altersgruppen sorgen für einen weiteren Rückgang, wie in diesem Kapitel noch näher beschrieben wird. Das Durchschnittsalter lag mit Jänner 2011 bei 41,7 Jahren. (vgl. Statistik Austria, 2011)

Im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik Österreich (2013) werden Veränderungen der demografischen Struktur durch die Gegenüberstellung der Alterspyramiden nach Geschlecht in den Jahren 2012, 2030 und 2060 erkennbar. Im Jahrbuch wird beschrieben, dass im Jahr 2013 in Österreich deutlich mehr Frauen als Männer über 65 Jahre leben und diese Differenz mit zunehmendem Alter größer wird. In den Prognosen für 2030 bzw. 2060 wird der Unterschied zwischen dem Anteil von Männern und Frauen in den hohen Alterskohorten jedoch geringer. Auch der Rückgang der Geburten nach dem Babyboom

der 1950er und 1960er Jahre wird zu erkennen sein. Die geburtenstarken Jahrgänge verschieben sich in der Alterspyramide weiter nach oben und werden durch geburtenschwächere Jahrgänge ersetzt. Falls sich der Trend einer geringen Geburtenrate fortsetzt, wird sich die Alterspyramide an ihrem unteren Ende verjüngen. Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren oder älter wird von 17,9% im Jahr 2012 auf 24,0% im Jahr 2030 ansteigen. Hingegen wird sich in diesem Zeitraum der prozentuale Anteil der unter 20-Jährigen von 20,2% auf 19,1% reduzieren. (vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 33)

**Grafik 5: Bevölkerungsprognose 2013**



Q: STATISTIK AUSTRIA. Bevölkerungsprognose 2013.

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 33

### 3.2.1 Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung

Zur Entwicklung der Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung ist zu bemerken, dass es unterschiedliche Annahmen für die Gründe der zunehmenden Zahl der Alten- und Hochbetagten in Österreich gibt. So zeigt die Prognose von 2013 für die Altersgruppe 85 plus eine Zunahme bei Männern und tendenziell noch deutlicher bei den Frauen. Die zu erwartende Zunahme der Alten- und Hochbetagten betrifft den von uns zu beschreibenden Langzeitpflegebereich. Die Fertilitätsannahmen sind hier von geringerer Bedeutung und betreffen ältere Menschen kaum, sie wären ausschließlich beim Anteil der Älteren im Bereich der Gesamtbevölkerung und in der internationalen Migration von Bedeutung. Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die demografischen Entwicklung in Österreich ist die

Sterblichkeitsrate. Eine Übersicht über Prognosenvarianten der Lebenserwartung ist in der folgenden Tabelle der Statistik Austria (2009) ersichtlich. (vgl. Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009, S. 52)

**Tabelle 8: Entwicklung der Zahl älterer Menschen in Österreich bis zum Jahr 2050 in Abhängigkeit von den Lebenserwartungsmaßnahmen**

| Jahr | Hauptvariante |           |         | Hohe Lebenserwartung |           |         | Niedrige Lebenserwartung |           |         | Benchmark-Variante |           |         |
|------|---------------|-----------|---------|----------------------|-----------|---------|--------------------------|-----------|---------|--------------------|-----------|---------|
|      | 65+ J.        | 75+J.     | 85+ J.  | 65+ J.               | 75+J.     | 85+ J.  | 65+ J.                   | 75+J.     | 85+ J.  | 65+ J.             | 75+J.     | 85+ J.  |
| 2005 | 1.338.387     | 634.174   | 134.243 | 1.338.387            | 634.174   | 134.243 | 1.338.387                | 634.174   | 134.243 | 1.338.387          | 634.174   | 134.243 |
| 2010 | 1.464.751     | 662.351   | 182.424 | 1.472.924            | 668.221   | 185.362 | 1.458.817                | 656.952   | 179.192 | 1.457.393          | 656.800   | 179.968 |
| 2015 | 1.570.466     | 726.056   | 206.026 | 1.596.228            | 747.092   | 217.340 | 1.546.212                | 707.029   | 194.013 | 1.536.698          | 700.243   | 193.718 |
| 2020 | 1.677.343     | 818.028   | 211.895 | 1.728.056            | 861.947   | 236.124 | 1.628.111                | 780.489   | 190.009 | 1.604.086          | 760.262   | 185.803 |
| 2025 | 1.851.116     | 896.586   | 250.237 | 1.932.262            | 966.333   | 291.402 | 1.770.685                | 834.569   | 215.663 | 1.726.697          | 797.946   | 204.331 |
| 2030 | 2.077.222     | 972.877   | 298.326 | 2.195.821            | 1.072.719 | 362.976 | 1.959.067                | 880.953   | 244.860 | 1.890.102          | 826.278   | 224.179 |
| 2035 | 2.272.929     | 1.097.701 | 332.543 | 2.434.369            | 1.233.631 | 422.577 | 2.113.948                | 971.557   | 258.725 | 2.016.495          | 895.283   | 230.298 |
| 2040 | 2.374.171     | 1.264.925 | 366.564 | 2.579.756            | 1.442.475 | 482.743 | 2.174.399                | 1.100.466 | 272.790 | 2.045.976          | 994.753   | 235.478 |
| 2045 | 2.422.314     | 1.404.146 | 437.304 | 2.674.841            | 1.628.969 | 588.497 | 2.178.996                | 1.196.167 | 315.170 | 2.021.341          | 1.057.704 | 263.165 |
| 2050 | 2.474.145     | 1.451.093 | 527.600 | 2.776.609            | 1.724.666 | 725.677 | 2.186.366                | 1.200.992 | 367.714 | 2.007.117          | 1.038.179 | 296.969 |

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2006.

Quelle: Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009, S.52

Die dargestellte Hochrechnung bezieht sich auf das Jahr 2050. In der Hauptvariante ist zu bemerken, dass die Zahl der Altersgruppe 85 plus auf 528.000 Personen anwächst und bei noch stärker ansteigender Lebenserwartung 726.000 Personen ausmachen könnte. (vgl. Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009, S. 52).

„Die Benchmark-Variante friert die Lebenserwartung (ebenso wie die Fertilität und die Migration) auf dem Niveau des Jahres 2005 ein. Die Ergebnisse zeigen damit ausschließlich den Effekt der Altersstruktur, also des Nachrückens jeweils stärker oder schwächer besetzter Jahrgänge ins hohe Alter. Die Verdoppelung der Zahl der 85 plus (von derzeit 134.000 auf knapp 297.000 im Jahr 2050) in dieser Prognosevariante, belegt den großen Einfluss der derzeitigen Altersstruktur auf die demografische Alterung der kommenden Jahrzehnte“. (Zitat Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009, S. 52)

Ein weiterer Aspekt der demografischen Entwicklung in Österreich soll die Perspektive aus der Sicht 85 plus bzw. der generationenspezifischen Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung darstellen, hier vor allem mit Blick auf ältere und hochbetagte Menschen. Die Tabelle über die Bevölkerung nach breiten Altersgruppen verdeutlicht, dass sich der Bevölkerungsanteil 85 plus von 2004 bis 2014 um 69,2% gesteigert hat, somit waren 2014 insgesamt 208.965 Personen ( Männer und Frauen) 85 Jahre oder älter. (vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 32)

**Tabelle 9: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen Kinder und Jugendliche bis ältere Menschen bzw. 85 plus**

| Jahr                                           | Insgesamt                         | Kinder und Jugendliche            |                | Erwerbsalter    |                 |                 | Ältere Menschen                   |                    |                    |                    |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                                |                                   | 0 bis 14 Jahre                    | 0 bis 19 Jahre | 15 bis 59 Jahre | 15 bis 64 Jahre | 20 bis 64 Jahre | 60 Jahre und älter                | 65 Jahre und älter | 75 Jahre und älter | 85 Jahre und älter |
| Männer                                         |                                   |                                   |                |                 |                 |                 |                                   |                    |                    |                    |
| 1869 (31.12.)                                  | 2.235.432                         | 631.513                           | 844.339        | 1.416.741       | 1.490.411       | 1.277.885       | 187.148                           | 113.478            | 25.327             | 2.389              |
| 1971 (1.1.)                                    | 3.525.203                         | 932.431                           | 1.188.911      | 2.002.807       | 2.192.644       | 1.936.134       | 589.995                           | 430.158            | 115.093            | 16.292             |
| 1981 (1.1.)                                    | 3.570.172                         | 779.021                           | 1.113.392      | 2.257.321       | 2.374.449       | 2.043.078       | 533.830                           | 416.702            | 146.062            | 17.332             |
| 1991 (1.1.)                                    | 3.696.200                         | 693.317                           | 950.897        | 2.421.910       | 2.605.223       | 2.347.643       | 580.973                           | 397.660            | 163.399            | 26.732             |
| 2001 (1.1.)                                    | 3.881.104                         | 696.324                           | 944.116        | 2.505.026       | 2.715.971       | 2.468.179       | 679.754                           | 468.809            | 176.013            | 36.048             |
| 2004 (1.1.)                                    | 3.952.600                         | 681.472                           | 929.274        | 2.535.223       | 2.780.007       | 2.532.205       | 735.905                           | 491.121            | 197.706            | 30.756             |
| 2011 (1.1.)                                    | 4.078.871                         | 632.382                           | 886.336        | 2.602.916       | 2.831.304       | 2.577.350       | 843.573                           | 615.185            | 242.535            | 49.928             |
| 2014 (1.1.)                                    | 4.155.339                         | 625.536                           | 866.806        | 2.642.610       | 2.869.322       | 2.628.052       | 887.193                           | 660.481            | 259.648            | 59.910             |
| Frauen                                         |                                   |                                   |                |                 |                 |                 |                                   |                    |                    |                    |
| 1869 (31.12.)                                  | 2.262.478                         | 636.965                           | 841.970        | 1.427.516       | 1.504.998       | 1.299.993       | 197.997                           | 120.515            | 27.865             | 2.958              |
| 1971 (1.1.)                                    | 3.953.827                         | 890.035                           | 1.139.087      | 2.147.189       | 2.435.973       | 2.156.921       | 916.603                           | 657.819            | 238.019            | 37.357             |
| 1981 (1.1.)                                    | 3.983.154                         | 745.106                           | 1.070.832      | 2.322.642       | 2.498.619       | 2.172.893       | 915.436                           | 739.429            | 308.216            | 51.880             |
| 1991 (1.1.)                                    | 4.314.682                         | 657.373                           | 905.756        | 2.387.472       | 2.601.587       | 2.353.204       | 969.837                           | 755.722            | 363.160            | 78.369             |
| 2001 (1.1.)                                    | 4.139.842                         | 662.856                           | 899.958        | 2.480.317       | 2.707.779       | 2.470.677       | 996.669                           | 769.207            | 399.480            | 106.903            |
| 2004 (1.1.)                                    | 4.189.973                         | 648.366                           | 883.912        | 2.507.687       | 2.771.829       | 2.536.283       | 1.033.920                         | 769.778            | 414.434            | 92.719             |
| 2011 (1.1.)                                    | 4.296.293                         | 602.024                           | 843.098        | 2.587.371       | 2.831.855       | 2.590.781       | 1.106.898                         | 862.414            | 430.730            | 141.191            |
| 2014 (1.1.)                                    | 4.352.447                         | 593.308                           | 822.142        | 2.619.621       | 2.862.962       | 2.634.128       | 1.139.518                         | 896.177            | 433.165            | 149.055            |
| Geschlechterproportion (Männer auf 100 Frauen) |                                   |                                   |                |                 |                 |                 |                                   |                    |                    |                    |
| 1869 (31.12.)                                  | 99                                | 99                                | 100            | 99              | 99              | 98              | 95                                | 94                 | 91                 | 81                 |
| 1971 (1.1.)                                    | 89                                | 105                               | 104            | 93              | 90              | 90              | 64                                | 65                 | 48                 | 44                 |
| 1981 (1.1.)                                    | 90                                | 105                               | 104            | 97              | 95              | 94              | 58                                | 56                 | 47                 | 33                 |
| 1991 (1.1.)                                    | 86                                | 105                               | 105            | 101             | 100             | 100             | 60                                | 53                 | 45                 | 34                 |
| 2001 (1.1.)                                    | 94                                | 105                               | 105            | 101             | 100             | 100             | 68                                | 61                 | 44                 | 34                 |
| 2004 (1.1.)                                    | 94                                | 105                               | 105            | 101             | 100             | 100             | 71                                | 64                 | 48                 | 33                 |
| 2011 (1.1.)                                    | 95                                | 105                               | 105            | 101             | 100             | 99              | 76                                | 71                 | 56                 | 35                 |
| 2014 (1.1.)                                    | 95                                | 105                               | 105            | 101             | 100             | 100             | 78                                | 74                 | 60                 | 40                 |
| Abhängigkeitsquotienten                        |                                   |                                   |                |                 |                 |                 |                                   |                    |                    |                    |
|                                                | Gesamt-<br>quotient <sup>1)</sup> | Jugend-<br>quotient <sup>2)</sup> |                |                 |                 |                 | Alters-<br>quotient <sup>3)</sup> |                    |                    |                    |
| 1869 (31.12.)                                  | 74                                | 65                                |                |                 |                 |                 | 9                                 |                    |                    |                    |
| 1971 (1.1.)                                    | 83                                | 57                                |                |                 |                 |                 | 27                                |                    |                    |                    |
| 1981 (1.1.)                                    | 79                                | 52                                |                |                 |                 |                 | 27                                |                    |                    |                    |
| 1991 (1.1.)                                    | 64                                | 39                                |                |                 |                 |                 | 25                                |                    |                    |                    |
| 2001 (1.1.)                                    | 62                                | 37                                |                |                 |                 |                 | 25                                |                    |                    |                    |
| 2004 (1.1.)                                    | 61                                | 36                                |                |                 |                 |                 | 25                                |                    |                    |                    |
| 2011 (1.1.)                                    | 62                                | 33                                |                |                 |                 |                 | 29                                |                    |                    |                    |
| 2014 (1.1.)                                    | 62                                | 32                                |                |                 |                 |                 | 30                                |                    |                    |                    |

Q: STATISTIK AUSTRIA, 1869 bis 1951: Volkszählungen, 1951 bis 2001: Bevölkerungsfortschreibung, ab 2003: Statistik des Bevölkerungsstandes.  
1) Bevölkerung 0 bis 19 Jahre und 65 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren. - 2) Bevölkerung 0 bis 19 Jahre auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren. - 3) Bevölkerung 65 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren.

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 32

Die nächste Tabelle liefert Zahlen zum Thema Lebenserwartung nach subjektivem Gesundheitszustand im Alter. In dieser Statistik befinden sich die Daten in Auswertung die in einer Bevölkerungsumfrage erhoben wurden. Vorrangig ging es darum, wie die eigene Gesundheit von den Befragten eingeschätzt wird. Die Angaben ergaben wiederum deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, wie auch bereits in vorherigen Tabellen und Auswertungen erkennbar war.

Die Bestandaufnahme von 2009 zum Thema Hochaltrigkeit bildet die Ausgangsbasis der Berechnungen für die österreichischen Bevölkerungsprognosen. Die nach Alter und Geschlecht gegliederte Verteilung der Antworten auf die Fragen zur subjektiven

Einschätzung der eigenen Gesundheit erfolgte in repräsentativen Stichprobenerhebungen sowie Sterbetafeln. Trotz einer Reihe methodischer Unsicherheiten und Problemen zeichnen die Ergebnisse ein eindeutiges Bild. Die Zahl und der Anteil der in subjektiv guter Gesundheit verbrachten Jahre stiegen bei älteren Menschen stark an und zwar für beide Geschlechter, bei den „jüngeren“ Alten ebenso wie bei den Hochbetagten. Die Dynamik dieser Entwicklung hat sich in den letzten zehn Jahren aber deutlich abgeschwächt. Während sich davor die Einschätzung der eigenen Gesundheit sogar überproportional positiv entwickelte, halten sich in folgenden Jahren der Anstieg der fernerer Lebenserwartung und die bessere Einschätzung des Gesundheitszustandes die Waage. (vgl. Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009, S. 66)

**Tabelle 10: Lebenserwartung 2014 nach subjektivem Gesundheitszustand im Alter**

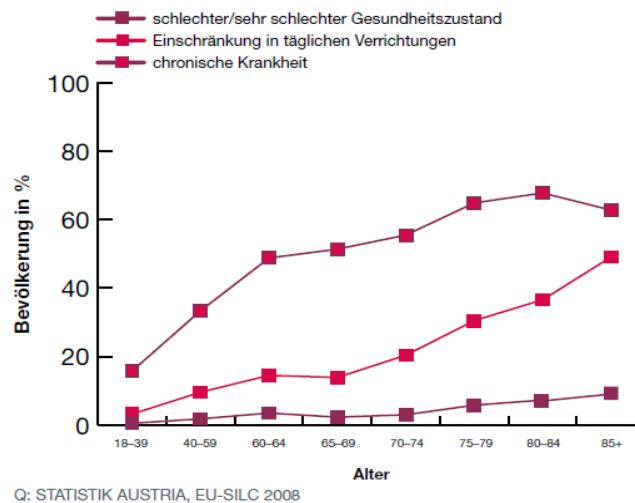
| Alter | Männer                                   |                                   |                |                   |                                         | Frauen                                   |                                   |                |                   |                                         |
|-------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|-----------------------------------------|
|       | (Fernere) Lebenserwartung 2014 in Jahren |                                   |                |                   | Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%) | (Fernere) Lebenserwartung 2014 in Jahren |                                   |                |                   | Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%) |
|       | zusammen                                 | davon in subjektiv ... Gesundheit |                |                   |                                         | zusammen                                 | davon in subjektiv ... Gesundheit |                |                   |                                         |
|       |                                          | (sehr) guter                      | mittel-mäßiger | (sehr) schlechter |                                         |                                          | (sehr) guter                      | mittel-mäßiger | (sehr) schlechter |                                         |
| 0     | 78,9                                     | 65,9                              | 10,3           | 2,7               | 84                                      | 83,7                                     | 66,6                              | 13,5           | 3,7               | 80                                      |
| 15    | 64,3                                     | 51,2                              | 10,4           | 2,7               | 80                                      | 69,1                                     | 51,9                              | 13,5           | 3,7               | 75                                      |
| 20    | 59,4                                     | 46,4                              | 10,2           | 2,7               | 78                                      | 64,2                                     | 47,2                              | 13,3           | 3,7               | 74                                      |
| 25    | 54,6                                     | 41,8                              | 10,1           | 2,7               | 77                                      | 59,2                                     | 42,5                              | 13,1           | 3,7               | 72                                      |
| 30    | 49,7                                     | 37,2                              | 9,8            | 2,6               | 75                                      | 54,3                                     | 38,0                              | 12,8           | 3,6               | 70                                      |
| 35    | 44,9                                     | 32,8                              | 9,5            | 2,6               | 73                                      | 49,4                                     | 33,5                              | 12,4           | 3,5               | 68                                      |
| 40    | 40,0                                     | 28,4                              | 9,0            | 2,6               | 71                                      | 44,5                                     | 29,3                              | 11,7           | 3,5               | 66                                      |
| 45    | 35,3                                     | 24,3                              | 8,5            | 2,5               | 69                                      | 39,7                                     | 25,2                              | 11,2           | 3,3               | 64                                      |
| 50    | 30,7                                     | 20,6                              | 7,9            | 2,2               | 67                                      | 34,9                                     | 21,2                              | 10,6           | 3,2               | 61                                      |
| 55    | 26,3                                     | 17,0                              | 7,3            | 2,0               | 65                                      | 30,3                                     | 17,8                              | 9,7            | 2,8               | 59                                      |
| 60    | 22,1                                     | 14,0                              | 6,3            | 1,8               | 64                                      | 25,8                                     | 14,5                              | 8,8            | 2,5               | 56                                      |
| 65    | 18,2                                     | 11,4                              | 5,3            | 1,5               | 63                                      | 21,5                                     | 11,3                              | 7,8            | 2,4               | 53                                      |
| 70    | 14,7                                     | 9,2                               | 4,4            | 1,1               | 63                                      | 17,4                                     | 8,5                               | 6,8            | 2,1               | 49                                      |
| 75    | 11,3                                     | 7,0                               | 3,4            | 0,9               | 62                                      | 13,4                                     | 6,2                               | 5,5            | 1,6               | 46                                      |
| 80    | 8,2                                      | 5,0                               | 2,4            | 0,8               | 61                                      | 9,7                                      | 4,2                               | 4,3            | 1,3               | 43                                      |
| 85    | 5,7                                      | 3,9                               | 1,8            | 0,0               | 69                                      | 6,7                                      | 3,0                               | 2,9            | 0,8               | 45                                      |

Q: STATISTIK AUSTRIA, Sterbetafel 2014 bzw. Gesundheitsbefragung 2014. Fragestellung: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien: "Sehr gut - Gut - Mittelmäßig - Schlecht - Sehr Schlecht". Da für die Bevölkerung unter 15 Jahren keine Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell ein subjektiv guter Gesundheitszustand unterstellt. - Erstellt am: 18.11.2015.

Quelle: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html)

Die nachfolgenden zwei Tabellen veranschaulichen das stetige Anwachsen gesundheitlicher Probleme die mit dem Alter verbunden sind. Nähere Informationen zu den daraus resultierenden Kosten erfolgen im Kapitel 4. Bei Menschen 85 plus ist nach Einschätzung der Befragten selbst nicht der schlechte Gesundheitszustand definiert, sondern die chronischen Krankheiten, die Einschränkung in täglichen Verrichtungen und die Probleme bei Basisaktivitäten im täglichen Leben. Der hohe Anteil der Frauen in den folgenden Tabellen könnte ebenso auf die Lebenserwartung zurückzuführen sein.

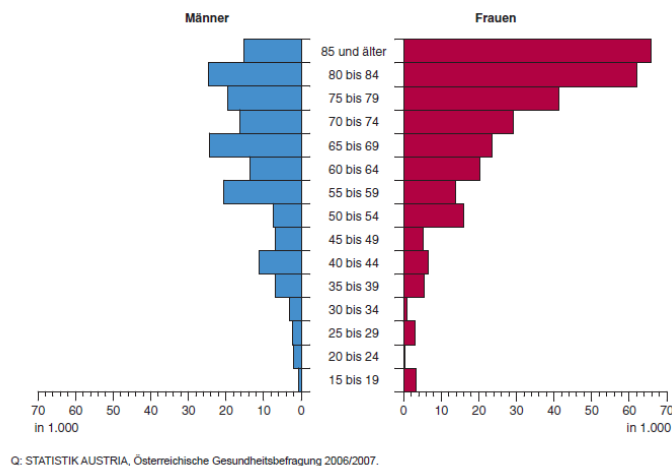
**Tabelle 11: Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen**



Quelle: Eiffe und Österreich, 2012, S. 78

Grundsätzlich lassen sich Parameter wie Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Probleme bei Basisaktivitäten im täglichen Leben mühelos miteinander verknüpfen. Probleme in der Haushaltsführung, sowie eingeschränkte Mobilität, verminderte Seh- und Hörfähigkeit und/ oder chronische Erkrankungen im höheren Alter führen zu notwendigen und zu erbringenden Unterstützungsleistungen im häuslichen Milieu. Wie aus der folgenden Grafik sichtbar wird, ist der Anteil von Frauen 85 Jahre und älter deutlich höher als bei Männern in dieser Altersgruppe, da vermutlich die Ehepartnerin im familienbasierten Pflegesystem verhortet ist und ein entsprechend hohes Maß an Unterstützungsleistung im informellen Pflegesektor erbringt, siehe auch Heitzmann & Österle (2008).

**Tabelle 12: Probleme bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens**



Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 48

### 3.2.2 Unterbringung der österreichischen Bevölkerung in der stationären LZZ

In der Grafik zu den Basisaktivitäten gibt es einen engen Bezug bzw. eine Verbindung zum Bundespflegegeld, dass pflegebedürftigen Menschen die Finanzierung der erforderlichen Betreuung und Hilfe (Pflege) sichern soll. Darüber hinaus soll dieses auch die Möglichkeiten verbessern, ein selbstbestimmtes und nach persönlichen Bedürfnissen orientiertes Leben zu führen. Im Kapitel 2 wurde dieses Thema bereits näher erläutert. Die vorliegende Tabelle „Probleme bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens“ zeigt auf, dass gerade der Anteil an Frauen in der Altersgruppe 85 plus deutlich überwiegt. Das ist darauf zurückzuführen, dass einerseits die Lebenserwartung bei Frauen höher ist, aber andererseits auch die Unterstützungsleistungen die Frauen im informellen Sektor erbringen, einen klaren Bezug zu pflegebedürftigen Familienangehörigen haben.. In Österreich werden mehr als 80 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause durch nahe Angehörige gepflegt. Nur mit Hilfe dieser Pflege im engeren Familienkreis ist eine Betreuung aller Pflegebedürftigen möglich. Davon wiederum werden über 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen zu Hause von nahen Angehörigen gepflegt und über 70 Prozent davon sind Frauen. Viele pflegende Angehörige müssen die Erwerbstätigkeit aufgeben, lediglich ein Drittel geht einer bezahlten Arbeit nach. Laut Armutskonferenz (2015) droht pflegenden Angehörigen die ihre Arbeit reduzieren oder zu Gänze aufgeben in weiterer Folge eine niedrigere Pension und sie laufen damit Gefahr in die Altersarmut abzurutschen.

Wie aus der Tabelle 13 „Bundespflegegeldbezug 2012“ (BPGG 2012) ersichtlich, ist der Frauenanteil über 76% bei den über 81 Jährigen. In Bezug auf die Grafik zur Bevölkerungsprognose 2013 wird sich dies auch auf den Pflegegeldbezug im Vergleich zu den Jahren 2030 und 2060 auszuwirken.

**Tabelle 13: Bundespflegegeldbezug 2012**

|                                | Insgesamt      | Männer         | Frauen         | Frauenanteil<br>in % | Anteil insgesamt<br>in % |
|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------------|--------------------------|
| <b>Insgesamt <sup>1)</sup></b> | <b>440.896</b> | <b>150.614</b> | <b>290.282</b> | <b>65,8</b>          | <b>100</b>               |
| <b>Pflegegeldstufen</b>        |                |                |                |                      |                          |
| 1                              | 98.989         | 31.062         | 67.927         | 68,6                 | 22,5                     |
| 2                              | 131.843        | 46.054         | 85.789         | 65,1                 | 29,9                     |
| 3                              | 76.410         | 26.920         | 49.490         | 64,8                 | 17,3                     |
| 4                              | 62.534         | 22.103         | 40.431         | 64,7                 | 14,2                     |
| 5                              | 43.751         | 14.216         | 29.535         | 67,5                 | 9,9                      |
| 6                              | 18.183         | 7.091          | 11.092         | 61,0                 | 4,1                      |
| 7                              | 9.186          | 3.168          | 6.018          | 65,5                 | 2,1                      |
| <b>Altersgruppen</b>           |                |                |                |                      |                          |
| bis 20 Jahre                   | 13.369         | 7.988          | 5.381          | 40,2                 | 3,0                      |
| 21 bis 40 Jahre                | 19.154         | 10.809         | 8.345          | 43,6                 | 4,3                      |
| 41 bis 60 Jahre                | 47.229         | 24.335         | 22.894         | 48,5                 | 10,7                     |
| 61 bis 80 Jahre                | 137.566        | 54.352         | 83.214         | 60,5                 | 31,2                     |
| 81 und mehr Jahre              | 223.578        | 53.130         | 170.448        | 76,2                 | 50,7                     |
| Anteil 61 und mehr Jahre in %  | 81,9           | 71,4           | 87,4           | 70,2                 | 81,9                     |

Q: STATISTIK AUSTRIA. - 1) Inkl. ehemalige Landespflegegeldbezieherinnen und -bezieher (die Landespflegegeldgesetze wurden mit 31.12.2011 aufgehoben und die Zuständigkeit ab 1.1.2012 zur Gänze auf den Bund übertragen).

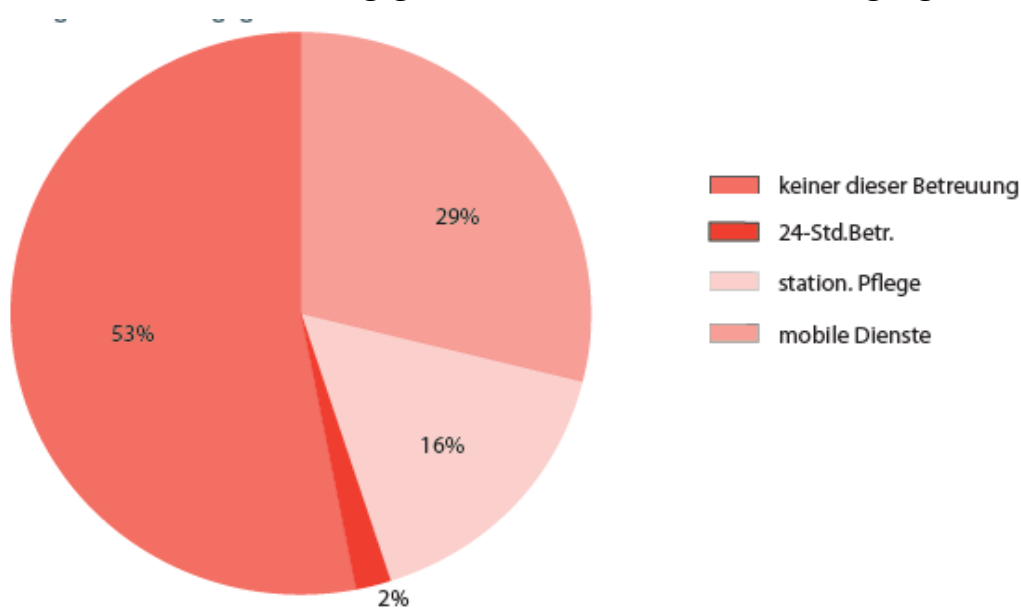
Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 49

Die meisten stationären Langzeitpflegeaufenthalte sind für Personen der Pflegestufen 5 bis 7 und der Altersspanne 85 plus zu erwarten.

Aber auch bei Personen in der Pflegestufe 4 mit den entsprechend zugeordneten Krankheiten wie z. B. demenzielle Erkrankungen, die schon jetzt an erster Stelle für die meisten stationären Aufnahmen in der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen in Österreich verantwortlich sind, wird eine steigende Aufnahme in der Langzeitpflege erwartet. 2009 standen 70.000 Pflegeplätze in Österreich zur Verfügung, darüber hinaus gab es in geriatrischen Tageszentren ein Angebot von rund 2.100 Plätzen. 2011 wurden in Österreich 844 Einrichtungen als Alten- und Pflegeheime registriert. (vgl. BMG 2012, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Kap. 2.9.)

Die nächste Grafik „Anteil der PflegegeldbezieherInnen nach Unterbringung“ zeigt das im Jahr 2010 16% der PflegegeldbezieherInnen im Bereich der stationären Langzeitpflege untergebracht waren.

**Grafik 6: Anteil der PflegegeldbezieherInnen nach Unterbringung 2010**



Quelle: Pflegevorsorgebericht 2011 des BMASK, S. 21

Das Jahrbuch der Gesundheit beschreibt für Österreich, dass ähnlich wie in vergleichbaren europäischen Ländern, unter anderem auch in Dänemark insbesondere der Anteil der sehr alten und hochbetagten Menschen ansteigt.

„Diese Entwicklung ist durch das demografische „Momentum“, also durch die derzeitige Altersstruktur der Bevölkerung nur in Nuancen beeinflussbar. Unter einer Langfristperspektive stellt sich die Entwicklung der kommenden Jahrzehnte als letzter Schritt des Umbaus der Gesellschaft von demografisch jung zu demografisch alt dar. Die Gesellschaft insgesamt, die einzelnen Generationen und letztlich jeder einzelne, wird von den Konsequenzen dieser Entwicklung betroffen sein. Die Diskussionen um dieses Thema wurden meist im Hinblick auf eine alternde und schrumpfende Bevölkerung geführt. Wie Prognosen für Österreich zeigen, bringen die kommenden Jahrzehnte aber demografische Alterung bei einer gleichzeitig wachsenden Bevölkerung mit sich. Manche Befürchtungen seitens Thema Überalterung in Österreich relativieren sich dadurch, andere bleiben zweifellos berechtigt.“ (Zitat Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009, S. 68)

### ***3.3 Demografische Entwicklungen der Länder im Vergleich***

Im Vergleich der EU-28-Staaten lag Österreich im Jahr 2014 laut Statistik Austria bei der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt sowohl bei Männern mit 79,2 als auch bei

Frauen mit 84,0 Jahren über dem EU-Durchschnitt. Dänemark hingegen, wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, liegt mit 78,7 Jahren bei Männern und 82,8 Jahren bei Frauen darunter. Die Spannbreite der Lebenserwartung in den EU-28-Staaten reichte 2014 bei Männern von 69,1 bis 81,3 Jahren, bei Frauen von 77,4 bis 85,0 Jahren. Somit betrug die Differenz zwischen höchster und niedrigster Lebenserwartung im Vergleich der EU-28-Länder bei Männern 12,2 Jahre, bei Frauen 7,6 Jahre. Der Durchschnitt bei beiden Geschlechtern liegt in den EU-28 Staaten bei 80,9 Jahren, in Österreich bei 81,7 Jahren und in Dänemark bei 80,7 Jahren. (vgl. <http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>, S. 1-2)

Die Prognose über den Anstieg der österreichischen und dänischen Bevölkerungsgruppe wie in der folgenden Tabelle 14 Anteil der Bevölkerungsgruppe nach Alter angeführt, zeigt das unterschiedliche Wachstum im Bereich der Personen 80 plus. War 2010 der Anteil der Personen 80 plus in Österreich bei 5- 10% angesiedelt, erhöht sich dieser auf 12,8 Prozent. Das Wachstum der Bevölkerungsgruppe 80 plus in Dänemark weist demnach im Vergleich zu Österreich eine verminderte Steigerung auf.

**Tabelle 14: Anteil der Bevölkerungsgruppe nach Alter 80 plus**

| <b>Land</b>        | <b>Anteil der 80+<br/>[%] 2010</b> | <b>Anteil der 80+<br/>[%] 2050</b> | <b>Wachstum des Anteils<br/>der 80+[%]</b> |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| Japan              | 6,3                                | 14,4                               | 128,6                                      |
| Spanien            | 5,5                                | 12,8                               | 132,7                                      |
| Schweden           | 5,3                                | 10,2                               | 92,5                                       |
| Frankreich         | 5,3                                | 10,0                               | 81,8                                       |
| <b>Deutschland</b> | <b>5,2</b>                         | <b>13,1</b>                        | <b>151,9</b>                               |
| Österreich         | 5,0                                | 12,8                               | 156,0                                      |
| Schweiz            | 4,7                                | 12,0                               | 155,3                                      |
| Norwegen           | 4,7                                | 9,9                                | 110,6                                      |
| Großbritannien     | 4,6                                | 10,0                               | 117,4                                      |
| Dänemark           | 4,2                                | 9,7                                | 131,0                                      |
| Luxemburg          | 4,0                                | 7,6                                | 90,0                                       |
| Australien         | 3,9                                | 8,1                                | 107,7                                      |
| Niederlande        | 3,8                                | 10,5                               | 176,3                                      |
| USA                | 3,7                                | 7,4                                | 100,0                                      |

Quelle: U.S. Census Bureau (2010).

Quelle: Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, Wild, 2010, S. 15

Im Zusammenhang mit dem Anteil der Bevölkerungsgruppe 80 plus ist das Bevölkerungswachstum insgesamt von Bedeutung. Die nachfolgende Tabelle 15 „Bevölkerungsprognose nach Alter und Geschlecht“ stellt die Prognose von Eurostat über das Ausmaß des Bevölkerungswachstums bezogen auf den Zeitraum 2015 bis 2060 dar. Bei einem Wachstum von 9,6% in Österreich bis 2050 wird eine Bevölkerungsanzahl von rund 96,52 Millionen Menschen prognostiziert. In Dänemark wird die Bevölkerungszahl auf 69,2 Millionen Menschen wachsen, das ist eine Steigerung von 8,45%. Die Voraussetzung dafür ist laut Eurostat, dass das Wachstum konstant auf diesem Niveau bleibt.

**Tabelle 15: Bevölkerungsprognose nach Alter und Geschlecht  
beider Länder bis 2060**

|                               | 2015        | 2020        | 2030        | 2040        | 2050        | 2060        |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Europäische Union (28 Länder) | 508.201.535 | 512.018.934 | 515.646.362 | 516.144.576 | 510.825.755 | 497.707.180 |
| Dänemark                      | 5.649.335   | 5.768.346   | 6.017.394   | 6.175.021   | 6.218.950   | 6.191.046   |
| Österreich                    | 8.550.737   | 8.786.535   | 9.223.982   | 9.481.330   | 9.499.919   | 9.273.112   |

Quelle: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj\\_13nplfv&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_13nplfv&lang=de), online Zugriff am 19.11.2016, eigene Auswertung

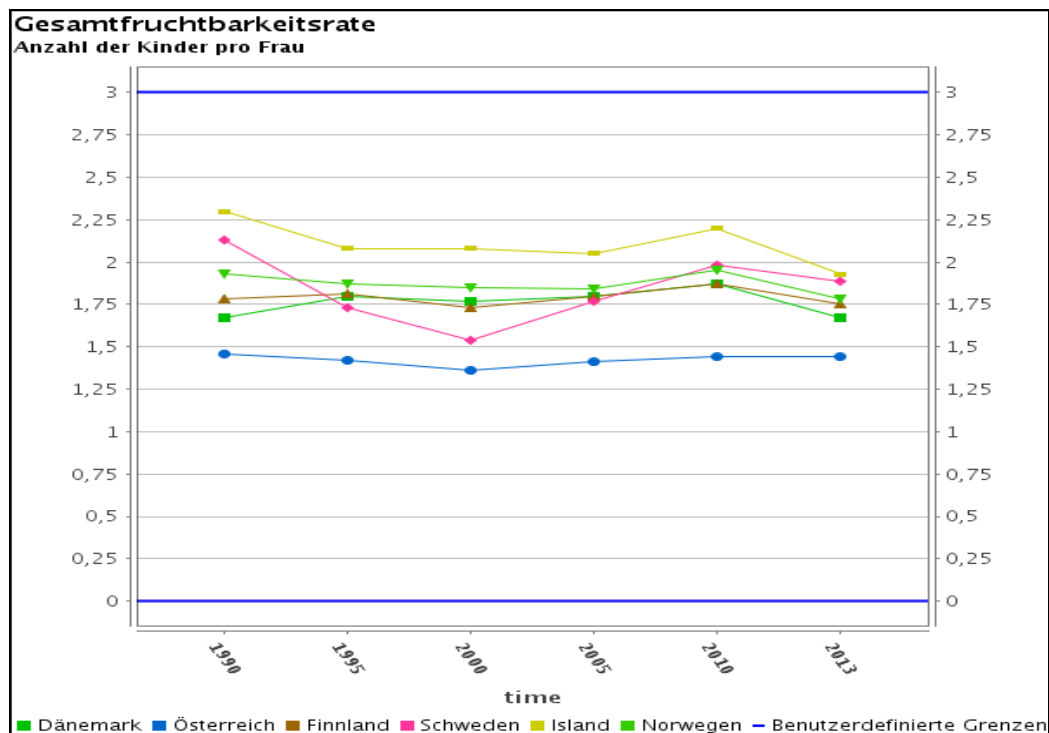
Die folgende Grafik zur Gesamtfruchtbarkeitsrate mit den Daten der Eurostat (2015) könnte darauf schließen lassen, dass Länder mit einem öffentlich finanzierten Pflegesystem eine höhere Geburtenrate aufweisen als jene mit einem „familienbasierten“ System. Vergleicht man die jeweiligen Lebenserwartungen der Länder, steht Österreich weniger gut da als z.B. die skandinavischen Länder, allerdings deutlich besser als Deutschland mit seinem „familienbasierten“ Modell. Die Geburtenrate in Österreich ist seit 1980 zurückgegangen und liegt heute bei rund 1,4 Kindern pro Frau, während die Geburtenrate in Dänemark mit 1,7 Kindern pro Frau höher liegt. Gerade im Vergleich zu den skandinavischen Ländern zeigt sich offensichtlich, dass ein von öffentlicher Hand getragenes und qualitativ hochstehendes Pflege- und Betreuungssystem, sowohl für Kinder als auch für Betagte, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht. Durch dieses System könnte man annehmen, wird gleichsam eine effektive Gleichstellung der

Geschlechter gefördert. Eine niedrige Geburtenrate ist nicht die einzige Problematik, die eine Folge des familienbasierten Pflegesystems wäre. Familienmitglieder, die ihre Angehörigen pflegen, sind selber krankheitsanfälliger, beziehungsweise erkranken häufiger (v.a. an Depressionen) als der Rest der Bevölkerung. Hinzu kommen immer mehr Menschen im Pensionsalter die selbst keine Kinder oder Enkel haben welche sich im Pflegefall um sie kümmern könnten. Auch diese Zahl wird tendenziell weiter steigen, als Folge der niedrigen Geburtenraten. (vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, S. 13, vgl. WISO Diskurs 2012, S. 8 -13)

Resümierend könnte es daher sinnvoll sein, die Professionalisierung der Care-Berufe öffentlich zu fördern. Eine ausführliche detaillierte Beschreibung zu diesem Thema erfolgt in Kapitel 5, zur curricularen Entwicklung und zum Bedarf neuer Berufsgruppen in der Pflege.

„Auch Österreich hat eine allgemein funktionierende Langzeitpflege- und Betreuung dringend nötig und verdient. Der Blick auf das skandinavische Erfolgsmodell zeigt deutlich, in welche Richtung sich Österreich hinbewegen könnte nämlich zu einer professionellen, langfristig und kontinuierlich öffentlich finanzierten Langzeitpflege.“ (Zitat Bernreiter/von Nida, 2015, S. 13, vgl. WISO Diskurs 2012, S. 8 -13)

**Tabelle 16: Gesamtfruchtbarkeitsrate – Anzahl Kinder pro Frau**



Quelle: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_find&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_find&lang=de), mit einem Update vom 27.5.2015, eigene Darstellung (vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, S. 14)

„Zusammenfassend lässt sich aus der vorliegenden Tabelle erkennen, dass die mittlere Anzahl lebend geborener Kinder die eine Frau im Verlauf ihres Lebens gebären würde den altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern der betreffenden Jahre entsprechen würde. Es handelt sich somit um die endgültige Kinderzahl einer hypothetischen Geburtskohorte, die sich durch die Addition der altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern eines bestimmten Jahres ermitteln lässt. Dabei geht man davon aus, dass die Zahl der Frauen in den verschiedenen Altersgruppen gleich groß ist.“ (Zitat Bernreiter/von Nida, 2015, S. 14, vgl. WISO Diskurs 2012, S. 8 -13)

### ***3.4 Zusammenfassung der demografischen Entwicklung der Länder im Vergleich***

In Kapitel 3 wurden die Daten der Eurostat (2015) bearbeitet. In der Auswertung konnte Rückschluss gezogen werden, dass Länder mit einem öffentlich finanzierten Pflegesystem eine höhere Geburtenrate aufweisen als jene mit einem „familienbasierten“ Pflege-System. In der Bevölkerungsprognose ist sichtbar, dass die Anzahl von Menschen im Pensionsalter, die keine Kinder oder Enkel haben welche sich im Pflegefall um sie kümmern könnten zunimmt, hier könnten die sinkenden Geburtenraten zugrunde liegen. Schlussfolgernd ließe sich am Ende des Kapitel 3 zusammenfassen, dass es sinnvoll und zu überlegen wäre, die Professionalisierung der Care-Berufe öffentlich zu fördern. Die Prognose der Eurostat weist für den Zeitraum von 2015 bis 2060 für Österreich ein Wachstum von 9,6% aus. Das heißt, im Jahre 2050 kann Österreich mit einer Bevölkerungsanzahl von 96,53 Mio. Menschen rechnen. In Dänemark wird mit einem Anstieg der Bevölkerungsanzahl auf 69,2 Mio. Menschen gerechnet, Voraussetzung hierfür ist die Wachstumsrate bleibt auf konstantem Niveau. Die Basis für diese Daten bilden die Erhebungen und Hochrechnungen der Statistiken der Länder aus dem Jahre 2010. Der Vergleich der Bevölkerungsgruppen nach Alter zeigt, dass es unterschiedliche Wachstumsraten im Bereich der Personen 80 plus gibt. War 2010 der Anteil der Personen 80 plus in Österreich weiter unter 10% angesiedelt, erhöht sich dieser auf 12,8 % (Dänemark 9,7%).

Im Kapitel 3 wurde die Bedeutung des Themas der Hochaltrigkeit herausgearbeitet. Laut Studie von 2009 ist die Lebenserwartung älterer Menschen durch den Sterblichkeitsrückgang im hohen Erwachsenenalter in den letzten drei Jahrzehnten stark

gestiegen. Hierfür wird die Verbesserung des Gesundheitszustands älterer Menschen als Grund angegeben, auch die Aussagen zum subjektiven Gesundheitsbefinden der Befragten wurden in die Erhebungen einbezogen. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Gesundheitsempfinden nicht unweigerlich auf medizinischen Therapiererfolgen begründet sind. Sollte sich diese Tendenz in naher Zukunft verändern könnte das weitreichende Folgen für medizinische Leistungen und deren Kosten haben. Es wird eher davon ausgegangen, dass die Zahl der Personen 85 plus in Österreich ansteigt und bis zum Jahr 2050 die Marke 726.000 erreicht haben könnte. Das folgende Kapitel 4 beschäftigt sich mit den daraus zu erwartenden Kosten der Finanzierung der Pflege in Österreich und Dänemark und will zeigen, wie wichtig es ist, alternative kostengünstigere Pflegeunterbringung und Versorgung anzudenken.

## **4 Finanzierung (VerfasserIn Werner Bernreiter)**

In Kapitel 4 soll besonderes Augenmerk auf die Finanzierungen der Pflege und Leistungserbringung, unter der Prämisse der unterschiedlichen Pflegesysteme der beiden Länder Österreich und Dänemark gelegt werden. So ist 2025 mit einem jährlichen Mehraufwand von 446 Mio. Euro in der Kostenprognose der stationären pflegerischen Versorgung für Österreich zu rechnen. Ebenso zeichnet sich in Dänemark ein steigender Mehraufwand für pflegerische und soziale Betreuung ab. Es erfolgt in Kapitel 4 eine detaillierte Beschreibung der Finanzierung der Langzeitpflege unter den Gesichtspunkten der familien- oder servicebasierten Pflegesysteme. Im Anschluss werden beide Länder in der Finanzierung der Langzeitpflege miteinander verglichen Auch die Kosten für Prävention innerhalb der Ausgaben für Gesundheit und Pflege der Länder werden in Kapitel 4 angesprochen werden.

### ***4.1 Finanzierung der Pflege in Dänemark allgemein***

Das dänische System der sozialen Sicherung entspricht mehr noch als das schwedische und norwegische dem Prinzip eines so genannten universellen Sozialsystems nach dem Beveridge Modell. In Dänemark gibt es keine Sozialversicherung, für die Anspruchsberechtigung zählt das Wohnortprinzip. Viele Leistungen werden in ihrer Höhe

einkommensunabhängig geleistet und richten sich nur in begrenztem Maße nach einer früheren Erwerbstätigkeit. Die Verantwortung für den größten Teil der Pflegeleistungen liegt in Dänemark bei den Kommunen. Innerhalb eines staatlich vorgegebenen Rahmens können sie Umfang und Vielfalt des Angebotes selbst bestimmen. Die ambulante häusliche Pflege spielt in Dänemark eine große Rolle, Pflegestufen wie in Österreich gibt es nicht. Mit den umfassenden ambulanten Leistungen wird das Ziel verfolgt, die wesentlich teurere stationäre Betreuung zu vermeiden. Hierzu trägt auch bei, dass fast alle Kommunen über ausgebaute Tageszentren (Activitetscentre) verfügen. Diese Einrichtungen stehen nicht nur älteren Menschen zur Verfügung. Sie bieten ein Aktivitäten Programm für alle Altersgruppen, offerieren aber zum Beispiel auch pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung in der häuslichen Versorgung. Die Pflegeleistungen der Kommunen werden fast ausschließlich als Sachleistungen erbracht. Ist die Kommune dazu jedoch aus personellen Gründen nicht in der Lage, werden auch Geldleistungen an die Angehörigen ausgezahlt. Neben den kommunalen Pflegeleistungen können Pflegebedürftige auch Geldleistungen vom Zentralstaat erhalten. Hierbei handelt es sich um eine Betreuungszulage (Bistandstillæg) und eine Pflegezulage (Plejetillæg). Bei beiden Leistungen handelt es sich um Pauschalbeträge, die einkommensunabhängig an Bedürftige gezahlt werden, die das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Oberhalb dieser Altersgrenze besteht nur dann ein Anspruch, wenn die Leistung bereits vorher bezogen wurde. Die Finanzierung erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen des Zentralstaates. (vgl. Wild, 2010, S. 24-25)

## ***4.2 Finanzierung der Pflege in Österreich allgemein***

Die Verantwortung für die Bereitstellung von Leistungen im österreichischen Pflegesystem ist auf Bund und Länder aufgeteilt. Die Zuständigkeit für Geldleistungen (Pflegegeld) liegt beim Bund. Hier erfolgt die Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln der Bundes- und Länderbudgets. Für Sachleistungen sind die Länder zuständig sie werden aus den Landesbudgets finanziert.

Im Jahr 1993 wurde in Österreich das Pflegegeld eingeführt. In diesem Jahr wurden auch die Krankenversicherungsbeiträge erhöht und die dadurch gewonnenen Steuermittel für das Pflegegeld verwendet. Für den Bereich der weiteren Leistungen (ambulant und stationär) gilt das Subsidiaritätsprinzip. Die Kosten müssen daher von den

Pflegebedürftigen vorrangig selbst getragen werden. Erst wenn diese Kosten durch den Pflegebedürftigen selbst nicht abgedeckt werden können, erfolgt eine Unterstützung durch die Sozialhilfeträger, die von Ländern und Kommunen finanziert werden. Länder und Kommunen finanzieren ihre Ausgaben wiederum vorwiegend aus Steuereinnahmen. (vgl. Wild, 2010, S. 21-23)

„Die stationären Pflegeleistungen werden in den traditionellen Alten und Pflegeheimen erbracht, die mehrheitlich von der öffentlichen Hand betrieben werden. Die gesetzlichen Vorschriften zum Beispiel bezüglich Größe und Personalstruktur unterscheiden sich je nach Bundesland. Im ambulanten Bereich existiert ein gut ausgebautes Netz an sozialen Diensten. Typischerweise wird der Sozialhilfeträger versuchen, das Vermögen des Pflegebedürftigen oder auch das Erbe rückwirkend zur Deckung seiner Ausgaben zu verwerten. Das österreichische System der Pflegefinanzierung ähnelt der Vorgehensweise in Deutschland vor der Einführung der Pflegeversicherung. Eine traditionell große Rolle spielt die informelle Pflege, also die Betreuung durch Familienangehörige.“

(Zitat Wild, 2010, S. 21-23)

#### ***4.3 Finanzierung der Pflege im Vergleich Österreich und Dänemark***

Im Vergleich des österreichischen Altenpflegesystems mit dem dänischen Altenpflegesystem ist ersichtlich, dass beide Länder unterschiedliche Wege in der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit gegangen sind. Die auffälligsten Merkmale dabei sind: In Dänemark gibt es vorwiegend einheitliche Gesetze, in Österreich hingegen weit mehr bundesländerspezifische bzw. regionale Gesetze. In Dänemark hat die Bedarfssteuerung einen hohen Stellenwert, Österreich dominiert die Ausgabensteuerung. Im Bereich der Prävention setzt Dänemark Konzepte ein, die als Voraussetzung für ein funktionelles Altenpflegesystem dienen. Im Vergleich kann man feststellen, dass die unterschiedlichen Systeme auch an unterschiedlichen Rahmenbedingungen festhalten, wobei die Wahlfreiheit in beiden Ländern festgelegt ist.

„Anhand der Finanzierungspolitik ist festzustellen, dass Dänemark über dieses System mehr Gelder lukriert, da nach Sozialausgaben pro Kopf in KKS (Kaufkraftstandards) Dänemark 2011 bei rund 40 % über dem EU 28 Durchschnitt lag, hier gegenüber Österreich mit rund 30 %“. (vgl. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5166794/3-21112013-AP-DE.PDF/f30bdd77-77af-4cd8-89ee-7e6c4d974257>, Zitat Bernreiter/von Nida 2015, S. 19 )

## ***4.4 Beschreibung und Vergleich der Pflegesysteme beider Länder in Hinsicht auf die Finanzierung der Langzeitpflege***

### **4.4.1 Beschreibung der Pflegesysteme: familien- und servicebasierte Systeme**

Im Mittelpunkt des familienbasierten Pflegesystems steht eine informelle Pflege, also eine Pflege die nicht nur von professionellem Personal ausgeübt wird, sondern hauptsächlich von Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung, sogenanntem Laienpflegepersonal. Das können Familienmitglieder, Personen der Nachbarschaft oder Mitglieder von Vereinen (kirchlichen) sein. Dieses Pflegesystem zeichnet sich durch einen geringen Bedarf an öffentlichen Geldern aus.

Das „servicebasierte“ Pflegesystem hingegen besteht aus einer durchwegs formellen und professionellen Pflege, welche vorwiegend von der öffentlichen Hand finanziert und getragen wird. (vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, S. 10, vgl. <http://fage.vpod.ch/2015/02/10/der-skandinavische-weg-in-eine-gute-langzeitpflege-und-betreuung/>)

### **4.4.2 Vergleich der Pflegesysteme Österreichs und Dänemark**

Das skandinavische Modell setzt auf das Konzept der formellen Pflege. Das Konzept wird hauptsächlich durch öffentliche Mittel finanziert und erreicht einen hohen Grad an Professionalisierung. Das skandinavische Modell versucht außerdem Familien zu entlasten. In den letzten 40 Jahren wurde die Akademisierung der Pflege forciert und es besteht eine generalisierte Pflegeausbildung. Eine professionelle Qualität der Pflege und der notwendige Personalbestand in der Pflege kann dadurch gewährleistet werden.

„Das Schwedische Modell (auch Skandinavisches Modell oder Nordisches Modell) ist ein Sammelbegriff für die ähnliche Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Sozialpolitik der nordischen Länder Dänemark, Norwegen, Finnland, Island und Schweden. Es bildet dort als politisches Konzept die Grundlage der Wohlfahrtsstaaten. Das schwedische Sozialsystem erfasst schließlich alle, vom Kleinkind (über die kommunale Kinderfürsorge) bis zum Rentner (über die kommunale Altenfürsorge). Erst im letzten Jahrzehnt kam es zu einschneidenden Veränderungen. Eine schwere Wirtschaftskrise zu Beginn der 1990er-Jahre führte zu einer Kürzung von Sozialleistungen und die erwartete demographische Entwicklung führte zu einem radikalen Umbau des Rentensystems, das nun an die wirtschaftliche Entwicklung gekoppelt ist.“ (vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Schwedisches\\_Modell](https://de.wikipedia.org/wiki/Schwedisches_Modell))

„Das Österreichische Pflegesystem lässt sich zwischen den beiden Pflegesystemen verorten, wobei es sich, gerade im Vergleich zum skandinavischen– eher dem „familienbasierten“ Modell angleicht. Das österreichische Modell basiert auf einem

Subsidiaritätsprinzip, das primär auf das „Solidarsystem Familie“ setzt. Erst danach kommt die staatliche Unterstützung. Um diese Unterstützung zu erhalten, müssen Formalkriterien erfüllt werden.“

(Zitat Bernreiter/von Nida, 2015, S. 11, vgl. <http://fage.vpod.ch/2015/02/10/der-skandinavische-weg-in-eine-gute-langzeitpflege-und-betreuung/>) Angesichts der demografischen Entwicklung und der Alterung der Bevölkerung in Österreich wie in Kapitel 3 beschrieben, rückt die adäquate Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger immer stärker ins Blickfeld der öffentlichen Diskussion. Obwohl in nahezu allen europäischen Ländern staatliche Pflegeleistungen gewährt werden, unterscheiden sie sich beträchtlich im Umfang und nach den Arten der gewährten Leistungen. (vgl. [http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw\\_01.c.503411.de](http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.503411.de))

In der folgenden Grafik zu Pflegesystemen für die ältere Bevölkerung lässt sich besonders deutlich der Unterschied zwischen dem familien- und dem servicebasierten Pflegesystem erkennen. Die Länder Skandinaviens befinden sich alle im servicebasierten Pflegesystem angesiedelt. Laut WISO Diskurs (2012) ist Österreich einen anderen Weg gegangen. Auffallend ist, dass in den skandinavischen Ländern das System bedarfsgesteuert ist, während in Österreich eine reine Ausgabensteuerung vorliegt. Die professionelle Pflege hat in Österreich nur eine mittlere Bedeutung, allerdings wird diese, wie auch in Kapitel 5 beschrieben wird, derzeit neu strukturiert. Die skandinavischen Länder messen der Professionalität der Pflege schon seit längerem eine hohe Bedeutung bei. In Skandinavien verwendet man einen erweiterten Pflegebegriff, während in Österreich der Pflegebegriff sehr eng gefasst ist und das ganzheitliche Prinzip nicht berücksichtigt. (vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, S. 12, vgl. WISO Diskurs 2012, S. 15)

**Tabelle 17: Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich**

| Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich |                                                                                                         |                                                                          |                                                                                                                |                                                               |                                                                              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Grundsystem                                       | Familienbasiertes Pflegesystem<br>(Vorrang der informellen Pflege;<br>geringe öffentliche Finanzierung) |                                                                          | Servicebasiertes Pflegesystem<br>(Vorrang der formellen Pflege;<br>mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung) |                                                               |                                                                              |
| Varianten                                         | F-1                                                                                                     | F-2                                                                      | S-1                                                                                                            | S-2                                                           | S-3                                                                          |
|                                                   | Erweiterte Familie;<br>prekäre Regulierung<br>der öffentlichen<br>Pflegeleistungen                      | Kernfamilie;<br>enge Regulierung<br>der öffentlichen<br>Pflegeleistungen | Markt-Staat-Misch-<br>systeme; enge<br>Regulierung                                                             | Umfassende<br>Leistungsdichte;<br>gemischte<br>Trägerstruktur | Universalistisches<br>öffentliches System;<br>hohe Leistungs-<br>integration |
| Länder                                            | Italien, Spanien,<br>Griechenland,<br>Portugal, Polen,<br>Slowakei,<br>Tschechien, Korea                | Deutschland,<br>Österreich,<br>(Slowenien) <sup>1</sup>                  | Irland, Neuseeland,<br>Großbritannien,<br>Australien<br>(Schweiz) <sup>1</sup>                                 | Belgien,<br>Niederlande                                       | Dänemark,<br>Finnland,<br>Island,<br>Norwegen,<br>Schweden                   |
| Pflegebegriff                                     | Enger Pflegebegriff;<br>kein ganzheitlicher Ansatz                                                      |                                                                          | Enger Pflegebegriff                                                                                            | Erweiterter Pflegebegriff                                     |                                                                              |
| Professionalisierung                              | Gering                                                                                                  | Gering bis mittel                                                        | Unterschiedlich                                                                                                | Hoch                                                          |                                                                              |
| Professionelle<br>Pflege                          | Geringe Bedeutung                                                                                       | Mittlere Bedeutung                                                       | Hohe Bedeutung                                                                                                 | Hohe Bedeutung                                                | Hohe Bedeutung                                                               |
| Leistungszugang                                   | Hürdenlauf                                                                                              | Schwierig<br>(zersplitterte<br>Strukturen)                               | Schwierig<br>(polarisierte<br>Strukturen)                                                                      | Niedrigschwellig                                              | Niedrigschwellig                                                             |
| „Grauer Pflege-<br>markt“                         | Hohe Relevanz                                                                                           | Mittlere Relevanz                                                        | Mittlere Relevanz                                                                                              | Geringe Relevanz                                              | Geringe Relevanz                                                             |
| Öffentliche<br>Finanzierung <sup>2</sup>          | < 0,8 % des BIP                                                                                         | > 0,8 bis < 1,2 %<br>des BIP                                             | 0,8 bis < 1,4 %<br>des BIP                                                                                     | > 1,4 bis über 3 %<br>des BIP                                 | > 1,8 bis nahe 4 %<br>des BIP                                                |
| Öffentliche<br>Steuerung                          | Prekär                                                                                                  | Ausgabensteuerung                                                        | Ausgabensteuerung                                                                                              | Bedarfssteuerung                                              | Bedarfssteuerung                                                             |

1 Die Zuordnung von Slowenien wie auch der Schweiz ist nicht eindeutig. In Slowenien liegt ein dominant öffentliches, auf Sachleistungen basierendes System vor mit allerdings kaum mittelhoher öffentlicher Finanzierung. Die Schweiz hat ähnlich hohe Pflegeausgaben wie Finnland (> 2 % des BIP) mit allerdings 60 % Privatfinanzierung. Gleichzeitig ist das System familienbasiert.

2 Bei den F-1-Ländern hat Spanien (0,6 % des BIP) und bei den F-2-Ländern Österreich (1,1 % des BIP) den höchsten öffentlichen Finanzierungsanteil. Das österreichische System wird dabei anders als das deutsche über Steuern finanziert. In der Markt-Staat-Gruppe ist die Finanzierung in Neuseeland am stärksten öffentlich geprägt (1,3 % des BIP werden öffentlich, nur 0,1 % des BIP privat bereit gestellt). In der S-2-Gruppe liegen die Niederlande auf dem Niveau der skandinavischen Kernländer.

Quelle: Wiso Diskurs 2012, S.15, vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, S. 12, eigene Darstellung

Wie auch in der Tabelle ersichtlich, unterscheiden sich die Länder Österreich und Dänemark nicht nur durch ihre Pflegesysteme, sondern auch in den Systemen zur Kostenabdeckung und Leistungserbringungen. Gilt in Österreich die Regulierung öffentlicher Pflegeleistungen in Abstimmung mit den Angehörigen, so wird in Dänemark die Leistungsintegration in das öffentliche universalistische Systems deutlich.

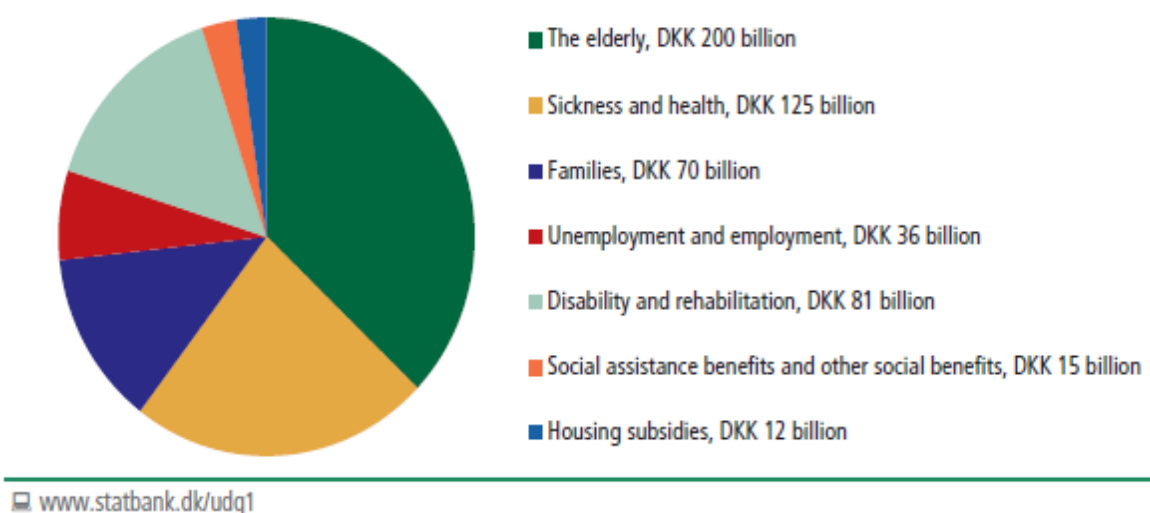
#### 4.5 Finanzierung der Langzeitpflege in Dänemark

Im Bereich der öffentlichen Finanzierung und Ausgaben für Sozialschutz, in den die Altenpflegesysteme sowie die Langzeitpflege fallen, liegen die skandinavischen Länder, darunter Dänemark, an der Spitze siehe folgende Tabelle. Diese Unterschiede zwischen den Ländern spiegeln die Ungleichheiten in den Lebensstandards wieder, sind jedoch auch ein Zeichen für die Vielfalt der nationalen Sozialschutzsysteme sowie der jeweiligen

demografischen, wirtschaftlichen, sozialen und institutionellen Strukturen jedes Mitgliedsstaates. (vgl. Eurostat Pressemitteilung November 17/ 2013) Die Gesamtausgaben für soziale Zwecke betrugen im Jahr 2009 72. Mrd. Euro. Das ist in Dänemark ein Pro Kopf Aufkommen von 124.666 Euro. Die Finanzierung der Sozialausgaben in Dänemark wird aus verschiedenen Bereichen erwirtschaftet. Der Anteil des öffentlichen Sektors über die Einnahmen von Gesamtzuschüssen und Sozialbeiträgen erreichte 67% Prozent im Jahr 2009, von denen auf die dänische Zentralregierung (Staat) 22% und auf die Kommunalbehörden 45% entfielen. Auf Arbeitgeberbeiträge entfielen 12% und einen großen Teil mit 21% decken in Dänemark die privat versicherten Dänen ab. (vgl. Statistical Yearbook Denmark 2011, S. 137) Die Sozialausgaben für den Bereich älterer Personen (The elderly) belaufen sich auf 72 Mrd. Euro. Diese Ausgaben sind in Dänemark der größte Sozialposten und umfassen die Kosten im Bereich der Pflegeheime und Heimhilfe für ältere Menschen, aber auch den Bereich der Renten wie in der folgenden Grafik „Ausgaben für soziale Dienstleistungen nach Zweckbestimmung“ ersichtlich ist. (vgl. Statistical Yearbook Denmark 2011, S. 137)

**Grafik 7: Ausgaben für soziale Dienstleistungen nach Zweckbestimmung 2009**

Expenditure on social services analysed by purpose. 2009



Quelle: Statistical Yearbook Denmark 2011, S. 137

Die Berechnungen speziell für die Langzeitpflege und den stationären Bereich aus 2011 lassen sich in nachfolgender Tabelle 18 „Soziale Ausgaben nach Maß, Zeit und Art der Leistungen“ mit den eigenen berechneten Daten aus der Statistikdatenbank Dänemark gut vergleichen.

**Tabelle 18: Soziale Ausgaben nach Maß, Zeit und Art der Leistungen**

| Social expenditure by measure, time and type of benefits                                                  |      |                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|--|
| Units: DKK mio.                                                                                           |      |                           |  |
|                                                                                                           |      | Total social expenditures |  |
| 3.1 Care and accommodation for elderly and other help                                                     | 2011 | 38625                     |  |
|                                                                                                           |      |                           |  |
| "Delpension" is from 2015 no longer included in the amount for "Folkepension", but instead in "Efterløn". |      |                           |  |
|                                                                                                           |      |                           |  |

Quelle: <http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>, eigene Auswertung am 26.11.2016

Im Jahr 2011 wurden insgesamt rund 5 Mrd. Euro (38.625 Mio. DDK) für den Bereich Langzeitpflege und stationärer Einrichtungen sowie weitere Hilfe und Betreuung für ältere Menschen aufgebracht. Der Ageing Report (2015) prognostiziert für jene Länder mit vorwiegend formeller Pflege, also auch für Dänemark, dass die durchschnittlichen Kosten im Bereich der Langzeitpflege steigen werden. Die folgende Tabelle mit der EC-ECP Prognose 2015 macht deutlich, dass bei dem Kostenkonvergenzscenario (Cost convergence scenario) 2013 das BIP bei 2,4 % liegt und bis 2050 um 2,9 % auf 5,3 % steigt. Das Kostenkonvergenzscenario dient dazu die mögliche Kostenauswirkung bei realen Lebensstandards für die Langzeitpflegekosten darzustellen. Auffällig im Vergleich dazu ist, dass sich das BIP im Bereich des demografischen Szenarios (Demographic scenario) von 2,4 % 2013 auf nur 4,7 % entwickeln soll. Dieses demografische Szenario geht davon aus, dass der Anteil der älteren pflegebedürftigen Personen die Pflege zu Hause oder in Einrichtungen erhalten für diesen prognostizierten Zeitraum wachsen wird. Vergleicht man die beiden BIP wird deutlich, dass das BIP im Kostenszenario gegenüber dem BIP im demografischen Szenario eine Differenz von 0,6% aufweist. Für Dänemark würden daher die Kosten in der Langzeitpflege im Verlauf höher anwachsen als im Verlauf der Anzahl von pflegebedürftigen Menschen in der Langzeitpflege. (vgl. The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060), Kap. 3)

**Tabelle 19: Dänische Prognose im Bereich der Langzeitpflege 2015**

| Denmark                                                 |  | EC-EPC (AWG) 2015 projections |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------------------------------------------|--|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Long-term care                                          |  |                               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Long-term care spending as % of GDP                     |  | Ch 13-50                      | 2013 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 | 2055 | 2060 |
| AWG reference scenario                                  |  | 2.0                           | 2.4  | 2.7  | 2.9  | 3.3  | 3.6  | 3.9  | 4.0  | 4.2  | 4.4  | 4.5  |
| Demographic scenario                                    |  | 2.2                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.3  | 3.7  | 3.9  | 4.1  | 4.3  | 4.5  | 4.7  |
| High Life expectancy scenario                           |  | 2.8                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.4  | 3.8  | 4.1  | 4.4  | 4.7  | 5.0  | 5.2  |
| Base case scenario                                      |  | 2.2                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.3  | 3.7  | 4.0  | 4.1  | 4.4  | 4.6  | 4.7  |
| Constant disability scenario                            |  | 1.9                           | 2.4  | 2.7  | 2.9  | 3.2  | 3.6  | 3.8  | 3.9  | 4.1  | 4.2  | 4.3  |
| Shift to formal care scenario                           |  | 3.0                           | 2.4  | 3.2  | 3.6  | 4.1  | 4.5  | 4.7  | 4.9  | 5.1  | 5.4  | 5.5  |
| Coverage convergence scenario                           |  | 2.3                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.4  | 3.7  | 4.0  | 4.1  | 4.4  | 4.6  | 4.7  |
| Cost convergence scenario                               |  | 2.8                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.5  | 3.9  | 4.2  | 4.4  | 4.7  | 5.1  | 5.3  |
| Cost and coverage convergence scenario                  |  | 2.9                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.5  | 3.9  | 4.2  | 4.4  | 4.7  | 5.1  | 5.3  |
| AWG risk scenario                                       |  | 2.6                           | 2.4  | 2.7  | 3.0  | 3.4  | 3.8  | 4.1  | 4.3  | 4.6  | 4.9  | 5.1  |
| TFP risk scenario                                       |  | 2.0                           | 2.4  | 2.7  | 2.9  | 3.3  | 3.6  | 3.9  | 4.0  | 4.2  | 4.4  | 4.5  |
| Number of dependent people (in thousands)               |  | Ch 13-50                      | 2013 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 | 2055 | 2060 |
| AWG reference scenario                                  |  | 26.8%                         | 444  | 478  | 494  | 511  | 523  | 532  | 541  | 550  | 558  | 563  |
| of w hich: receiving institutional care                 |  | 114.0%                        | 44   | 51   | 57   | 65   | 73   | 78   | 82   | 87   | 92   | 95   |
| receiving home care                                     |  | 82.2%                         | 101  | 116  | 128  | 142  | 153  | 160  | 168  | 175  | 182  | 185  |
| receiving cash benefits                                 |  | 82.4%                         | 129  | 146  | 160  | 177  | 192  | 202  | 211  | 221  | 230  | 235  |
| Demographic scenario                                    |  | 35.9%                         | 444  | 484  | 505  | 527  | 545  | 558  | 570  | 584  | 596  | 603  |
| of w hich: receiving institutional care                 |  | 123.8%                        | 44   | 51   | 58   | 66   | 74   | 80   | 85   | 90   | 96   | 99   |
| receiving home care                                     |  | 91.1%                         | 101  | 117  | 130  | 145  | 157  | 165  | 174  | 183  | 190  | 194  |
| receiving cash benefits                                 |  | 90.7%                         | 129  | 147  | 163  | 181  | 197  | 208  | 218  | 230  | 240  | 245  |
| Constant disability scenario                            |  | 23.0%                         | 444  | 472  | 483  | 497  | 507  | 516  | 525  | 536  | 544  | 546  |
| of w hich: receiving institutional care                 |  | 106.6%                        | 44   | 50   | 56   | 64   | 71   | 76   | 80   | 85   | 89   | 91   |
| receiving home care                                     |  | 76.7%                         | 101  | 115  | 126  | 139  | 149  | 156  | 163  | 171  | 176  | 179  |
| receiving cash benefits                                 |  | 77.1%                         | 129  | 145  | 158  | 174  | 188  | 197  | 206  | 215  | 224  | 228  |
| Shift 1% of dependents from informal to formal scenario |  | 35.9%                         | 444  | 484  | 505  | 527  | 545  | 558  | 570  | 584  | 596  | 603  |
| of w hich: receiving institutional care                 |  | 160.6%                        | 44   | 60   | 70   | 80   | 89   | 95   | 100  | 106  | 112  | 115  |
| receiving home care                                     |  | 134.6%                        | 101  | 143  | 168  | 184  | 197  | 207  | 216  | 225  | 233  | 238  |
| receiving cash benefits                                 |  | 90.7%                         | 129  | 147  | 163  | 181  | 197  | 208  | 218  | 230  | 240  | 245  |
| Coverage convergence scenario                           |  | 35.9%                         | 444  | 484  | 505  | 527  | 545  | 558  | 570  | 584  | 596  | 603  |
| of w hich: receiving institutional care                 |  | 124.4%                        | 44   | 51   | 58   | 66   | 74   | 80   | 85   | 91   | 96   | 99   |
| receiving home care                                     |  | 91.9%                         | 101  | 117  | 131  | 145  | 157  | 166  | 174  | 183  | 191  | 194  |
| receiving cash benefits                                 |  | 90.7%                         | 129  | 147  | 163  | 181  | 197  | 208  | 218  | 230  | 240  | 245  |

Quelle: The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060), S. 309, Tabellenausschnitt

## 4.6 Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich

Die Bruttoausgaben für alle Betreuungs- und Pflegedienste (mobile, teilstationäre und stationäre sowie Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care Management) betrugen im Jahr 2014 rund 3,3 Mrd. Euro (+5,4% gegenüber dem Vorjahr), drei Viertel (2,5 Mrd. Euro) davon entfielen auf die stationären Dienste. Die Nettoausgaben lagen bei insgesamt 1,8 Mrd. Euro (+7,4%), womit 55% der Bruttoausgaben von den Ländern und Gemeinden getragen wurden, 40% waren durch Beiträge und Ersätze der betreuten Personen (und allfälliger unterhaltspflichtigen Angehöriger bzw. Drittverpflichteter) gedeckt, die restlichen 5% kamen aus sonstigen Quellen (z.B. Landesgesundheitsfonds-Mittel). Bei den mobilen Diensten wurden 64% der Ausgaben aus Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsmitteln getragen, im stationären Bereich waren es 55%, hier fiel der größte Teil der Eigenbeiträge in Höhe von (1,4 Mrd. Euro) an. (vgl.

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html)) In Österreich wird die Finanzierung der Langzeitpflege- und -betreuung auf kommunaler (Landes) Ebene über die Dienstleistung und auf Bundesebene über das Pflegegeld erbracht. Dies passiert über die Steuerfinanzierung (Finanzausgleich)

und über Nutzerbeiträge (Pflegegeld und Einkommen). Von den NutzerInnen 65 plus werden 18% in einer Pflegeeinrichtung betreut, in Österreich 15 % zu Hause mit Unterstützung von Sozial- und Gesundheitsdiensten versorgt, sowie 47% zu Hause mit informeller Unterstützung. In Österreich obliegt es nach wie vor Familienangehörigen sich auch um dauerhafte Langzeitpflege im häuslichen Milieu zu kümmern. Österreich setzt zur Finanzierung 80% Steuermittel ein, 19% Nutzerbeiträge und verwendet 1% sonstige Mittel. In Schweden z. B. werden 99% der Kosten über Steuermittel erbracht und nur 1% aus Nutzerbeiträgen verwendet. ( vgl. Leichsenring, 2014, S. 8-12)

Resümierend liegen hier die tatsächlichen Nettoaufwände im Jahr 2010 mit 1,153 Mrd. Euro knapp über den prognostizierten Kosten von 1,137 Mrd. Euro (um rund 1,5 %). Die jetzt berechneten Nettoaufwände für das Jahr 2020 liegen mit 1,429 Mrd. Euro zwischen den ursprünglich prognostizierten Werten (1,388 bzw. 1,436 Mrd. Euro). Im Jahr 2025 werden die Nettoaufwände bei rund 1,6 Mrd. Euro liegen. Der österreichweite Versorgungsgrad gemessen an den EinwohnerInnen im Alter von 75 plus und mehr Jahren steigt somit nur leicht an, er ändert sich von 26,7 auf 27,4 Verrechnungstage pro EinwohnerIn im Alter von 75 und mehr Jahren.

In der nachfolgenden Tabelle 20 wird die Entwicklung der Nettoaufwände und der damit verbundenen Mehraufwände (bezogen auf das Jahr 2010) dargestellt. Zum Vergleich werden auch die Mehraufwände in der ursprünglichen Prognoserechnung angeführt.

**Tabelle 20: Stationäre Pflege – Hochrechnung der Nettoaufwände 2010- bis 2025**

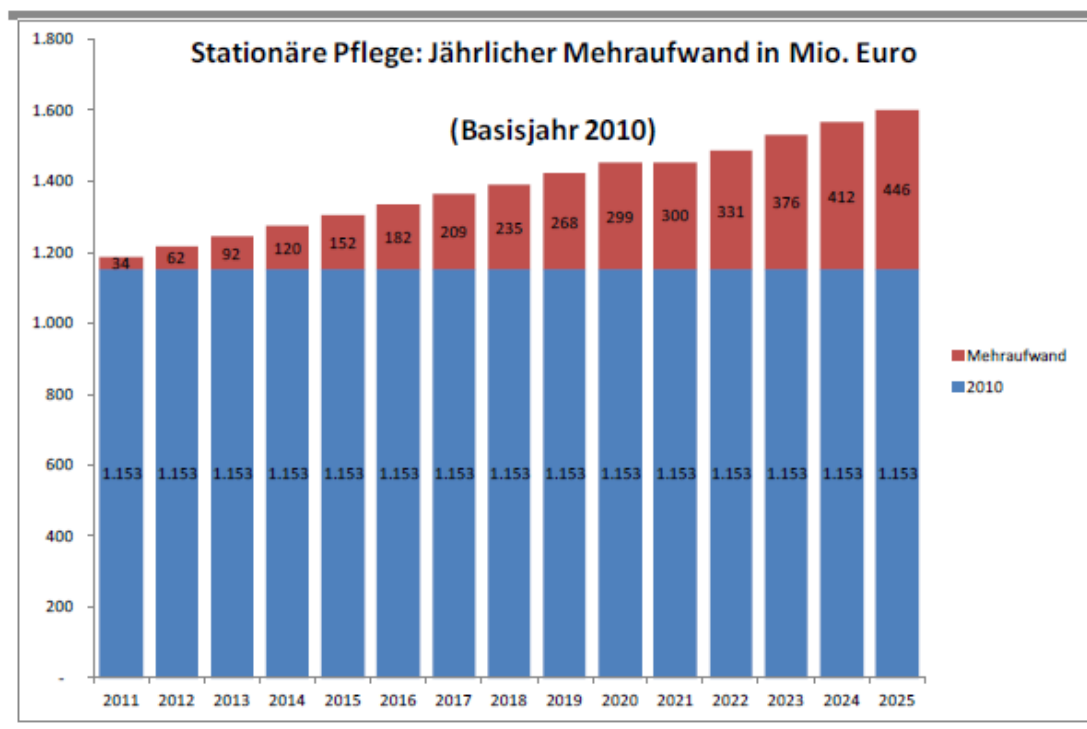
| Stationäre Pflege | Nettoaufwände          |                         | Mehraufwand<br>in Mio €<br>bezogen auf 2010 | Mehraufwand<br>in Mio €<br>bezogen auf 2010<br>– ursprüngliche<br>Prognoserechnung |
|-------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | Absolut<br>(in Mio. €) | Wachstum<br>p.a. (in %) |                                             |                                                                                    |
| 2010              | 1.153                  |                         |                                             |                                                                                    |
| 2011              | 1.165                  | 1,0%                    | 12                                          | 34                                                                                 |
| 2012              | 1.176                  | 0,9%                    | 23                                          | 62                                                                                 |
| 2013              | 1.193                  | 1,4%                    | 40                                          | 92                                                                                 |
| 2014              | 1.215                  | 1,8%                    | 62                                          | 120                                                                                |
| 2015              | 1.262                  | 3,9%                    | 109                                         | 152                                                                                |
| 2016              | 1.310                  | 3,8%                    | 157                                         | 182                                                                                |
| 2017              | 1.337                  | 2,1%                    | 184                                         | 209                                                                                |
| 2018              | 1.372                  | 2,6%                    | 219                                         | 235                                                                                |
| 2019              | 1.400                  | 2,0%                    | 247                                         | 268                                                                                |
| 2020              | 1.429                  | 2,1%                    | 276                                         | 299                                                                                |
| 2021              | 1.452                  | 1,6%                    | 299                                         |                                                                                    |
| 2022              | 1.484                  | 2,2%                    | 331                                         |                                                                                    |
| 2023              | 1.529                  | 3,0%                    | 376                                         |                                                                                    |
| 2024              | 1.565                  | 2,4%                    | 412                                         |                                                                                    |
| 2025              | 1.599                  | 2,2%                    | 446                                         |                                                                                    |

Quellen: Angaben der Länder, GÖG-eigene Berechnungen

Quelle: GÖG/ÖBIG 2012, Zukunft der Pflege - Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2010 bis 2025, Kap. 2

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass durch die neuerliche Erhebung die ursprüngliche Prognose weitestgehend bestätigt wurde. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Kosten bis zum Jahr 2025. Auch in der nachfolgenden Tabelle 21 zur stationären Pflege und dem jährlichen Mehraufwand, lässt sich der Zusammenhang deutlich erkennen. Zugrunde gelegt wurde das Jahr 2010. Im Jahr 2025 ist mit einem jährlichen Mehraufwand von 446 Mio. Euro in der Kostenprognose für Österreich zu rechnen. Es stellt sich damit die Frage der möglichen Finanzierung dieses Mehraufwandes, bzw. ob es alternative Konzepte die kostengünstiger und langfristig optimaler zu finanzieren wären gibt.

**Tabelle 21: Stationäre Pflege – jährlicher Mehraufwand Basis 2010**



Quellen: Pflegevorsorgebericht 2010, Bevölkerungsstatistik, GÖG-eigene Berechnungen

Quelle: GÖG/ÖBIG 2012, Zukunft der Pflege - Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2010 bis 2025, Kap. 2

#### 4.7 Finanzierung der Langzeitpflege und der stationären Langzeitpflege im Vergleich der beiden Länder

Bei den Finanzierungsmöglichkeiten kann man zwischen Ländern mit umfassender Pflegevorsorge bzw. Finanzierung und Ländern mit wenig öffentlichen Mitteln für Langzeitpflege unterscheiden. Wie in der Tabelle 21 dargestellt wurde, wird die Pflegevorsorge durch Steuern finanziert, andere entwickelten dagegen das Modell der Sozialversicherung, über die diese Finanzierung gesichert wird. In der nachfolgenden Tabelle 22 „Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege 2000/2001“ werden auch andere ausgewählte Länder über den Finanzierungsbereich anhand des BIP in Prozent dargestellt. Österreich liegt bei 0,7 % bis 1,4 %, hingegen Dänemark zwischen 2,24 % bis 3,0 %. Die ausgewählten OECD-Länder zeigen einen Schwankungsbereich von 0,2 % bis 3 % im Bereich des BIP.

**Tabelle 22: Öffentliche Ausgaben für Langzeitpflege in % Satz des BIP**

|                        | Öffentliche Ausgaben |               |                                       |
|------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------------|
|                        | häusliche Pflege     | Institutionen | insgesamt                             |
| Belgien                | k.A.                 | k.A.          | 0,8 <sup>1</sup>                      |
| Dänemark               | k.A.                 | k.A.          | 2,24 <sup>3</sup> -3,0 <sup>1</sup>   |
| Deutschland            | 0,43                 | 0,52          | 0,82 <sup>2</sup> -0,95 <sup>2</sup>  |
| Finnland               |                      |               | 1,12 <sup>3</sup> -1,6 <sup>1</sup>   |
| Frankreich             |                      |               | 0,5 <sup>3</sup> -0,7 <sup>1</sup>    |
| Irland                 | 0,19                 | 0,33          | 0,52 <sup>4</sup> -0,7 <sup>1</sup>   |
| Italien                |                      |               | 0,6 <sup>1</sup> - 0,74 <sup>3</sup>  |
| Niederlande            | 0,56                 | 0,75          | 1,31 <sup>4</sup> -2,7 <sup>3</sup>   |
| Österreich             |                      |               | 0,7 <sup>1</sup> -1,4 <sup>3</sup>    |
| Schweden               | 0,78                 | 1,96          | 2,74 <sup>4</sup> -2,8 <sup>1</sup>   |
| Schweiz                |                      |               | 0,75 <sup>3</sup>                     |
| Spanien                | 0,05                 | 0,11          | 0,16 <sup>2</sup> - 0,56 <sup>3</sup> |
| Ungarn                 | k.A.                 | k.A.          | unter 0,20 <sup>2</sup>               |
| Vereinigtes Königreich | 0,32                 | 0,58          | 0,89 <sup>2</sup> -1,7 <sup>1</sup>   |

Quellen: <sup>1</sup>Economic Policy Committee (2003): *The impact of ageing populations on public finances: Overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme*

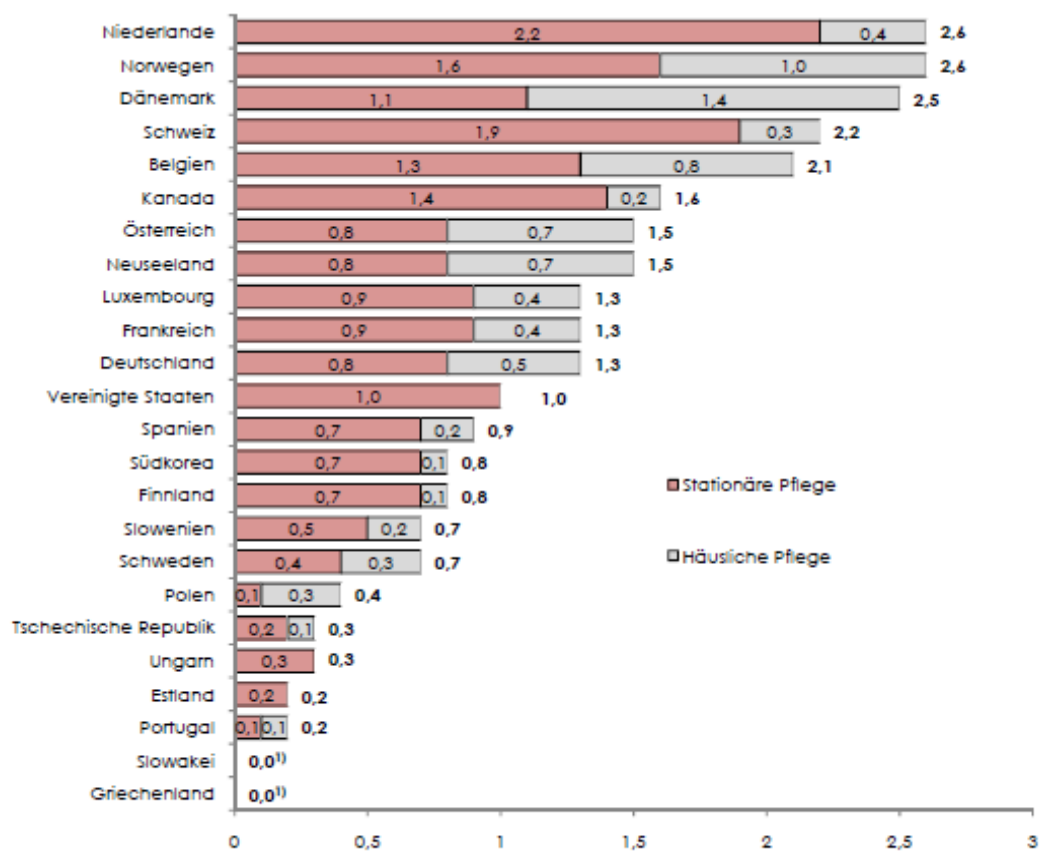
<sup>2</sup>OECD (2005) S. 26;

<sup>3</sup>International Reform Monitor, Social Policy, Labour Market Policy and Industrial Relations, Bertelsmann Stiftung, Juli und August 2001, OECD Health Data, September 2001, IHS Health Econ 2001; zitiert in: Hofmarcher, Maria M.; Riedel, Monika: *Entwicklung der Altersstruktur in der EU: Die EU altert – auch bei Osterweiterung. Schwerpunktthema: Akutversorgung und Langzeitversorgung: Eine Schnittstelle nach Maß oder Zufall? In: Health System Watch. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. III/Herbst 2001*

Quelle: BMSG, Pflegevorsorge in Europa 2005, o. S., eigene Darstellung

Lagen im Bereich des BIP im Jahr 2011 die Werte in Österreich durchschnittlich bei 1,05% und in Dänemark bei durchschnittlich 2,6 2% zeigt die nachfolgende Grafik 8, dass mittlerweile Österreich bei rund 1,5 % liegt und Dänemark bei 2,5 % des BIP. Österreich holt also im Durchschnitt geringfügig auf, wogegen Dänemark nach wie vor auf einem hohen Niveau das BIP steigert. Im stationären Langzeitpflegebereich waren es 2011 0,8 % des BIP in Österreich und 1,1 % des BIP in Dänemark.

**Grafik 8: Ausgaben Langzeitpflege in Prozent des BIP mit dem Bereich der stationären Langzeitpflege 2011**



Q: OECD Health Data, 2013; WIFO-Darstellung. – 1) Gerundet weniger als 0,1%.

Quelle: WIFO 2014, Bericht Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern, S. 17

Laut Europäischem Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung liegen die Ausgaben Österreichs im OECD-Vergleich im Mittelfeld. Länder wie Norwegen, Schweden oder eben wie das in vorliegender Arbeit gewählte Vergleichsland Dänemark, nehmen für die Pflege- und Betreuung deutlich mehr Geld in die Hand. Die Anteile der Pflege- und Betreuung zu Hause wird abnehmen, die Nachfrage nach institutioneller Pflege stark ansteigen und die damit verbundene Finanzierung starken Schwankungen

unterliegen. Die Europäische Kommission prognostiziert bis zum Jahr 2060 einen Anstieg der Pflegeausgaben bis auf 3,2 % des BIP in Dänemark und 2,5 % des BIP in Österreich. (vgl. Wild, 2010, Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, Kap. 4.4, Kap. 4.6)

Die Veränderung der Bevölkerungs- und Haushaltsstrukturen führte in den letzten Jahren in allen Industrieländern zu einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen. Auch die nächsten Jahre sind geprägt durch geringe Fertilitätsraten, zunehmender Lebenserwartung mit weiterhin steigender Nachfrage nach Pflegeleistungen. Trotz dieser Ausgangslage ist das Interesse auf freiwilliger Basis eine private Pflegeversicherung abzuschließen gering. In vielen OECD-Ländern hat der Staat auf diese Entwicklung reagiert und sein soziales Sicherungsnetz auf den Pflegebereich ausgedehnt, welches auf einer obligatorischen Basis die gesamte Bevölkerung erfasst. Im Wesentlichen kann zwischen einer Absicherung nach dem Bismarck-Modell, also über eine Sozialversicherung und einer Absicherung nach dem Beveridge-Modell und damit steuerfinanziert unterschieden werden. Mischformen sind ebenfalls verbreitet. Im Vergleich zu anderen Ländern weist Österreich die geringeren Pflegeausgaben auf. In den skandinavischen Ländern, am Beispiel Dänemark, hat die Altenpflege einen größten Stellenwert. In Dänemark und Schweden ist der Anteil der Pflegeausgaben am BIP fast zwei Mal höher als in Österreich. (vgl. Wild, 2010, Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, Kap. 4)

#### ***4.8 Finanzierungssysteme beider Länder im Vergleich***

Wie in Kapitel 2 und 4 ausführlich beschrieben basiert das österreichische Pflegemodell auf einem Subsidiaritätsprinzip das primär auf das „Solidarsystem Familie“ setzt, im Unterschied zum skandinavischen Modell welches auf formeller Pflege basiert. Statt auf die Verantwortung der Familie zu setzen, wird dieses System hauptsächlich durch öffentliche Finanzmittel bezahlt und erreicht einen hohen Grad an Professionalisierung. Dänemark hat der Bedarfssteuerung einen hohen Stellenwert eingeräumt, im Gegensatz zu Österreich hier dominiert vorrangig die Ausgabensteuerung. Im Bereich der Prävention setzt Dänemark im Gegensatz zu Österreich Konzepte ein, die als Voraussetzung für ein funktionelles Altenpflegesystem dienen sollen. Das Kapitel 4 beschäftigte sich ausführlich mit Kosten und Kostenprognosen, sowie Kostenabdeckung der sozialen Leistungen, so ist z.B. 2025 mit einem jährlichen Mehraufwand von 446 Mio. Euro in der Kostenprognose für Österreich in der stationären pflegerischen Versorgung zu rechnen, auch in Dänemark

kann mit steigendem Mehraufwand für pflegerische und soziale Betreuung gerechnet werden. Dies betrifft wie auch schon in Kapitel 3 ausführlich beschrieben, nicht nur die stationäre Langzeitpflege, sondern auch die alternativen Wohnformen. Im Ageing Report (2015) wurde für jene Länder mit vorwiegend formeller Pflege, also auch Dänemark, prognostiziert dass die durchschnittlichen Kosten im Bereich der Langzeitpflege steigen werden. Es stellt sich damit die Frage der möglichen Finanzierung dieser Mehraufwände bzw. ob es alternative Konzepte zur stationären Langzeitpflegeunterbringung gibt, die kostengünstiger und langfristig optimaler zu finanzieren wären.

Das folgende Kapitel 5 beschäftigt sich mit der Leistungserbringung bei zunehmender Fragilität im Alter und dem Thema der Unterstützung durch Laien, Nachbarn und Freunde. Auch hier werden die Begriffe der Kostenersparnis, sowie der gesellschaftlichen Solidarität nochmals aufgegriffen. Dänemark hat aufgrund seiner schon seit vielen Jahren praktizierten Akademisierung der Pflege eine Vorbildrolle in der curricularen Entwicklung der Pflegeberufe eingenommen, welche in der skandinavischen Geschichte der Pflegeberufe zu begründen ist. Österreich hat in den letzten Jahren im Zuge der vorbereiteten und zur Umsetzung zu bringenden generalisierten Pflegeausbildung nachgezogen und verschiedene Gesetze im curricularen Bereich verabschiedet. Die Themen Migration, die Verteilung von Pflegekräften innerhalb Europas, speziell in den Vergleichsländern Österreich und Dänemark, sowie neue Berufsgruppen für Betreuung und Pflege werden in Kapitel 5 bearbeitet. Hier sollen auch die Weichen für die Praxisimplikation in der vorliegenden Arbeit bezüglich der neuen Handlungsfelder an Pflege- und Betreuung gestellt werden.

## **5 Bedarfsstrukturen der Länder an die Pflegekräfte der Zukunft (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida)**

Um sich dem Thema Herausforderungen und Handlungsfelder der Zukunft der Pflegeberufe für das Klientel 85 plus in Österreich und Dänemark entsprechend widmen zu können, ist es wichtig, sich mit der Entwicklung der Pflegeberufe und laufender Akademisierung dieser in Dänemark und Österreich vertraut zu machen.

Hier liegen auch die Herausforderungen für die neuen Berufsgruppen der Pflege. Das folgende Kapitel 5 wird sich, soweit im Umfang dieser Arbeit möglich, dieser Thematik annehmen. Die Situation der Verteilung und des Bedarfs von Pflegekräften innerhalb

Europas spielen eine große Rolle im Zuge der Absicherung der Dienstleistung Pflege, aber auch Maßnahmen die in Dänemark und Österreich getroffen wurden bzw. in Bearbeitung sind, um professionelle Pflege im Land zu sichern. Die Einschätzungen von Wertigkeit durch Laienpflege und die Veränderung der Pflegeberufe durch Migration und folgender Gesetzgebungen werden in Kapitel 5 ebenfalls bearbeitet. Ein wesentlicher Bestandteil des vorliegenden Kapitels sind die curricularen Entwicklungen der Pflegeberufe für die nächsten Jahre, um den steigenden Herausforderungen und Bedürfnissen von BewohnerInnen und KlientenInnen Rechnung tragen zu können.

### ***5.1 Alterung der Bevölkerung und Bedarf an Pflegekräften in Europa***

Wie in Kapitel 3, über die demografische Entwicklung schon bereits ausgeführt, ist in Österreich und Dänemark in den nächsten Jahren mit einem Zuwachs der Personen 85 plus zu rechnen.

Dafür, dass die Anzahl von Menschen im Pensionsalter, die selbst keine Kinder oder Enkel haben welche sich im Pflegefall um sie kümmern könnten zunimmt, sichtbar in der Bevölkerungsprognose, könnten die sinkenden Geburtenraten verantwortlich sein.. Die Prognose der Eurostat (2015) weist für den Zeitraum von 2015 bis 2060 für Österreichs ein Bevölkerungswachstum von 9,6 % aus. Das heißt im Jahre 2050 kann Österreich mit einer Bevölkerung von 96,53 Mio. Menschen rechnen. In Dänemark wird mit einem Anstieg der Bevölkerung auf 69,2 Mio. Menschen gerechnet, Voraussetzung sind die Wachstumsraten auf konstantem Niveau. Die Basis für diese Daten bilden die Erhebungen und Hochrechnungen der Statistiken der Länder aus dem Jahre 2010. Bei Betrachtung der Verteilung von Bevölkerungsgruppen nach Alter angeführt zeigt im Ländervergleich, dass es unterschiedliche Wachstumsraten im Bereich der Personen 80 plus gibt. War 2010 der Anteil der Personen 80 plus in Österreich weiter unter 10 % angesiedelt, erhöht sich dieser im auf 12,8 Prozent (Dänemark 9,7 %). Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Personen 85 plus in Österreich ansteigt und bis zum Jahr 2050 die Marke 726.000 erreicht haben könnte. ( vgl. Kap. 3)

Laut Schulz (2015) ist im zunehmenden Alter mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu rechnen woraus sich ein erhöhter Bedarf an medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistung ergibt. Im Bericht zu fünf ausgewählten Ländern Dänemark, Deutschland, Italien und der Slowakei wurde anhand der Bevölkerungsentwicklung und der daraus resultierenden entsprechenden Inanspruchnahme

von Gesundheitsleistungen abgeschätzt, wie sich die Zukunft im Bedarf von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen entwickeln wird. In Folge kommt es zur Veränderung der Beschäftigungsentwicklung durch die demografisch bedingte Änderung der Nachfrage an Pflegekräften im kurativen Gesundheitswesen. Basis für diese Daten bildeten die EU Forschungsprojekte NEUJOBS, sowie die Ergebnisse des NEMESIS Modells. In den Ergebnissen der untersuchten Länder, konnte außer in Polen eine Verstärkung des Ungleichgewichtes durch einen Mangel an Pflegekräften auf dem Gesundheitsmarkt festgestellt werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich in Italien das Ungleichgewicht besonders verstärken wird. Angesichts der weiteren Zunahme an alten Menschen in Europa stellt sich die Frage ob der Gesundheitssektor auch in Zukunft der Motor für die berufliche Entwicklung sein wird, bzw. für die hohe Dynamik im Beschäftigungssektor der Gesundheits- und Pflegeberufe bleibt. In der EU sind in der Gesamtwirtschaft rund 17 % der Beschäftigten 55 Jahre und älter. Der Anteil der 55-Jährigen und Älteren im Gesundheitssektor ist mit rund 25 % in Italien am höchsten, gefolgt von Dänemark und Polen mit rund 20 %. In Deutschland und der Slowakei liegt der Anteil bei 18 %. Das heißt in den nächsten zehn Jahren scheiden ca. eine Mio. Beschäftigte aus dem Gesundheitssektor aus und müssen durch neues Gesundheits- und Pflegepersonal ersetzt werden. Dies wäre eine Herausforderung für die nachrückende Generation von Pflegekräften, die bei entsprechender curricularer Anpassung auf die neuen demografischen Herausforderungen vorbereitet wären. In Zukunft werden die demografischen Entwicklungen die Nachfrage an Gesundheitsdienstleistungen regeln. Die Einwohnerzahlen wachsen laut einer Studie in Dänemark geschätzt um 2,2 % und in Italien um 1,4 %, während in den anderen beforschten Ländern die Einwohnerzahlen durch Abwanderung rückläufig sind. Hierüber ergeben sich laut Hochrechnungen Veränderungen und Anpassungen der Pflegeleistungen in den einzelnen Ländern, sowie in Folge dessen eine Abwanderung von Pflegekräften aus Ländern in denen die Leistungserbringung stagniert bzw. rückläufig wird. Laut Studien kann 2025 nur Polen mit einem Beschäftigungs- und Dienstleistungszuwachs rechnen. (vgl. Schulz Erika, Alterung der Bevölkerung und Gesundheitspersonal in fünf ausgewählten europäischen Ländern, 2015, DIW Wochenbericht Nr. 14 und 15, S. 330-338) ([https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.499960.de/15-14-3.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.499960.de/15-14-3.pdf))

### **5.1.1 Die Situation in Österreich**

Der gesellschaftliche Wandel und die damit verbundenen Konsequenzen besonders für die pflegerische Versorgung in Österreich stehen seit längerer Zeit im Zentrum von

Diskussionen. Es geht darum eine bedarfsgerechte pflegerische Struktur für die Bevölkerung zu schaffen. Die derzeitige Berufsgruppenzusammensetzung und Aufgabenverteilung ist kritisch zu hinterfragen. Eine Modifizierung und Weiterentwicklung von Berufsprofilen im Feld Betreuung- und Pflege ist zu überlegen. Es ist bekannt, dass die Veränderung der Altersstruktur eine Verschiebung im Gesundheits- und Krankheitsspektrum nach sich zieht, Österreich ist derzeit mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert. Zum einen dominieren chronische Erkrankungen die gesundheitliche Versorgung, dreiviertel aller Todesfälle gehen nach wie vor auf Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen zurück. Es spielen aber nicht nur die Erkrankungen, sondern auch das zunehmende Alter der PatientInnen eine große Rolle, die Versorgungssituation der betroffenen Personen ist eine zentrale Herausforderung. Mehr als 50 % aller Entlassungen aus dem konservativmedizinischen Bereich betreffen PatientInnen über 80 Jahre die eine anschließende Nachversorgung brauchen. Aus dem österreichischen Demenzbericht (2009) geht hervor, dass mit einer Zunahme von demenziellen Erkrankungen von derzeit 100.000 auf 270.000 bis zum Jahr 2050 zu rechnen ist. Schon jetzt stehen demenzielle Erkrankungen an erster Stelle als Aufnahmegrund in der pflegerischen stationären Langzeitversorgung. Laut ÖBIG (2009) geben 47 % der über 84 Jährigen Probleme bei der Alltagsbewältigung und den Alltagsaktivitäten an. Das lässt den Schluss zu, dass die Prävention von chronischen Krankheiten, aber auch zunehmende Pflegeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit die Herausforderungen für die Zukunft darstellen. Bedingt durch die veränderten Haushalts- und Familienformen, sowie zunehmender Frauenberufstätigkeit verändert sich auch das innerfamiliäre Unterstützungspotenzial. Einerseits erbringen die 45 bis 64 jährigen Frauen traditionell die familiären Pflegeleistungen, es ist aber auch bekannt, dass gerade diese Gruppe in Zukunft stärker am Erwerbsleben beteiligt sein wird und damit für familiäre Pflegeleistungen nicht mehr in vollem Maß oder gar nicht mehr zur Verfügung steht. Daher wird sich die Nachfrage nach familienexternen Gesundheits- und Pflegeleistungen erhöhen. Der Gesundheitszustand von pflegenden Familienmitgliedern kann sich langfristig sehr negativ auf den Status auswirken, daher bedarf es rechtzeitig für Frauen mit Mehrfachbelastung Unterstützung durch externe Fachkräfte, bzw. Möglichkeiten Frauen mit Mehrfachbelastung von dieser zu entbinden. (vgl. Rappold, 2010, in Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft, S. 57-74)

### 5.1.2 Die Situation in Dänemark

Dänemark ist mit seiner demografischen Entwicklung und zunehmenden Alterung der Bevölkerung, sowie Veränderungen am Arbeitsmarkt durch Beschäftigte im Gesundheitssektor 55 plus Teil der Studie der EU im NEMESIS Modell sowie dem EU Projekt NEUJOBS, laut Schulz (2015) eines der Länder, das in den nächsten Jahren in den medizinischen Berufsgruppen mit einem Fachkräftemangel rechnen muss. Der Gesundheitssektor ist generell für die Frauenbeschäftigung von Bedeutung, in Dänemark ist jede achte Frau im Gesundheitswesen beschäftigt. In Dänemark arbeiten 38 % der beschäftigten Frauen in Teilzeit im Gesundheitssektor. Wie schon erwähnt, wird es auch in Dänemark in den nächsten zehn Jahren zu einer Veränderung kommen, wenn der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitssektor 55 plus altersbedingt ausscheidet und durch neues Personal ersetzt werden muss. Um das Versorgungsniveau halten zu können, sind insbesondere abhängig vom Versorgungsprinzip im jeweiligen Land Maßnahmen nötig, um diesen Prognosen Rechnung tragen zu können. Sollte sich das Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht ändern, wird in Zukunft die Alterung und die Veränderung der Einwohnerzahlen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen regeln. Für die Einwohnerzahlen in Dänemark wird mit einem Zuwachs von 2,2 % gerechnet. Grundsätzlich weist die Studie eine Nachfrage nach ambulanten medizinischen Leistungen für Dänemark aus, auch aufgrund der geringen Verweildauer und Nachbehandlung im ambulanten Sektor. Dies betrifft besonders die für diese Arbeit gewählte Altersgruppe 85 plus. (vgl. Schulz, Erika, Alterung der Bevölkerung und Gesundheitspersonal in fünf ausgewählten europäischen Ländern, 2015, DIW Wochenbericht Nr. 14 und 15, S. 3)

Aus einem Artikel von Martina Madner und Markus Pühringer (2010) zum Schulvergleich von Schweden, Finnland und Dänemark geht deutlich hervor, dass diese Länder im Bildungssektor eine Vorreiterrolle haben. Den nordischen Ländern wird starkes Wachstum und niedrige Staatsverschuldung nachgesagt. Es gibt bedeutende Investitionen im Bereich Forschung, Bildung und Soziales. Die Verschlankung der Verwaltung und der zentralen Gesundheitsorganisation in Dänemark unterscheidet sich von einem immer noch sehr großen Verwaltungs- und Gesundheitsapparat in Österreich. Folgendes Zitat belegt Dänemarks Fortschritt in Sachen Reformen und Neuerungen im Gesundheits- und Sozialwesen. „Dänemark hat Österreich eine wichtige Erkenntnis voraus: Selbst der dänische Gemeindebund ist der Überzeugung, dass Gemeinden ab einer Größe von 30.000 Einwohnern am effektivsten geführt werden können. Dieser Einsicht vorausgegangen ist

die große dänische Verwaltungsreform von 2007. Vor der Reform war das Land auf 14 Regionen und 275 Gemeinden aufgegliedert. Die Regionen wurden auf fünf, die Gemeinden auf 98 mit einer Mindestgröße von 20.000 Einwohnern reduziert. Gleichzeitig wurden auch die Aufgaben der Gemeinden neu definiert und ihre Rolle aufgewertet. Michel Weber, Büroleiter des dänischen Gemeindebundes, zieht nach drei Jahren Bilanz: „Neben den traditionellen Aufgaben wie Schulwesen, Altenpflege und Kinderbetreuung sind wir nun auch für die Arbeitslosen, die Regionalplanung, für Umweltfragen und alle sozialen Dienstleistungen verantwortlich. Dafür wurden die Gemeinden auch finanziell entsprechend ausgestattet: 53 Prozent der gesamten öffentlichen Finanzen bekommen die Gemeinden, 35 Prozent erhält der Staat, und zwölf Prozent fließen in die fünf Regionen. Mit diesem Geld sind die Regionen und ihre gewählten Vertreter ausschließlich für die Krankenhäuser zuständig. Das bietet gegenüber dem österreichischen System zwei Vorteile: Es gibt eine direkte Verantwortung für das Gesundheitsbudget und es ist leichter möglich, die Gesundheitsbedürfnisse regional zu steuern. Den Krankenhäusern wird von den Regionen ein Budget zugewiesen, das nicht überschritten werden darf. In den kommenden zehn Jahren wollen die Dänen ihre derzeit 70 Krankenhäuser auf 40 reduzieren. Im Gegenzug sollen fünf hoch spezialisierte „Superkrankenhäuser“ gebaut werden, die das dänische Gesundheitssystem an die Weltspitze befördern.“ (Zitat <http://www.trend.at/politik/schulvergleich-schweden-finnland-daenemark-vorreiter-bildung-284467>, Zugriff am 17.12.2016, veröffentlichter Artikel, Martina Madner und Markus Pühringer)

Auch ein Artikel von Bigalke (2014) weist auf das Hochschulniveau der Pflegeausbildung in Skandinavien hin. Sie beschreibt, dass in Skandinavien Pflege ein akademischer Beruf ist, wobei nicht zwischen Alten- und Krankenpflege unterschieden wird. In Schweden zum Beispiel agieren Pflege und Medizin mehr auf Augenhöhe und der Pflegeberuf hat einen höheren Stellenwert. Dies wird nochmals im vorliegenden Kapitel 5.6. über die spezifischen Fachausrichtungen wichtig, wenn es um die speziellen Pflege- und Betreuungsberufe geht. In diesem Artikel wird ebenso beschrieben, dass es einen Bettenleerstand durch einen Mangel an Fachkräften gibt, was sich mit den Informationen zu Beginn des Kapitel 5 deckt.

(vgl. <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.pflegepersonal-in-nordeuropa-skandinavische-pfleger-sind-akademiker.ffdbe38a-4149-4f14-a936-dcb8b43cfa4d.html>, Zugriff am 17.12.2016)

Die folgende Übersicht bietet einen Vergleich des derzeitigen Ausbildungsstandes, bzw. der Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten innerhalb der Pflegeberufe beider Länder. Beide

Länder bieten eine Grundausbildung mit entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten und Spezialisierungen an. Der Zugang zu weiteren universitären Studiengängen wird ebenfalls in beiden Ländern angeboten, in Österreich seit 2008. Die universelle Weiterbildung im Bereich Geriatrie/Gerontologie wird ebenfalls nach Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen und bei Berufspraxis ermöglicht. In Österreich gibt es derzeit noch keine generalisierte Pflegeausbildung, diese ist laut Univ.- Prof. Mag. Dr. Mayer, wie in der Conclusio beschrieben, in Arbeit und Vorbereitung.

**Tabelle 23: Vergleich Ist-Situation der Pflegeausbildung in beiden Ländern**

| <b>Ist- Stand der Pflegeausbildung (2014)</b>        | <b>Österreich</b>                                                                                                                     | <b>Dänemark</b>                                                                                     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grundausbildung</b>                               | Ausbildung zur Allgemeinen GuKP, zur psychiatrischen GuKP, zur Kinder und Jugend -Krankenpflege                                       | 3,5 Jahre zur KrankenpflegerIn an einer vergleichbaren Fachhochschule                               |
| <b>Ausbildungsform</b>                               | Diplomausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen                                                                             | Generalisierte Ausbildung mit Bachelor Abschluss                                                    |
| <b>Spezialisierung</b>                               | Seit 2008 Berechtigung für Gesundheits- und Krankenpflege auf FH Niveau mit Möglichkeit zu weiteren Fortbildungen im Pflegemanagement | Psychiatrie, Hygiene, Anästhesiologie, Intensivpflege und Gesundheitspflege von Kindern und Familie |
| <b>Ausbildung für die Altenpflege- und betreuung</b> | Diplomsozialbetreuung Altenarbeit                                                                                                     | Keine Spezialisierung im Bereich der Altenpflege                                                    |

|                                               |                                                                                                                                      |                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ausbildung Gerontologie/<br/>Geriatric</b> | In Weiterbildung als universitäres Studium, nach Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen, Berufspraxis in der Altenarbeit ist erwünscht | FH bieten Pflegekräften einen einjährigen Kurs als Pflegekraft für Gerontologie/Geriatric an |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: ( Alten) Pflegeausbildungen in Europa, 2014, S. 15-24 , eigene Darstellung

Neuerungen und Reformen werden einen wesentlichen Anteil zur Sicherung der Dienstleistung Pflege und Betreuung beitragen. Das nächste Kapitel widmet sich der Veränderung der Pflegeberufe durch Migration.

## ***5.2 Die Veränderung der Pflegekräfteverteilung durch Migration in Österreich und Dänemark***

In der Dokumentation der Jahreskonferenz des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit (ÖKSA) (2009) in Hinblick auf die Erbringung von sozialen Dienstleistungen durch MigrantInnen in Österreich wird im Vorwort durch den Präsidenten des ÖKSA Michael Chalupka darauf hingewiesen, dass MigrantInnen Qualifikationen mitbringen die genutzt werden sollten um eine Dequalifizierung im Land zu verhindern. Österreich hat eine qualifizierte Einwanderung, aber diese würde nicht zur Kenntnis genommen und es bleibt vorhandenes Arbeitsmarktpotenzial in Österreich ungenutzt. In der Tagung am 26.11.2009 ging es um Herausforderungen und Chancen und Best Practice Beispiele aus den österreichischen Bundesländern. Im Tagungspapier wird laut WHO (2006) von 59,2 Mio. vollzeitbeschäftigten Personen im Gesundheitsbereich ausgegangen. 28 % davon sind in Europa tätig. Die OECD (2007) in ÖKSA (2009) sieht die in Europa Tätigen mit 29 % der Schweiz zugeordnet, 15 % in Großbritannien angesiedelt und 1 % in Finnland ansässig. Auch Österreich wird als Zielland ausländischer Pflegekräfte angegeben. Nach Erhebung der Statistik Austria (2009) in ÖKSA (2010) waren in Österreich 2006 ca. 75.000 Personen im Alten- und Behindertenbereich tätig. Eine schriftliche Befragung in Österreich 2007 in Alten- und Pflegeheimen in den Zielgruppen Gehobener Dienst für Gesundheit- und Krankenpflege, wie auch in der Pflegehilfe ergaben, dass zum Zeitpunkt 31.12.2006, 10,5% der befragten Pflegekräfte angaben, in einem anderen Land der EU ausgebildet

worden zu sein, 62 % von ihnen in einem Drittstaat. Einen besonders hohen Anteil an im Ausland ausgebildeten Pflegekräften verzeichneten die Bundesländer Wien, Niederösterreich und das Burgenland. Zu den wichtigsten ökonomischen Aspekten als Gründe der Migration zählen Lohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten, gefolgt von sozialen Netzwerken und Weiterbildungschancen. Im Mittelpunkt einer weiteren schriftlichen Befragung 2007 und 2008 standen die Erhebungen von Gründen für die Migration von Pflegekräften. Hier standen vorrangig Personen aus der Slowakei, Tschechien und Polen, die auch dort ihre Ausbildung absolviert haben, im Vordergrund. Statistisch gesehen lag im Jahre 2008 die Arbeitslosenquote in der Slowakei bei 10,9 %, in Tschechien bei 5,6 % und in Polen bei 8,0 %, in Österreich im Vergleich dazu bei 4,1 %. Die Befragten gaben als Gründe für die Migration die guten Beschäftigungsmöglichkeiten in der Pflege in Österreich an. Daher zählt Österreich zu einem der wichtigsten Zielländer von Pflegekräften mit Migrationshintergrund. Der Zuzug erfolgt meist aus europäischen Ländern und nicht wie bis dato angenommen aus Entwicklungsländern. Die Gründe für Migration aus Polen, der Slowakei und Tschechien sind zumeist ökonomischer, kultureller und sozialer Natur. Aufgrund des erhöhten Bedarfs an Pflegepersonal in allen europäischen Ländern bedeutet diese Entwicklung für Österreich einen Ausgleich in der Absicherung des Pflegebedarfs, während in den genannten Herkunftsländern mit einem zunehmenden Mangel an Pflegekräften zu rechnen ist. (vgl. ÖKSA, 2010, S. 3-24)

Auch in einem Beitrag von Lamura (2013) über Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der Langzeitpflege wird die Situation in der Pflegekräfte Emigration näher beschrieben. Grundsätzlich gibt es in den Ländern Europas einen erhöhten Bedarf an qualifizierten Pflegekräften, vor allem in der Langzeitpflege. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sind unter diesem Aspekt eine willkommene Quelle zur Anhebung der Zahl der verfügbaren Arbeitskräfte für den häuslichen und stationären Pflegebereich, die Migration eine der wichtigsten Maßnahmen zur Erhöhung der Zahl der Pflegekräfte in der Langzeitpflege. Meist erfolgt die Einbindung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund erst dann wenn andere Schritte, z.B. die Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen oder die Rekrutierung von Arbeitslosen und Senioren für die Langzeitpflege nicht mehr greifen. Die Einbindung ist allerdings abhängig von einer Regulierung, im Artikel werden geregelte und ungeregelte Migrationsmodelle beschrieben. Fazit ist, dass die Migration von hochqualifiziertem Personal für die Länder des ersten Regimes (geregelte Migration), zu denen auch Österreich und Dänemark gehören,

wünschenswert wäre. (vgl. Giovanni Lamura in BäckerG., Heinze R.G. (Hrsg.) „ Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung“, Springer Verlag, 2013, S. 307-308)

### ***5.3 Die Wertigkeit von Pflege- und Betreuung durch Familie, Nachbarn und Laien***

#### **5.3.1 Unterstützung als solidarische Leistung aus österreichischer Sicht**

Langzeitpflege in einer solidarischen Gemeinschaft mit verschiedenen Autoren (2010) beschreibt, dass die Hochbetagten bis 2060 die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den EU Mitgliedsstaaten sein wird. Chronische Erkrankungen und die Folgen von körperlichen Defiziten werden die Zukunft der Pflege bestimmen. Die erbrachten Leistungen in jeder solidarischen Gesellschaft erfordern ein Umdenken, da Angehörige in der Pflege- und Betreuung vor unbewältigbaren Herausforderungen stehen. Amann (2008) in ÖKSA (2010) sieht Pflegevorsorge als gesellschaftliche Aufgabe die von der Solidaritätsbereitschaft, der Finanzierbarkeit und Pflegebereitschaft abhängt. Ohne die informelle Pflege in Familien wäre das Pflegerisiko nicht abzusichern. Der Aufwand an Arbeitsstunden und der entsprechende Geldwert sind weitaus höher einzustufen als die im professionellen Bereich erbrachten Leistungen. Die Gründe die zum Erbringen informeller Pflegeleistungen führen sind vielschichtig. Die Lohnstruktur bzw. das niedrige Frauenerwerbseinkommen, der erschwerte Zugang zu professionellen Diensten, aber auch ideologisch-religiöse Einstellungen führen dazu, dass das soziale Umfeld des Betroffenen informelle Dienste selbst übernimmt. Barrieren bestehen auch durch die innere Haltung von Betroffenen die einen „behördlichen Zugriff“ auf ihre Person vermeiden wollen. Allerdings klagen 50 % der Betroffenen über die fehlende Finanzierbarkeit für die Nutzung mobiler Dienste. Die Statistik Austria (2003) und der Mikrozensus (2002) in ÖKSA (2010) zeigen auf, dass im Wesentlichen Frauen für die informelle Pflegetätigkeit im häuslichen Milieu zuständig sind. Sie pflegen nahe Verwandte, Ehepartner, Lebensgefährten, Eltern oder Schwiegereltern meist in ihrer Wohnung. Die Verfasser des Berichtes der ÖBIG (2006) in ÖKSA (2010) sehen in der Wertigkeit der familiären Netzwerke, denn mehr als 80 % aller pflegebedürftigen Menschen werden immer noch zu Hause gepflegt, die größte Herausforderung. Die Hälfte der informell Pflegenden ist über 60 Jahre. Rund 47 % der informell pflegenden Personen verfügten im Jahre 2003 entweder über kein oder ein Einkommen von unter 700,00 Euro im Monat. Es ist absehbar, dass sich die familiären Leistungskapazitäten in den nächsten Jahren verringern werden, Die Gründe

dafür sind höhere Scheidungsraten, sinkende Kinder- und Geschwisterzahlen, sowie die Zunahme kinderloser Personen. Eine Umkehr dieser Entwicklung ist nicht in Sicht. (vgl. ÖKSA, 2010, S. 8-45)

### **5.3.2 Der Begriff der Fragilität in Bezug auf Unterstützung durch das soziale Umfeld**

Unter dem Begriff der Fragilität versteht Höpflinger (2015) die körperliche Verletzbarkeit, die den Hilfsbedarf anzeigt aber nicht automatisch intensive Betreuung oder hohen Pflegebedarf indiziert. Laut Höpflinger bedeutet im Alter fragil zu werden, dass Dinge wie kochen, einkaufen, arbeiten im Haushalt Mühe bereiten. Es wird Unterstützung benötigt. Fragilität zeigt ebenso an, dass die Fähigkeiten des Hörens und Sehens abnehmen, die Mobilität eingeschränkt ist, oder auch durch demenzielle Entwicklungen kognitive Beeinträchtigungen auftreten können. Die geriatrischen Messkriterien für Fragilität sind z.B. ungewollte Gewichtsabnahme, Müdigkeit, Muskelschwäche und Verlangsamung. Höpflinger meint, dass „Fragilität etwas Schicksalhafteres hat. Deshalb braucht es gesellschaftliche Solidarität.“

(vgl. 2015 Thurgauer\_Zeitung\_Fragilität\_zwingt\_zur\_Sorgekultur, o. S.)

Höpflinger (2016) definiert auch in der 3. Altersphase *das Lebensalter* als verstärkte Fragilisierung. Je nach früheren beruflich und biografischen Belastungen sowie familial und konstitutiven Faktoren treten altersbezogene Einschränkungen und Defizite früher oder später stärker hervor. Er beschreibt auch, dass die Beschreibung einer Gesellschaft abhängig davon ist, wie sie mit Kindern und Alten umgeht. (vgl. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>, o. S.)

Ebenso beschreibt Höpflinger in *Sozialbeziehungen im Alter* (2014) verschiedene solidarische Beziehungen und zugeordnete Kategorien der solidarischen Unterstützung.

1. Zusammenleben im gleichen Haushalt versus Leben in unterschiedlichen Haushalten. Da Ehepartner meist im selben Haushalt leben, kommen sie als Unterstützungspersonen in alltäglichen Dingen meist an erster Stelle, andere soziale Beziehungen wie z.B. zu Kindern, Enkelkindern und Geschwistern unterliegen primär dem Prinzip „Intimität auf Abstand.“
2. Familial- verwandtschaftliche Beziehungen versus nicht-familiäre Beziehungen. Meist sind die Kontakte älterer Menschen zu ihren Enkelkindern intensiver, als zu anderen Kindern. Kontakte zu den biologischen Großeltern meist intensiver als zu

Stiefgroßeltern. Freundschaften im Alter sind deshalb so wertvoll, da es sich um selbst gewählte Beziehungen handelt und keine familiären Verpflichtungen beinhalten.

3. Zugeschriebene versus frei wählbare Beziehungen. Wer mit 40 Jahren noch keine Kinder hat, muss voraussichtlich mit 80 Jahren das Fehlen der eigenen Nachkommenschaft zwangsläufig kompensieren. Freunde allerdings sind in jeder Lebensphase frei wählbar. Das gleiche gilt für Bekannte oder aber auch für professionelle Beratungspersonen.
4. Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe versus Zugehörigkeit zu älteren bzw. jüngeren Altersgruppen. Hierher gehören eher gleichaltrige Freunde, EhepartnerIn und Geschwister, aber auch ehemalige ArbeitskollegInnen gehören oft der gleichen Generation an.
5. Kinder oder Enkelkinder gehören einer jüngeren Generation an und mit steigendem Lebensalter der betroffenen Person werden auch Nachbarn oder professionelle HelferInnen jünger. (vgl. Höpflinger 2014, S. 1-6)

Das Spektrum der Unterstützung und sozialen Vernetzung wird bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit immer wichtiger. Unterstützungsleistungen werden je nach Wohnort und Wohnstruktur von nahen Familienangehörigen, bis hin zu Freunden, früheren ArbeitskollegInnen, aber auch durch die Nachbarschaft erbracht. Im Zuge der Zunahme von Einpersonenhaushalten ohne direkte Angehörige in Blutsverwandtschaft fällt auch religiösen Institutionen eine größere Rolle an Verantwortung zu. Da die Tendenzen zu erhöhten Scheidungsraten, sinkenden Kinder- und Geschwisterzahlen, sowie die Zunahme kinderloser Personen steigend ist und eine Umkehr dieser Entwicklung nicht in Sicht ist, bedarf es Bedarfsstrukturplanungen um den Ausfall des sozialen Umfelds finanziell und professionell auszugleichen. In diesem gesellschaftlichen Wandel liegt die Chance für die Weiterentwicklung der Berufsprofile für zukünftige Pflege- und Betreuungsberufe. Die Beobachtungsstelle für Gesellschaftspolitische Entwicklung in Europa (2014) führte im Rahmen einer Studie Erhebungen in ausgewählten Ländern zu Berufsprofilen und Pflegearbeit im Bereich der Altenpflegearbeit in Europa durch. In fast allen Ländern wurde diskutiert, wie sich angesichts der demografischen Entwicklung die Pflegeberufe entwickeln müssten. In Dänemark forderte der Verband der dänischen Krankenschwestern z.B. mehr Möglichkeiten, Fachwissen zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität in der Berufsausbildung von Fachkräften zu erhalten. In Österreich wurden in einer

Evaluierung Defizite in der Vorbereitung auf die Arbeit mit speziellen Zielgruppen wie Menschen mit demenziellen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen festgestellt. (vgl. (Alten) Pflegeausbildungen in Europa, 2014, S. 13)

#### ***5.4 Fazit aus den Recherchen beider Länder und Überleitung zur Literaturrecherche***

Die Zusammenfassung der Kapitel **1 bis 5** und die Überleitung zum empirischen Teil der vorliegenden Arbeit soll ein kurzes Resümee der erarbeiteten und gesammelten Inhalte darstellen. In **Kapitel 1** wurden die Thematik des Aufbaus der Arbeit beschrieben, die verwendete Basisliteratur, sowie eine Erläuterung der Schlüsselwörter, aber auch der Zugang zum Thema und die daraus resultierende Forschungsfrage und die Eingrenzung des Themas, und die verwendete PRISMA Methode. **Kapitel 2** der vorliegenden Arbeit beschäftigte sich inhaltlich mit den geschichtlichen, sozialen und pflegerischen Hintergründen der beiden Länder. Hauptaugenmerk liegt hier auf der Ausgangssituation, der Ist Situation. Das skandinavische Modell wird mit dem korporatistischen Modell verglichen und aus dem beschriebenen Ist Zustand der Langzeitpflege ist sehr klar erkennbar, dass der Trend in Dänemark deutlich in Richtung alternativer Wohnformen geht. Die Leistungserbringungen in beiden Ländern sind unterschiedlich geregelt. Werden in Österreich nach wie vor die meisten pflegerischen Leistungen in der Langzeitpflege von nahen Familienangehörigen zu Hause erbracht, vornehmlich von Frauen, dominieren in Dänemark alternative Wohnformen und mit entsprechende Leistungserbringung der neuen Berufsgruppe, der Family Health Nurse FHN). Auch in der finanziellen Absicherung und in der Bedarfserhebung unterscheiden sich beide Länder erheblich. Das **Kapitel 3** bearbeitete im Hauptinhalt die demografischen Entwicklungen in Dänemark und Österreich bei zu erwartender Hochaltrigkeit. Über Zahlen und Statistiken für die jeweiligen Länder konnte der zu erwartende Pflegebedarf für die nächsten Jahre veranschaulicht werden. Die Entwicklung der Lebenserwartung der Menschen in Österreich und Dänemark hängt auch entsprechend von Maßnahmen zur Gesunderhaltung ab, hieraus entwickeln sich der Bedarf und die Nachfrage nach entsprechender Unterbringung entweder im stationären Langzeitbereich, wie in Dänemark die Suche nach entsprechenden alternativen Wohnformen. In Kapitel 3 wurden die Daten der Eurostat 2013 vorgestellt. In der Auswertung konnten erste Rückschlüsse gezogen werden, dass Länder mit einem öffentlich finanzierten Pflegesystem eine höhere Geburtenrate aufweisen

als jene mit einem familienbasierten Pflegesystem. Die sinkenden Geburtenraten sind einer der Gründe für den Zuwachs von Menschen im Pensionsalter, die selbst keine Kinder oder Enkel haben, welche sich im Pflegefall um sie kümmern könnten. Am Ende vom Kapitel 3 folgt das Resümee, dass das familienbasierte Pflegemodell als Modell der Zukunft in Frage zu stellen ist und es zu überlegen wäre, die Professionalisierung der Care-Berufe öffentlich zu fördern. Die Prognose der Eurostat weist für den Zeitraum von 2015 bis 2060 für Österreich ein Bevölkerungswachstum von 9,6 % aus. Das heißt im Jahre 2050 wäre in Österreich mit einer Bevölkerungsanzahl von 92,53 Mio. Menschen rechnen. In Dänemark hingegen wird mit einer Bevölkerungsanzahl von 69,2 Mio. Menschen gerechnet, eine Wachstumsrate auf konstantem Niveau vorausgesetzt. Die Basis für diese Daten bilden die Erhebungen und Hochrechnungen der Statistiken aus dem Jahre 2010. Bei Betrachtung der anteilmäßigen Verteilung von Bevölkerungsgruppen nach Alter zeigt im Ländervergleich, dass es unterschiedliche Wachstumsraten im Bereich der Personen 80 plus in Österreich weiter unter 10 % ansiedelt, erhöht sich dieser auf 12,8 % (in Dänemark auf 9,7 %) Laut der Studie zur Hochaltrigkeit (2009) ist die Lebenserwartung älterer Menschen in den letzten drei Jahrzehnten stark gestiegen. Als Grund wird die Verbesserung des Gesundheitszustands älterer Menschen angeführt. Auch Aussagen zum subjektiven Gesundheitsbefinden wurden erhoben. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Personen 85 plus in Österreich ansteigt und bis zum Jahr 2050 die Marke 726.000 erreicht haben könnte. Die Kostenschleife durch die Zunahme der Hochaltrigkeit und durch den Bedarf an entsprechenden medizinischen Leistungen thematisiert das **Kapitel 4**. Hier wird im Speziellen die Finanzierungen der Pflege und Leistungserbringung, unter der Prämisse der unterschiedlichen Pflegesysteme in beiden Ländern untersucht. Laut Hochrechnungen ist 2025 mit einem jährlichen Mehraufwand von 446 Mio. Euro in der Kostenprognose der stationären pflegerischen Versorgung für Österreich zu rechnen. Ebenso wird in Dänemark mit steigendem Mehraufwand für pflegerische und soziale Betreuung gerechnet. Wie schon ausführlich beschrieben, basiert das österreichische Pflegemodell auf einem Subsidiaritätsprinzip das primär auf das „Solidarsystem Familie“ setzt, im Unterschied zum skandinavischen Modell, welches auf formeller Pflege basiert. Statt auf die Verantwortung der Familie zu setzen, wird dieses System hauptsächlich durch öffentliche Finanzmittel bezahlt und erreicht einen hohen Grad an Professionalität. Dänemark hat der Bedarfssteuerung einen hohen Stellenwert beigemessen, in Österreich dominiert hingegen die Ausgabensteuerung. Im Bereich der Prävention setzt Dänemark anders als in Österreich Konzepte ein, die als Voraussetzung für ein funktionelles Altenpflegesystem

dienen. In den Kostenprognosen hat Österreich mit Mehraufwänden für stationäre pflegerische Versorgung zu rechnen, auch in Dänemark kann mit einem steigenden Mehraufwand für pflegerische und soziale Betreuung gerechnet werden. Im Ageing Report 2015 wurde für jene Länder mit vorwiegend formeller Pflege, also auch für Dänemark prognostiziert, dass die durchschnittlichen Kosten im Bereich der Langzeitpflege steigen werden. Es stellt sich damit die Frage der möglichen Finanzierung dieser Mehraufwände bzw. ob die stationäre Unterbringung z. B. in Österreich auch im Kostenvergleich zu Dänemark das Mittel der Wahl bleiben sollte bzw. ob es alternative Konzepte gibt, die kostengünstiger und langfristig optimaler zu finanzieren sind. Das **Kapitel 5** beschäftigte sich mit der Leistungserbringung bei zunehmender Fragilität im Alter mit Unterstützung durch Laien, Nachbarn und Freunde. Diese sind in der außerfamiliären Situation in beiden Ländern als Ressource auch in der mentalen Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit zu sehen. Dänemark hat aufgrund seiner schon seit Jahren praktizierten Akademisierung der Pflege eine Vorreiterrolle in der curricularen Entwicklung der Pflegeberufe eingenommen, was auch in der skandinavischen Geschichte der Pflegeberufe zu begründen ist. Österreich verabschiedete in den Jahren seit 2010 verschiedene Gesetze die Ausbildung der Pflegeberufe professionalisieren sollen und die Verantwortung der Berufsbilder regeln. Auch der Zugang zu pflegewissenschaftlichen Studiengängen wurde erleichtert und die generalisierte Pflegeausbildung auf Hochschulebene begrüßt. Die Migration und die Verteilung von Pflegekräften innerhalb Europas spielen ebenso eine gewichtige Rolle für die Absicherung der pflegerischen Versorgung, da schon jetzt beispielsweise in Dänemark ein Bettenleerstand in Krankenhäusern durch einen Fachkräftemangel zu verzeichnen ist. Verschiedene Maßnahmen die in Dänemark und Österreich getroffen wurden bzw. in Bearbeitung sind, sollen eine professionelle Pflege im Land sichern. In Tabellen wurden die geschichtliche Entwicklung der Pflegeberufe in beiden Ländern, sowie die Entwicklung der Akademisierung- und Spezialisierung der Berufsgruppen dargestellt. Die Unterschiede zeigten, dass Österreich durch die Bedarfsermittlungen stark nachgezogen und sich besonders der Spezialisierung in bestimmten Berufsgruppen gewidmet hat. So gibt es im Unterschied zu Dänemark in den Bereichen der Pflegehilfe und Pflegeassistenz besondere Zusatzausbildungen die sich dem Bereich Altenpflege zuordnen lassen.

In der Überleitung zum empirischen Teil der Arbeit werden im **Kapitel 6** über die PRISMA-Methode Treffer zu den Suchwörtern wie „Long-Term-Care“, „Feldanalysen“, „Prognosen oder Trends für Österreich und Dänemark“ in entsprechenden Datenbanken ausgewertet und diese unter Ein- und Ausschlusskriterien in der Conclusio in den

Handlungsfeldern der Zukunft resümiert. Erklärungen zur Literaturrecherche, dem systematischen Review, Erläuterungen zur Suche in den Datenbanken und die Hinterlegung der Literatur im Literaturverwaltungsprogramm Zotero erfolgen ebenfalls im Kapitel 6.

## **6 Empirische Ergebnisse der Literaturrecherche über die PRISMA-Methode (VerfasserIn Werner Bernreiter)**

**(Die Abstract-Analysen zum Exerpt unter Ein- und Ausschlusskriterien erfolgten durch Werner Bernreiter und Evelyn Agnes von Nida gemeinsam)**

Die Forschungsfrage: *„Zukünftige Herausforderungen der stationären Langzeitpflege 85 plus – ein Vergleich zwischen Dänemark und Österreich“ Eine Analyse des Ist-Zustandes für den stationären Bereich an Beispielen der Daten der vorliegenden Statistiken aus Österreich und Dänemark für die zu erwartenden Handlungsfelder der Zukunft.*“ wird als Literaturrecherche über das PRISMA-Methode erarbeitet. Die Informationen aus der Recherche sollen die Fragen zu den zukünftigen Handlungsfeldern der Langzeitpflege beantworten, bzw. Hinweise auf Möglichkeiten zur Umsetzung geben.

### **6.1 Literaturrecherche**

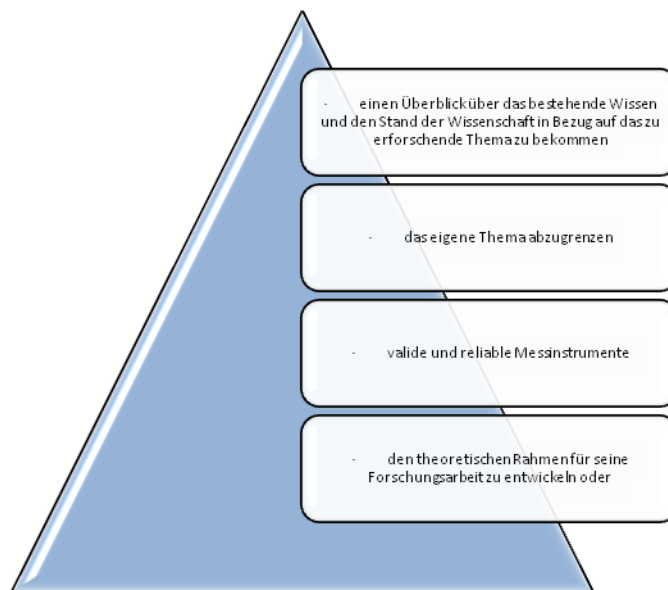
„Wenn es um die Durchführung und Anwendung von Forschungsergebnissen geht, so ist eine gute Literaturrecherche notwendig. Für die Anwendung von Forschungsergebnissen ist die Literatursuche die Basis, auf der man aufbaut. Im Rahmen einer Forschungsarbeit verfolgt man mit der Literaturrecherche unter anderem folgende Ziele.“ (Zitat Mayer, 2007, S. 254)

Die folgende angeführte Grafik nach Mayer (2007), führt die Ziele wie folgt an:

1. einen Überblick über das bestehende Wissen und den Stand der Wissenschaft in Bezug auf das zu erforschende Thema zu erhalten
2. das eigene Thema abzugrenzen

3. valide und reliable Messinstrumente zu entwickeln
4. den theoretischen Rahmen für seine Forschungsarbeit zu entwickeln

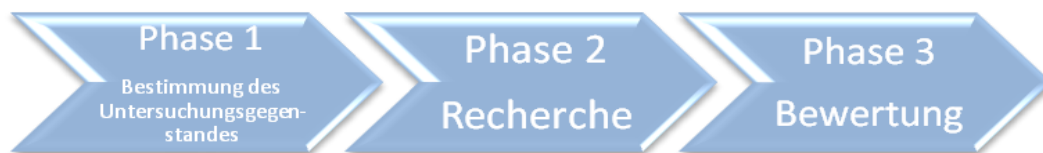
**Grafik 9: Ziele der Literaturrecherche**



Quelle: Mayer 2007, S. 254, eigene Darstellung

Nach Kleibel & Mayer (2011) ist eine Literaturrecherche nicht nur eine Recherche in einer Fachbuchhandlung oder die Suche nach Informationen im Internet, sondern ein Suchprozess der aus 3 Phasen besteht, wie in der folgenden Grafik 10 beschrieben.

**Grafik 10: 3 Phasen der Literaturrecherche**



Quelle: Kleibel & Mayer, 2011, S. 25, eigene Darstellung

Um eine erfolgreiche Literaturrecherche vorzunehmen, sollte gezielt und systematisch vorgegangen werden. Die Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit soll daher über das systematischen Review erfolgen.

## 6.2 Systematisches Review und PRISMA-Methode

Ein systematisches Review ist die Zusammenfassung verschiedener Studien zu einem bestimmten Thema. In einem systematischen Review werden nur Studien aufgenommen, die nach vorab definierten Auswahl- und Ausschlusskriterien ausgewählt wurden. Ziel ist es, laut Mayer (2007) eine möglichst gute „Beweislage“ für die Praxis zu produzieren. Das *Finden, Bewerten und Zusammenfassen* wissenschaftlicher Studien ist das Ziel von systematischen Reviews, um auf die spezifische wissenschaftliche Fragen informative, empirische Antworten zu erhalten. (vgl. Hamer & Collinson, 2005, o.S)

Das Wort PRISMA ist ein Akronym aus “**P**referred **R**eporting **I**tems for **S**ystematic reviews and **M**eta-**A**nalyses“ und bedeutet übersetzt „Bevorzugte Artikel und Berichte für systematische Übersichten und Meta-Analysen“.

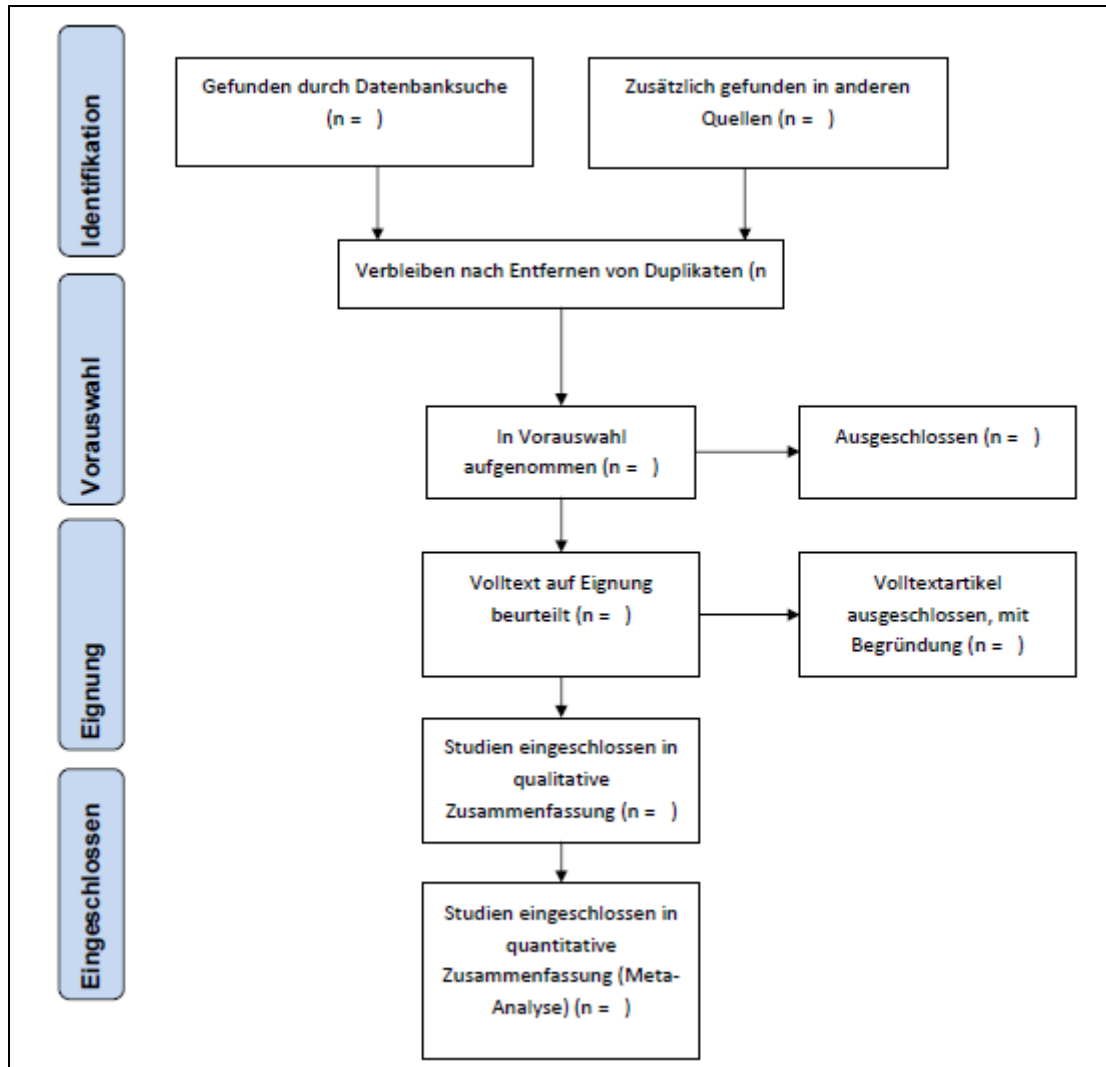
Nach Ziegler (2011) ist eine systematische Übersicht zu einer klar formulierten Fragestellung, eine Übersicht, die systematisch und mit spezifischen Methoden relevante Forschungsergebnisse identifiziert, auswählt und kritisch beurteilt. Die Daten der eingeschlossenen Studien werden gesammelt und analysiert. Statistische Verfahren (Meta-Analyse) können benutzt werden, um die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zu analysieren und zusammenzufassen. (vgl. Ziegler et al., 2011)

Die Anwendung der Meta-Analyse war aufgrund der formulierten Forschungsfrage dieser Arbeit und dem angestrebten Ergebnis über die Herausforderungen und Entwicklungen der stationären Langzeitpflege nicht anwendbar. Eine quantitative Zusammenfassung wurde dadurch auch nicht eingeschlossen.

PRISMA zielt hauptsächlich darauf ab, Autoren bei systematischen Übersichtsarbeiten zu unterstützen.

## 6.2.1 Beschreibung der Phasen des PRISMA-Modells

**Grafik 11: Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen zur systematischen Übersicht**



Quelle: <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20German%20flow%20diagram.pdf>

Im Rahmen der Möglichkeiten dieser Masterarbeit wird die PRISMA-Methode als Modell angewandt, in dem in Übersichten systematisch relevante Daten ausgewählt und miteinander verglichen werden. Die statistischen Daten dienen in diesem Fall dazu, die Ergebnisse zu analysieren, zusammenzufassen und gegenüber zu stellen. Das Modell ist kein Qualitätsbewertungsinstrument, versucht aber über Transparenz die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit in dieser Arbeit zu verdeutlichen.

## 6.3 Literaturrecherche Suche und Exzerpt

Die Literaturrecherche erfolgte zwischen Mai 2016 und Dezember 2016 in den Datenbanken „CINAHL“, „PUBMED“ und der Universitätsbibliothek Wien (UB-Bestand).

### 6.3.1 Literaturrecherche Suche

Die Suche für die vorliegende Masterarbeit erfolgte über die erarbeiteten Suchwörter wie „Österreich“, (engl. „Austria“) und „Dänemark“ (engl. „Denmark“), in Verbindung mit „Langzeitpflege“ (engl.: „long-term care“), „Trends“ (engl.: „trends“), „Prognosen“ (engl.: „prognosis“), „Feldanalysen“ (engl.: „field analyzes“). Das Suchwort „85 plus“ (engl. „85 and older“) wurde teilweise bei der Suche eingebunden. Die englische Suche wurde teilweise, aufgrund der vorgegebenen Suchwörterbegriffe zwischen Ein- und Mehrzahl angeglichen. Die folgenden möglichen Kombinationen der Suchwörter wurden in den jeweiligen Datenbanken gesucht. Der Suchbereich wurde eingegrenzt auf den Zeitraum ab 2010, da die wissenschaftliche Ausarbeitung der zukünftigen Trends und Entwicklungen auf aktuellem Niveau stattfinden sollten.

#### In Kombination mit dem Begriff Österreich:

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| • „Österreich“ und „Langzeitpflege“ und „Trends“       |
| • „Österreich“ und „Langzeitpflege“ und „Prognosen“    |
| • „Österreich“ und „Langzeitpflege“ und „Feldanalysen“ |
| • „Österreich“ und „Langzeitpflege“ und „85 plus“      |
| • „Österreich“ und „Langzeitpflege“                    |

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| • „Austria“ and „long- term care“ and „trends“        |
| • „Austria“ and „long-term care“ and „prognoses“      |
| • „Austria“ and „long-term care“ and „field analyzis“ |
| • „Austria“ and „long-term care“ and „85 and older    |
| • „Austria“ and „long-term care“                      |

### **In Kombination mit dem Begriff Dänemark:**

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| • „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und Trends         |
| • „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und „Prognosen“    |
| • „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und „Feldanalysen“ |
| • „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und „85 plus“      |
| • „Dänemark“ und „Langzeitpflege“                    |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| • Denmark“ and „long-term care“ and „trends“         |
| • Denmark“ and „long-term care“ and „field analyzis“ |
| • Denmark“ and „long-term care“ and „prognosis“      |
| • Denmark“ and „long-term care“ and „85 and older“   |
| • Denmark“ and „long-term care“                      |

**Tabelle 24: Literaturrecherche Datenbanken und zusätzliche Quellen**  
- Auflistung Treffer

|   | Datenbank | Suchwörter / Kombinationen                     | Treffer | Sprache  | Suchzeitraum  |
|---|-----------|------------------------------------------------|---------|----------|---------------|
| 1 | CINAHL    | „Austria“ and „longtermcare“                   | 14      | englisch | 2010 bis 2016 |
| 2 | CINAHL    | "Denmark“ and „longtermcare“ and „trends“      | 5       | englisch | 2010 bis 2016 |
| 3 | CINAHL    | "Denmark“ and „longtermcare“                   | 15      | englisch | 2010 bis 2016 |
| 4 | PUBMED    | „Austria“ and „long-term care“ and „trends“    | 7       | englisch | 2010 bis 2016 |
| 5 | PUBMED    | „Austria“ and „long-term care“                 | 56      | englisch | 2010 bis 2016 |
| 6 | PUBMED    | „Denmark“ and „long-term care“ and „prognosis“ | 2       | englisch | 2010 bis 2016 |
| 7 | PUBMED    | „Denmark“ and „long-term care“                 | 29      | englisch | 2010 bis 2016 |

|    |            |                                                   |   |         |               |
|----|------------|---------------------------------------------------|---|---------|---------------|
| 8  | UB-Bestand | „Österreich“ und „Langzeitpflege“ und „Trends“    | 8 | deutsch | 2010 bis 2016 |
| 9  | UB-Bestand | „Österreich“ und „Langzeitpflege“ und „Prognosen“ | 4 | deutsch | 2010 bis 2016 |
| 10 | UB-Bestand | „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und "Trends"      | 6 | deutsch | 2010 bis 2016 |
| 11 | UB-Bestand | „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und „Prognosen“   | 3 | deutsch | 2010 bis 2016 |
| 12 | UB-Bestand | „Dänemark“ und „Langzeitpflege“ und „85 plus“     | 5 | deutsch | 2010 bis 2016 |

Quelle: eigene Darstellung vom 10.12.2016

Die Suchergebnisse in den folgenden Datenbanken ergaben folgende Treffer:

**Tabelle 25: Datenbanken - Auflistung Treffer**

|                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------|------------|
| CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature): | 34         |
| PUBMED:                                                            | 94         |
| <b>Datenbanktreffer Ergebnisse gesamt:</b>                         | <b>128</b> |

Quelle: eigene Darstellung vom 10.12.2016

Die Suchergebnisse in den sonstigen Quellen ergaben folgende Treffer:

**Tabelle 26: zusätzliche Quellen - Auflistung Treffer**

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| UB-Bestand:                                             | 26        |
| <b>zusätzliche Quellen – Treffer Ergebnisse gesamt:</b> | <b>26</b> |

Quelle: eigene Darstellung vom 10.12.2016

Die Suchergebnisse – Treffer gesamt:

**Tabelle 27: Datenbanken und zusätzliche Quellen - Auflistung Treffer gesamt**

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Datenbanken            | 128        |
| zusätzliche Quelle:    | 26         |
| <b>Treffer gesamt:</b> | <b>154</b> |

Quelle: eigene Darstellung vom 10.12.2016

Wie in Kapitel 6 weiter erläutert, wurde das Auswahlverfahren der gefundenen Literatur nach den Punkten **Identifikation**, **Vorauswahl**, **Eignung** und der **eingeschlossenen Literatur** der PRISMA-Methode ermittelt. In der erfolgten Literatursuche wurden aus der Datenbanksuche (CINAHL; PUBMED und der zusätzlichen Quelle UB-Bestand) wie angeführt, insgesamt 154 Treffer identifiziert. Über diese Identifikation verblieben nach der Entfernung von Duplikaten insgesamt 118 Treffer. Die so identifizierte englisch- und deutschsprachige Literatur wurde auf ihre Relevanz im Hinblick der Forschungsfragestellung ausgewählt. Die Treffer die keinen Bezug auf die Forschungsfrage ergaben und nicht als relevant erschienen, wurden ausgeschlossen. Insgesamt schieden somit 77 Treffer aus. Die weiteren 41 relevanten Treffer wurden sodann auf ihre Eignung, aufgrund des Umfanges mittels Abstract- Eignung im Exzerpt wie im folgenden Kapitelabsatz 6.3.2 beschrieben und übersichtlich aufgeführt.

### **6.3.2 Literaturrecherche Exzerpt**

Nachfolgend sind die laut PRISMA- Methode bearbeiteten 41 Treffer unter Ein- und Ausschlusskriterien mit den Angaben für die Relevanz und Nichtrelevanz in dieser Arbeit, über eine Tabelle dargestellt.

**Tabelle 28: Literaturexzerpt/Abstract auf Eignung /ausgeschlossene Literatur**

| Nr. | Titel Treffer                                                                                                                                                         | Datenbank | Literaturverweis                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Inhalt                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ausschlussgrund                                                                                                  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Mid and later life care work migration: Patterns of re-organising informal care obligations in Central and Eastern Europe.                                            | PUBMED    | Bauer, G., Osterle, A., 2016. Mid and later life care work migration: Patterns of re-organising informal care obligations in Central and Eastern Europe. J Aging Stud 37, 81–93. doi:10.1016/j.jaging.2016.02.005                                                                                   | Der Artikel beschreibt, dass weibliches Personal als 24 Stunden-Betreuerinnen nach Österreich pendeln.                                                                                                                                                                                   | Das Thema Migration steht im Vordergrund und nicht das Thema Langzeitpflegebereich.                              |
| 2   | Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria.                                                                                                   | PUBMED    | Krajic, K., Cichocki, M., Quehenberger, V., 2015. Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. Health Promot Int 30, 769–781. doi:10.1093/heapro/dau012                                                                                                                      | Diese Studie beschreibt den Kontext, das Konzept und den Projektplan eines 2-jährigen Pilotprojektes zur umfassenden gesundheitsfördernden Setting Entwicklung für das Personal in der Altenpflege Österreichs und gibt einen Überblick über die wichtigsten Erfahrungen und Ergebnisse. | Schwerpunkt der Studie sind ausschließlich gesundheitsfördernde Aspekte für Altenpflegepersonal.                 |
| 3   | Globalisierung und die Zukunft der EU-2020-Strategie                                                                                                                  | UBBestand | Tausch, A., 1951-, 2011. Globalisierung und die Zukunft der EU-2020-Strategie.                                                                                                                                                                                                                      | Im Inhalt erfolgt die Antwort der Europäischen Kommission auf die Frage, warum Europa derzeit stärker von der aktuellen Wirtschaftskrise als andere Regionen der Weltwirtschaft betroffen ist.                                                                                           | Das Thema Lebenserwartung wird nur angedeutet, jedoch keine Inhalte zum Thema Pflege bzw. Langzeitpflegebereich. |
| 4   | Field of Work: Nursing Homes - Points of View of Nursing Trainee.                                                                                                     | CINAHL    | Marina Amann, Christa Them, Elfriede Fritz, 2012. Field of Work: Nursing Homes - Points of View of Nursing Trainee. Pflegewissenschaft 14, 688–693.                                                                                                                                                 | Im Inhalt befindet sich der Bericht von Auszubildenden über ihre Erfahrungen bei der praktischen Ausbildung in Pflegeheimen.                                                                                                                                                             | Das Thema Pflege in der Ausbildung wird angedeutet, jedoch keine Inhalte zum Thema Langzeitpflegebereich.        |
| 5   | Etanercept provides an effective, safe and flexible short- and long-term treatment regimen for moderate-to-severe psoriasis: a systematic review of current evidence. | PUBMED    | Strohal, R., Chimenti, S., Vena, G.A., Girolomoni, G., 2013. Etanercept provides an effective, safe and flexible short- and long-term treatment regimen for moderate-to-severe psoriasis: a systematic review of current evidence. J Dermatolog Treat 24, 199–208. doi:10.3109/09546634.2012.713462 | Ein Bericht über ein effektives, sicheres und flexibles kurz- und langfristiges Therapieschema für mittelschwere bis schwere Psoriasis.                                                                                                                                                  | Schwerpunkt des Themas ist die Erkrankung Psoriasis. Langzeitpflegebereich nicht beinhaltet.                     |

|    |                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Development and psychometric evaluation of the Knowledge of Malnutrition - Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing homes. | CINAHL    | Schönherr, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C., 2015. Development and psychometric evaluation of the Knowledge of Malnutrition - Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing homes. Scandinavian Journal of Caring Sciences 29, 193–202. doi:10.1111/scs.12133 | Inhaltlich ist dies eine Evaluation über psychometrische Eigenschaften für eine breite Palette von Elementen über Mangelernährung und kann in Pflegeheimen, Praxis, Bildung und Forschung angewendet werden.                                                                        | Schwerpunkt des Themas ist ausschließlich die Mangelernährung im stationären Langzeitpflegebereich und nicht unser Thema.                                                   |
| 7  | Death in nursing homes: a Danish qualitative study.                                                                                                                                         | CINAHL    | Gorlén, T.F., Gorlén, T., Neergaard, M.A., 2013. Death in nursing homes: a Danish qualitative study. International Journal of Palliative Nursing 19, 236–242.                                                                                                                                                              | Bericht über die Qualität der End-of-Life-Versorgung in dänischen Pflegeheimen. Diese qualitative deskriptive Studie, zielte darauf ab, die Wahrnehmung des Personals mit besonderem Augenmerk auf die Medikamentenverwaltung und die Kooperation mit den Patienten zu beschreiben. | Das Thema Tod und die End-of-Life Versorgung steht im Vordergrund und beschreibt nicht die Thematik des Langzeitpflegebereiches wie in unserer Forschungsfrage beschrieben. |
| 8  | Chronic care infrastructures and the home.                                                                                                                                                  | PUBMED    | Langstrup, H., 2013. Chronic care infrastructures and the home. Social Health Illn 35, 1008–1022. doi:10.1111/1467-9566.12013                                                                                                                                                                                              | Dieser Artikel beschreibt die räumlichen und materiellen Dimensionen des chronischen Krankheitsmanagements zu Hause und im klinischen Bereich.                                                                                                                                      | Schwerpunkt des Artikels und Themas, sind ausschließlich chronischen Erkrankungen.                                                                                          |
| 9  | Ausbildung bis 18                                                                                                                                                                           | UBBestand | Steiner, M., 1969- [VerfasserIn], Pessl, G. [VerfasserIn], Karaszek, J. [VerfasserIn], 2016. Ausbildung bis 18, Oktober 2015. ed, Ausbildung bis achtzehn.                                                                                                                                                                 | Dies ist ein Projektbericht, Research Report über Grundlagenanalysen zum Bedarf von und dem Angebot für die angesprochene Zielgruppe.                                                                                                                                               | Das Thema Ausbildung bis 18 Jahre steht im Vordergrund und beschreibt nur die Möglichkeit einer Ausbildung im stationären Langzeitpflegebereich.                            |
| 10 | Attitudes Towards End-of-Life Decisions and Long-Term Care Dependency: Results of a Representative Survey of Austrians Aged 50.                                                             | PUBMED    | Stolz, E., Rasky, E., Freidl, W., 2016. [Attitudes Towards End-of-Life Decisions and Long-Term Care Dependency: Results of a Representative Survey of Austrians Aged 50]. Gesundheitswesen. doi:10.1055/s-0042-106648                                                                                                      | Dies sind Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von ÖsterreicherInnen im Alter von 50 Jahren über die Haltung gegenüber Lebensentscheidungen und LZP-Abhängigkeiten.                                                                                                           | Schwerpunkt der Studie ist ausschließlich die Erwartungshaltungen von einer Zielgruppe im Bereich von Personen 50+.                                                         |

|    |                                                                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna. | PUBMED | Schmidt, A.E., 2016. Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna. Health Soc Care Community. doi:10.1111/hsc.12334                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hier wird die Bedeutung der Ressourcen älterer Menschen im Einsatzbereich der häuslichen Pflege beschrieben.                                                                                                                              | Inhalt ausschließlich zum Thema Pflege im Bereich der häuslichen Pflege.                                                                                                                            |
| 12 | Aging in Place.                                                                                                                | CINAHL | Morley, J.E., 2012. Aging in Place. Journal of the American Medical Directors Association 13, 489–492. doi:10.1016/j.jamda.2012.04.011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dieser Artikel beschreibt den Wunsch des Zusammenlebens und der Betreuung im häuslichen Umfeld.                                                                                                                                           | Schwerpunkt des Artikels ist ausschließlich die Erwartungshaltung in Zusammenhang mit dem Wunsch des Altwerdens im häuslichen Umfeld.                                                               |
| 13 | Tracing Stigma in Long -Term Care Insurance in Israel                                                                          | PUBMED | Strier, R., Werner, P., 2016. Tracing Stigma in Long-Term Care Insurance in Israel: Stakeholders' Views of Policy Implementation. J Aging Soc Policy 28, 29–48. doi:10.1080/08959420.2016.1111726                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Länder, wie Japan, Österreich, die Niederlande, Deutschland und Israel, haben eine Langzeitpflegeversicherung (LTCI) der Grundlage von Gesetzen und Rechtsvorschriften eingeführt, sowie entsprechende Anspruchsgrundsätze verabschiedet. | In dieser Studie wird keines der von uns beschriebenen Länder Österreich oder Dänemark erwähnt und das Thema der Versorgung von Menschen mit Morbus Alzheimer wird in unserer Arbeit nur gestreift. |
| 14 | The public gets what the public wants: experiences of public reporting in long-term care in Europe.                            | PUBMED | Rodrigues, R., Trigg, L., Schmidt, A.E., Leichsenring, K., 2014. The public gets what the public wants: experiences of public reporting in long-term care in Europe. Health Policy 116, 84–94. doi:10.1016/j.healthpol.2013.12.012                                                                                                                                                                                                                                                                               | In diesem Beitrag werden die Erfahrungen mit den öffentlichen Berichterstattungsmechanismen in sieben europäischen Ländern und die verfügbaren Informationen über ihre Auswirkung auf die Qualität in der Langzeitpflege erörtert.        | Für die Auswahl in unserer Arbeit ist dieser Treffer nicht relevant, da es um Informationen und Informationsbeschaffung geht, die sich auf die Qualität in der LZP auswirken können.                |
| 15 | Survivorship after childhood cancer: PanCare: a European Network to promote optimal long-term care.                            | PUBMED | Hjorth, L., Haupt, R., Skinner, R., Grabow, D., Byrne, J., Karner, S., Levitt, G., Michel, G., van der Pal, H., Bardi, E., Beck, J.D., de Vathaire, F., Essig, S., Frey, E., Garwicz, S., Hawkins, M., Jakab, Z., Jankovic, M., Kazanowska, B., Kepak, T., Kremer, L., Lackner, H., Sugden, E., Terenziani, M., Zaletel, L.Z., Kaatsch, P., 2015. Survivorship after childhood cancer: PanCare: a European Network to promote optimal long-term care. Eur J Cancer 51, 1203–1211. doi:10.1016/j.ejca.2015.04.002 | Im Artikel geht es um das Überleben nach Krebs im Kindesalter und die deutliche Verbesserung in den letzten Jahrzehnten in Europa.                                                                                                        | Für diese Arbeit ist dieser Artikel nicht relevant, da kein Bezug zum Thema Hochaltrigkeit und LZP gegeben ist.                                                                                     |

|    |                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes.                                                                      | CINAHL | Malfent D, Wondrak T, Kapusta ND, Sonneck G, 2010. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 25, 843–849. doi:10.1002/gps.2426                                                                                            | Pilotstudie in Wien in 15 Wiener Wohn- und Pflegehäusern zu Selbstmordgedanken und suizidalen Tendenzen.                                                                                                                                                                            | Für diese Arbeit nicht relevant, es geht zwar um Menschen 60+ in Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Wien, aber nicht um einen Vergleich im Bereich der LZP.              |
| 17 | Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People.                                                               | CINAHL | Daatland, S.O., Høyland, K., Otne, B., 2015. Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People. Journal of Housing for the Elderly 29, 180–196. doi:10.1080/02763893.2015.989778                                                                                          | Dieser Artikel konzentriert sich auf die norwegischen Varianten im Wohnungsregime der pflegerischen Versorgung im Vergleich zu Schweden und Dänemark. Beschrieben werden Norwegens "Zwei-Regime Versorgung" die mit denen Skandinaviens verglichen werden.                          | Der Artikel ist für diese Arbeit nicht relevant, da das Thema die Umsetzung norwegischer Wohn- und Pflegepolitik ist und nicht Dänemark.                               |
| 18 | Professional caregivers' work with the dying in nursing homes - a Foucault-inspired analysis of discourses in the last decade in a Danish context. | CINAHL | Nielsen, K.T., Glasdam, S., 2013. Professional caregivers' work with the dying in nursing homes - a Foucault-inspired analysis of discourses in the last decade in a Danish context. Scandinavian Journal of Caring Sciences 27, 983–993. doi:10.1111/scs.12021                                             | In dieser internationalen Studie über den Tod älterer Pflegeheimbewohner wird das Verständnis der Fachleute, die für das Sterben sorgen, aufgezeigt. Das Ziel dieser Studie ist es, den Diskurs über professionelle Betreuer, in den letzten zehn Jahren in Dänemark zu erforschen. | Die Studie ist für das Thema dieser Arbeit nicht relevant, da Mortalität, Hospiz und Palliative Care in Bezug auf Pflegemitarbeiter nicht Gegenstand der Arbeit waren. |
| 19 | Physical capacity and risk for long-term sickness absence: a prospective cohort study among 8664 female health care workers                        | PUBMED | Rasmussen, C.D.N., Andersen, L.L., Clausen, T., Strøyer, J., Jørgensen, M.B., Holtermann, A., 2015. Physical capacity and risk for long-term sickness absence: a prospective cohort study among 8664 female health care workers. J. Occup. Environ. Med. 57, 526–530. doi:10.1097/JOM.0000000000000395      | In diesem Artikel werden die Unterschiede zwischen niedriger- und höherqualifizierten Frauen im Gesundheitswesen und entsprechender Langzeitkrankstände nachgegangen. Erhoben wurden körperliche Fitness und Flexibilität im Beruf.                                                 | Für diese Arbeit ist dieser Artikel nicht relevant, da das Thema Langzeitkrankstände von Frauen im Gesundheitswesen nicht Gegenstand der Arbeit war.                   |
| 20 | Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands.                                                     | PUBMED | Nolte, E., Knai, C., Hofmarcher, M., Conklin, A., Erler, A., Elissen, A., Flamm, M., Fullerton, B., Sonnichsen, A., Vrijhoef, H.J.M., 2012. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. Health Econ Policy Law 7, 125–146. doi:10.1017/S1744133111000338 | Dieser Beitrag untersucht die Rolle des regulatorischen, finanziellen und organisatorischen Kontextes für die Entwicklung und Umsetzung von Ansätzen der Versorgung chronischer Krankheiten anhand von Beispielen aus Österreich, Deutschland und den Niederlanden.                 | Das Thema ist für diese Arbeit nicht relevant, da Unterstützungsleistungen aus staatlicher Sicht bei chronischen Erkrankungen nicht Gegenstand der Arbeit waren.       |

|    |                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | Nursing home research: the first International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) research conference.        | PUBMED | <p>Rolland, Y., Resnick, B., Katz, P.R., Little, M.O., Ouslander, J.G., Bonner, A., Geary, C.R., Schumacher, K.L., Thompson, S., Martin, F.C., Wilbers, J., Zuniga, F., Ausserhofer, D., Schwendimann, R., Schussler, S., Dassen, T., Lohrmann, C., Levy, C., Whitfield, E., de Souto Barreto, P., Etherton-Beer, C., Dilles, T., Azermai, M., Bourgeois, J., Orrell, M., Grossberg, G.T., Kergoat, H., Thomas, D.R., Visschedijk, J., Taylor, S.J.C., Handajani, Y.S., Widjaja, N.T., Turana, Y., Rantz, M.J., Skubic, M., Morley, J.E., 2014. Nursing home research: the first International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) research conference. J Am Med Dir Assoc 15, 313–325. doi:10.1016/j.jamda.2014.03.004</p> | Inhalt des Artikels sind Zusammenfassungen der Vorträge von der ersten internationale Konferenz der Vereinigung für Gerontologie und Geriatrie zum Thema Pflegeheime und Forschung in St. Louis, MO, im November 2013. | Für diese Arbeit nicht relevant, da das Thema LZZ im Artikel nicht explizit vorkommt, sondern der Inhalt eher allgemein gehalten ist. Auch wurden Österreich und Dänemark nicht gesondert geführt. |
| 22 | PROGRESS: development of an European quality framework in long term care homes in Europe...Fourth European Nursing Congress | CINAHL | <p>Pel-Littel, R., Meyer, J., Minkman, M., Mak, S., 2010. PROGRESS: development of an European quality framework in long term care homes in Europe...Fourth European Nursing Congress. Journal of Clinical Nursing 19, 117–117. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03446.x</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Inhalt des Artikels ist die Entwicklung eines europäischen Qualitätsrahmens mit dem Schwerpunkt Übergang vom KH ins Pflegeheim.                                                                                        | Schwerpunkt des Artikels ist überwiegend das Thema in Europa, er geht nicht auf die von uns beschriebenen Nationen ein.                                                                            |

Quelle: eigene Darstellung vom 12.12.2016

**Tabelle 29: Literaturexzerpt/Abstract auf Eignung /eingeschlossene Literatur**

| Nr. | Titel<br>Treffer                                                                                                                                               | Daten-<br>bank | Literaturverweis                                                                                                                                                                                                                                                 | Inhalt                                                                                                                                                                                                                                                          | Einschluss-<br>grund                                                                                                                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Monetising the provision of informal long-term care by elderly people: estimates for European out-of-home caregivers based on the well-being valuation method. | PUBMED         | Schneider, U., Kleindienst, J., 2016. Monetising the provision of informal long-term care by elderly people: estimates for European out-of-home caregivers based on the well-being valuation method. Health Soc Care Community 24, e81-91. doi:10.1111/hsc.12250 | Bericht über die informelle Pflege die sowohl eine Last als auch eine Quelle der Zufriedenheit sein kann.                                                                                                                                                       | Der Bericht enthält Daten nach 2006 aus europäischen Ländern u.a. aus Dänemark und Österreich zu unserem Thema.                                                                                                         |
| 2   | Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care.                                                                         | PUBMED         | Billings, J., Leichsenring, K., 2014. Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care. Int J Integr Care 14, e021.                                                                                                         | Ein EU-gefördertes Projekt namens "INTERLINKS" ("Gesundheitssysteme und LTC für ältere Menschen in Europa") das entwickelt wurde, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Akkumulation und dem Vergleich von Evidenz in LTC in ganz Europa zu lösen.   | Der Bericht beschreibt mögliche Erkenntnisse im Bereich der LTC in Dänemark und Österreich bzw. innovative Ansätze.                                                                                                     |
| 3   | Is a healthy city also an age-friendly city?                                                                                                                   | PUBMED         | Jackisch, J., Zamaro, G., Green, G., Huber, M., 2015. Is a healthy city also an age-friendly city? Health Promot Int 30 Suppl 1, i108-i117. doi:10.1093/heapro/dav039                                                                                            | Healthy Aging ist ein wichtiger Schwerpunkt des European Healthy Cities Network und wird seit 2003 von der WHO seit 2010 als strategisches Kernthema unterstützt, seit 2010 in Kooperation mit dem Globalen Netzwerk "Age-friendly Cities and Communities"      | Die Analyse der städtischen Praxis zeigt, wie Städte die institutionellen Voraussetzungen und Prozesse entwickelt haben, die für die Umsetzung von altersgerechten Strategien, Programmen und Projekten notwendig sind. |
| 4   | Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions.                                                                                      | PUBMED         | Leichsenring, K., 2012. Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions. Int J Integr Care 12, e7.                                                                                                                                      | Die Entwicklung von LTC-Systemen kann heute in allen europäischen Ländern festgestellt werden. Integrierte Versorgungslösungen an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und sozialer Betreuung und zwischen formaler und informeller Versorgung wurden erprobt. | Langzeitpflegesysteme erfordern eine erkennbare Identität, spezifische Politiken, Strukturen, Prozesse und Wege. Hier geht es darum, Ressourcen zu nützen und Erwartungen zu untermauern.                               |

|   |                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Informal caregiving patterns in Korea and European countries: a cross-national comparison.       | PUBMED    | Jang, S.-N., Avendano, M., Kawachi, I., 2012. Informal caregiving patterns in Korea and European countries: a cross-national comparison. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 6, 19–26. doi:10.1016/j.anr.2012.02.002                 | Diese Studie untersucht demografische und institutionelle Unterschiede in der informellen Versorgung. Dies ist eine länderübergreifende Studie über die Merkmale der informellen Betreuer in 12 europäischen Ländern und Korea.                                                                                                                          | Untersucht wurden Assoziationen zwischen informellen Pflege- und Makrolevel-Merkmalen (BIP, Gesamtfruchtbarkeit und Langzeitpflegemittel) zu Dänemark.                                                                 |
| 6 | Home care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care.       | PUBMED    | Osterle, A., Bauer, G., 2012. Home care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. Health Soc Care Community 20, 265–273. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01049.x                                  | Dieser Artikel diskutiert die Entwicklung der häuslichen Pflege in Österreich. Es wird analysiert, welche Auswirkungen das Zusammenspiel der traditionellen Familienorientierung auf die Pflege, ein universelles Cash-for-Care-System (ca. 5% der Bevölkerung) und eine wachsende Migrantengruppe auf die formale häusliche Pflege in Österreich haben. | Wir erwarten uns im Einschlussgrund mögliche Erkenntnisse und Gegenüberstellungen zum stationären Langzeitpflegebereich, aufgrund von Analysen von Forschungsarbeiten, politischen Dokumenten und statistischen Daten. |
| 7 | Finanzierung der Pflegevorsorge                                                                  | UBBestand | Mühlberger, U., 2010. Finanzierung der Pflegevorsorge, 1. Aufl. ed, Sozialpolitische Studienreihe ; 3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.                                                            | Im Bericht enthalten sind Informationen zur mittel- und langfristigen Finanzierung der Pflegevorsorge / Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge.                                                                                                                                                                                              | Der Bericht enthält für uns mögliche Erkenntnisse zum Bereich der Finanzierung der stationären Langzeitpflege.                                                                                                         |
| 8 | European long-term care programs: lessons for community living assistance services and supports? | CINAHL    | Nadash P, Doty P, Mahoney KJ, Von Schwanenflugel M, 2012. European long-term care programs: lessons for community living assistance services and supports? Health Services Research 47, 309–328. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01334.x | Die Studie enthält Lektionen aus dem Ausland für Community Living Assistance Services und Supports (CLASS) und eine föderativ betriebene freiwillige öffentliche Langzeitpflege (LTC).                                                                                                                                                                   | Programme für fünf untersuchte Länder (auch Österreich) die sowohl positive als auch negative relevante Designs aufzeigen.                                                                                             |

|    |                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | An International prevalence measurement of care problems: study protocol.                                                        | CINAHL    | Nie-Visser, N.C., Schols, J.M.G.A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J.M.M., Halfens, R.J.G., 2013. An International prevalence measurement of care problems: study protocol. Journal of Advanced Nursing 69, e18-29. doi:10.1111/jan.12190 | Dieser Artikel beschreibt, den Entwurf einer internationalen Prüfung der Prävalenz von Pflegeproblemen in verschiedenen Gesundheitsbereichen mit identischen Methoden und Strategien zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit in der Pflege. | Diese internationale Prävalenzmessung von Pflegeproblemen in KH, Pflegeheimen und häuslicher Pflege erfolgt in den Niederlanden, Österreich, der Schweiz und Neuseeland. Mögliche Schlüsse und daraus resultierende Innovationen für Österreich könnten aufgezeigt werden. |
| 10 | Wohlfahrtsstaaten im Vergleich                                                                                                   | UBBestand | Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, 2010.                                                                                                                                                                                                                 | Es geht um die Begriffsbildung, den Epochenwechsel, sowie Wende und Abkehr vom bisher bekannten Modell des Wohlfahrtsstaates und das Aufzeigen von Grenzen.                                                                                      | Entspricht dem von uns gefundenen Material in Kapitel II und erläutert im Vergleich zum Bismarck Modell die Organisation, Finanzierung und Leistung von Pflege.                                                                                                            |
| 11 | Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans.                                        | PUBMED    | Albertini, M., Pavolini, E., 2015. Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. doi:10.1093/geronb/gbv038                                                              | Das allgemeine Ziel des Artikels ist die Untersuchung des Langzeitpflegebereiches zwischen den personellen Ressourcen und dem Gebrauch der formalen Pflege im Alter.                                                                             | Entspricht unserem Thema, da informelle und formelle Pflege für die Länder Österreich und Dänemark in dieser Arbeit beschrieben werden.                                                                                                                                    |
| 12 | Trends in elderly caregiving: a comparison analysis between France, Italy, Denmark and Sweden...Fourth European Nursing Congress | CINAHL    | Maas, L., 2010. Trends in elderly caregiving: a comparison analysis between France, Italy, Denmark and Sweden...Fourth European Nursing Congress. Journal of Clinical Nursing 19, 137–138. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03447.x                       | Beschreibt die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Umsetzung in professionellen Teams der Praxis.                                                                                                                                      | Entspricht dem von uns gefundenen Material in Kapitel V für Dänemark in Best Practice Beispielen für die Länder Europas.                                                                                                                                                   |
| 13 | The LPZ project.                                                                                                                 | CINAHL    | Watson, R., 2013. The LPZ project. Journal of Advanced Nursing 69, e4–e4. doi:10.1111/jan.12191                                                                                                                                                       | Beschreibt den LZZ-Report der Studien der Maastricht Universität in den Niederlanden ein Projekt in dem auch Österreich involviert war                                                                                                           | Prävalenz Problematiken und Pflegeproblematiken in der LZZ werden beschrieben, der Hawthorne-Effekt im Arbeitsbereich der Pflege, entspricht Ansätzen aus Kapitel 3 und 5.                                                                                                 |

|    |                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation. | PUBMED | Heim, N., Rolden, H., van Fenema, E.M., Weverling-Rijnsburger, A.W.E., Tuijl, J.P., Jue, P., Oleksik, A.M., de Craen, A.J.M., Mooijaart, S.P., Blauw, G.J., Westendorp, R.G.J., van der Mast, R.C., van Everdinck, I.E.C., 2016. The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation. Age Ageing 45, 643–651. doi:10.1093/ageing/afw098 | Die durchgeführte Studie beschreibt die Beteiligung der Stakeholder bei der Konzeption und Entwicklung von Übergangspflegeprogrammen und entsprechenden Innovationen zur Durchsetzung der Gesundheitssicherung beim älteren multimorbiden Menschen                                                                                                              | Prävention ist ein Thema dieser Arbeit auch LZP betreffend, wie auch in Kapitel 5 beschrieben, setzt besonders Dänemark auf Prävention und entsprechendes Personal                                                                                  |
| 15 | Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care.                  | PUBMED | Quehenberger, V., Cichocki, M., Krajic, K., 2014. Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care. Clin Interv Aging 9, 1853–1864. doi:10.2147/CIA.S70359                                                                                                                                                                                            | Der Artikel beschreibt die Mobilität als wichtiges Thema für die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter. Es gibt Hinweise auf Auswirkungen der körperlichen Aktivität und Interventionen im Bereich Gesundheit, Altersgruppen und auch einige spezifische Beweise für anfällige Bevölkerungsgruppen, wie BewohnerInnen von Wohn-, Alters und Pflegeheimen. | Entspricht auch beschriebenen Themen in dieser Arbeit, Gesundheitsverhalten und Einschränkungen bei der Basisversorgung hochaltriger Menschen wurden in Kapitel 3 und 5 besonders in finanzieller Hinsicht näher erläutert.                         |
| 16 | Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe.                                                         | PUBMED | Frericks, P., Jensen, P.H., Pfau-Effinger, B., 2014. Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe. J Aging Stud 29, 66–77. doi:10.1016/j.jaging.2013.12.002                                                                                                                                                                                                                              | Der Artikel widmet sich Forschungsfrage, wie unterscheiden sich Wohlfahrtsstaatspolitik unterschiedlicher Länder in dem Maße unterscheidet, in dem Familienfürsorge für Senioren soziale Risiken für die fürsorgenden Familienmitglieder schafft.                                                                                                               | Entspricht auch unseren Ansätzen zur Absicherung von pflegenden Angehörigen und Vermeidung voraus-sichtlicher Alters-armut pflegender Angehöriger im Alter.                                                                                         |
| 17 | Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies.                                                    | PUBMED | Da Roit, B., Le Bihan, B., 2010. Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies. Milbank Q 88, 286–309. doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x                                                                                                                                                                                                                                          | In diesem Artikel geht es um die die zunehmenden Bedürfnisse der Pflegebedürftigen. Überlegungen wie Zulagen anstelle von Leistungen für Angehörige - die auf die Gewährleistung der Wahlmöglichkeit, die Pflege in der Familie, die Entwicklung von Pflegemärkten und Einbeziehung von Kosten abzielt.                                                         | Für unsere Arbeit ein relevantes Thema, da die Absicherung von Pflegekosten und die zunehmenden Pflegebedürfnisse sowie die demografische Entwicklung ein zentrales Thema dieser Arbeit sind und in Kapitel 3 und 4 ausführlich beschrieben wurden. |

|    |                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | Orthogeriatric co-management improves the outcome of long-term care residents with fragility fractures. | PUBMED | Gosch, M., Hoffmann-Weltin, Y., Roth, T., Blauth, M., Nicholas, J.A., Kammerlander, C., 2016. Orthogeriatric co-management improves the outcome of long-term care residents with fragility fractures. Arch Orthop Trauma Surg 136, 1403–1409. doi:10.1007/s00402-016-2543-4 | Der Artikel beschäftigt sich mit Fragilität und entsprechenden folgenden Frakturen, die ein großes Problem im Gesundheitswesen weltweit darstellen. Frakturen sind mit einer übermäßigen Mortalität in Jahren danach verbunden. Die Bewohner von Pflegeheimen stellen eine besondere Risikogruppe dar.                                                                                                                                                                      | Fragilität ist als Thema im Kapitel 5 behandelt, hier ebenfalls die zunehmende Fragilität im hohen Alter und entsprechende Einschränkungen der Gesundheit und folgende Pflegebedürftigkeit.                                                                    |
| 19 | Optimal public provision of nursing homes and the role of information.                                  | PUBMED | Kuhn, M., Nuscheler, R., 2011. Optimal public provision of nursing homes and the role of information. J Health Econ 30, 795–810. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.04.006                                                                                                         | Der Artikel beschäftigt sich mit folgenden Fragen zur Absicherung von Pflege im häuslichen Milieu. Wie können finanzielle Belastungen für Familien mit stark abhängigen Mitgliedern gemindert werden? Welche Rolle spielen z.B. Informationsbeschränkungen für Art und Umfang einer optimalen Langzeitpflegepolitik? Informationsasymmetrien könnten dazu führen, dass die Betreuung zu oft innerhalb von Institutionen statt innerhalb eines familiären Kontextes erfolgt. | Für diese Arbeit relevant, da im Vergleich Österreich immer noch einen hohen Anteil pflegender Familienangehöriger hat, während Dänemark auf spezifische alternative Versorgungs- und Wohnformen setzt. Die Kosten spielen hier in der Absicherung eine Rolle. |

Quelle: eigene Darstellung vom 12.12.2016

Die Universität Wien beschreibt ein Exzerpt wie folgt:

In einem Exzerpt oder Exzerptpapier werden auf Papier oder in einer Datei, der Aufbau und die wichtigsten Aussagen und Thesen/ Hypothesen eines Textes notiert. Der Umfang und die Detailgenauigkeit eines Exzerpts hängen davon ab, ob der Text nur für eine bestimmte Frage benötigt wird oder mit ihm noch in einem anderen Zusammenhang gearbeitet werden soll. Im letzteren Fall wäre es wichtig, eher ein ausgewogenes und detailliertes Exzerpt erstellen. Fundstellennachweise geben die Möglichkeit, rasch zu bestimmten Textstellen zurückzukehren und sie noch einmal genauer zu studieren. Exzerpte kann man auf lose Seiten oder gleich in ein Exzerptheft schreiben.

(vgl. <https://www.univie.ac.at/gonline/htdocs/site/browse.php?artiid=2100&arttyp=k>)

### 6.3.3 Verknüpfung der Inhalte der Literaturrecherche nach der PRISMA Methode

In der Relevanz der bearbeiteten Daten wurden aus den eingeschlossenen Treffern folgende für diese Arbeit unterstützende und untermauernde Inhalte gefunden z.B. ein EU-gefördertes Projekt namens "INTERLINKS" ("Gesundheitssysteme und LTC für ältere Menschen in Europa") das entwickelt wurde um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Akkumulation und dem Vergleich von Evidenz in LTC in ganz Europa zu lösen. Die Studie beschreibt die Herausforderungen dahingehend, dass Entscheidungen zu kostengünstigen und vorteilhaften Ansätzen zu treffen sind. (vgl. Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care./ PUBMED/ Billings, J., Leichsenring, K., 2014. Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care. Int J Integr Care 14, e021.)

In einem weiteren Forschungsprojekt von Kai Leichsenring, welches die Entwicklung von LTC-Systemen beschreibt und entsprechend den Bedarf der heute in allen europäischen Ländern festgestellt werden kann. Integrierte Versorgungslösungen an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und sozialer Betreuung zwischen formaler und informeller Versorgung wurden erprobt. Als Forscher und Berater hat sich Leichsenring lokalen Pilotprojekten und europäischen Forschungsprojekten gewidmet, um die Langzeitpflege für ältere Menschen durch eine bessere Integration von Gesundheits- und Sozialpflegesystemen zu analysieren und zu verbessern. Eine seiner Schlussfolgerungen aus den zahlreichen Projekten, die in den letzten zwei Jahrzehnten in Europa unternommen wurden war die Notwendigkeit, die Langzeitpflege als eigenes System zu behandeln: „Langzeitpflegesysteme erfordern eine erkennbare Identität; Spezifische Politiken, Strukturen, Prozesse und Wege. Es wird davon abhängen, wie diese Initiativen und ihre Fähigkeit, Bürger und Politiker zu überzeugen, ob neue gesellschaftliche Ansätze zur Langzeitpflege geschaffen werden, die den Anforderungen der alternden Gesellschaften gerecht werden.“ (vgl. Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions./ PUBMED/ Leichsenring, K., 2012. Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions. Int J Integr Care 12, e7.)

Ein weiterer Bericht zum Thema Finanzierung der Pflegevorsorge wurde vom BMUK publiziert. Im Bericht enthalten sind, angedachte mittel- und langfristige Finanzierungen der Pflegevorsorge, aber auch Überlegungen zu Ansätzen zu alternativen Finanzierungsformen der Pflegevorsorge der Zukunft in Österreich. (vgl. Finanzierung der Pflegevorsorge/ UB Bestand/ Mühlberger, U., 2010. Finanzierung der Pflegevorsorge, 1. Aufl. ed, Sozialpolitische Studienreihe ; 3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.)

In einem weiteren Artikel geht es um die Reaktionen auf die zunehmenden Bedürfnisse der Pflege, die Reform oder Entwicklung der LTC-Systeme und die Entwicklung als ein eigenes politisches Thema. Cash-for-Care-Systeme, z.B. Zulagen anstelle von Leistungen zielen auf die Gewährleistung der Wahl, Pflege durch Familienbetreuung, Entwicklung von Pflegemärkten und die Einbeziehung von Kosten ab. (vgl. Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies/ PUBMED/ Da Roit, B., Le Bihan, B., 2010. Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies. Milbank Q 88, 286–309. doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x)

## **6.4 Resümee der Literaturrecherche**

Das Kapitel 6, das Kapitel mit dem empirischen Teil der Arbeit, hat sich inhaltlich auf die Erläuterungen zur Literaturrecherche, zum systematischen Review und zur PRISMA-Methode fokussiert. Über anschauliche Modelle wurden die Schritte der Literaturrecherche erläutert, der Ablauf der PRISMA-Methode näher erklärt, also auch die Suche nach relevanten Treffern für die vorgegebenen Suchwörter. Suchwörter waren zum Beispiel „Long-Term-Care“, „Trends“ oder „Prognosen“. Aus diesen Treffern wurden 71 nach Ausschluss der doppelten Treffer gefiltert und nach Voranalysen blieben 41 Treffer übrig. Diese wurden wiederum auf Ein- und Ausschlusskriterien in der Abstract-Analyse geprüft und die so verbliebenen 20 Treffer die in Studien, Berichten, Zeitungsartikeln gesuchten Schwerpunkte für diese Arbeit beschrieben und zu gewünschten Fragen Aufschluss gaben, weiter bearbeitet. In der Conclusio werden vier dieser Treffer in die zu erwartenden Handlungsfelder der Zukunft der Langzeitpflege eingearbeitet.

## **7 Conclusio und Praxisimplikation (VerfasserIn: Evelyn Agnes von Nida und Werner Bernreiter)**

Das Kapitel 7 wird sich intensiv mit den Auswertungen der Literaturrecherche aus Kapitel 6 und den eingeschlossenen Treffern der Auswertungen aus der PRISMA-Methode beschäftigen. Einzelne Abschnitte und Kapitelanteile die für wichtig erachtet wurden, werden in der Vorausschau und Praxisimplikation mit den zu erwartenden Handlungsfeldern der Zukunft für die Langzeitpflege verknüpft und gemeinsam mit den Rückmeldungen zu unserem Fragebogen von Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer durch

uns resümiert. Auch möchten wir unseren Einstellungen und Denkansätzen in diesem Kapitel Raum geben, da wir als zukünftige GerontologInnen einen wesentlichen Anteil an der Gestaltung der Zukunft für die pflegerischen- und sozialen Komponenten in der Entwicklung der Versorgung- und Betreuung von alten Menschen haben werden. Das Strategiekonzept der Stadt Wien, im Jänner 2017 erschienen, gibt Aufschluss über die Zukunft der Stadt im Hinblick auf die Herausforderungen des österreichischen Pflegevorsorgesystems und die Visionen für Pflege und Betreuung in Wien 2030. In neun Leitlinien versucht das Konzept den demografischen Herausforderungen gerecht zu werden und sich professionell und innovativ den Handlungsfeldern der Zukunft zu stellen. Im Konzept werden die nachhaltigen Finanzierungssysteme, evidenzbasierte Planung, aber auch die frühzeitige Entlastung von pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen im Inhalt des Strategiekonzeptes angesprochen. Aktuelle Zahlen zur demografischen Entwicklung untermauern die Notwendigkeit neuer Wege und gezielter Maßnahmen. Die Evaluierung des Geriatrie Konzeptes von 2004 gibt Aufschluss darüber, welche Änderungen zukünftig in Planung sind, um die neuen Weichen stellen zu können.

## **7.1. Resümee/Fazit**

Zur vorliegenden Arbeit ist aus Sicht der Autoren anzumerken, dass es in der Bearbeitung der Forschungsfrage nicht einfach war, zwei so unterschiedliche Länder wie Österreich und Dänemark miteinander zu vergleichen. Die Literatur, die von uns gesichtet wurde, war nicht immer eindeutig und wies auch zum Teil unterschiedliche Zahlen zu den identen Themen aus. Zu Dänemark kann man zusammenfassend festhalten, dass das Land wie auch nach Esping-Andersen beschrieben, ein sozialdemokratisches Wohlfahrtsregime ist. Im Land wird auf das formelle Pflegesystem gesetzt und die Finanzierung erfolgt hauptsächlich durch öffentliche Mittel. Auch in Dänemark gibt es Kritik am System, die Kritiker in den eigenen Reihen sind mit der Form des skandinavischen Modells nicht immer einverstanden. Der Blick von außen, aus den Ländern Europas, lässt Dänemark aber nach wie vor als Vorzeigeland im Bereich der Bildungs- Sozial und Arbeitsmarktpolitik dastehen. Aber auch Dänemark musste den Wohlfahrtsstaat aufgrund des gesellschaftlichen Alterungsprozesses stützen. Es wurden strengere Regeln für Langzeitarbeitslose eingeführt und die Variante der skandinavischen Arbeitsmarktpolitik, „Flexurity“, wurde umgebaut. Trotzdem gilt das skandinavische Modell nach wie vor als

Vorzeigevariante und bietet den Bürgern Sicherheit und Unterstützung in finanziellen Notlagen. Die Entwicklung der Langzeitpflege hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Gab es in den 1980er noch vorrangig Pflegeheime mit einer 24-Stunden Versorgung im stationären Langzeitpflegebereich, so war der Trend in den letzten Jahren klar in Richtung alternativer Wohnformen geprägt. Durch neue Berufsgruppen wie die FHN konnte das Spektrum aller Komponenten (medizinisch-pflegerisch-sozial) von einer Person abgedeckt werden und in den Einrichtungen der alternativen Wohnformen kommen alle Bedarfsleistungen von KlientInnen zur Geltung. 2014 warteten verschiedene Pflegeheime noch auf Umrüstung zu alternativen Wohnformen, aber auch neue Häuser die den veränderten Bedürfnissen der KlientInnen in Dänemark Rechnung tragen sollen, sind in Planung. Die Spezialisierungen von Pflegepersonal in Dänemark gerade im Bereich der Altenhilfe sind nicht so ausgeprägt wie zum Beispiel im Vergleichsland Österreich. Allerdings wird durch die Akademisierung der Pflege die schon seit Jahrzehnten ein Vorbild für andere Länder in Bezug auf Selbstbestimmung- und Entscheidungskraft für das Krankenpflegepersonals ist, vieles auf eine sehr professionelle Ebene der Pflege geführt. Hinsichtlich der Entwicklung der Geburtenraten und demografischen Alterung liegt Dänemark im Vergleich zu Österreich bei Geburten mit 1,7 Kinder pro Frau immer noch vor Österreich bei hochgerechnet 1,4 Kindern pro Frau, aber der demografische Alterungsprozess erfordert auch in Dänemark neue Wege. Allerdings zeigt sich gerade in Ländern mit einem von öffentlicher Hand getragenen Pflege- und Betreuungssystem für Kinder und Betagte, dass eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglich ist. Die Bevölkerungszahl in Dänemark steigt auf geschätzte 69,2 Mio. Menschen in den nächsten Jahren an (in Österreich auf geschätzte 96,53 Mio.) und der Anteil an hochaltrigen Menschen wird sich auch hier verändern. Im Bereich der Migration erfährt Dänemark ähnlich wie Österreich einen Zuwachs an hochqualifizierten Pflegekräften bei entsprechend geregelter Migrationspolitik. (vgl. Kap. 3)

Österreich wird in der Literatur gerne als korporatistisches, konservatives, kontinentales Male-Breadwinner Modell beschrieben. Hier gilt die Dominanz der Sozialversicherung in einem staatlichen, sozialen Netz und einem nachgelagerten Fürsorgegesetz. Das österreichische Pflegesystem ist im Gegensatz zum dänischen eher ein familienbasiertes Pflegesystem. In Österreich spricht man von einem Subsidiaritätsprinzip, welches auf dem Solidarsystem- Familie basiert. Pflege- und Betreuung in österreichischen Haushalten wird meistens immer noch von nahen Familienangehörigen erbracht. Aber auch Nachbarn,

Freunde und religiöse Vereine sind Teil des Versorgungsnetzes. Hier liegen die größten Herausforderungen für Österreich, da gerade bei Frauen mit Altersarmut wegen der Aufgabe des Berufes zur Versorgung- und Pflege naher Angehöriger zu rechnen ist. Auch steht der Staat in den nächsten Jahren enorm unter Druck, da die Ausgaben zu senken sind und gleichzeitig die Babyboomer Generation mit wesentlich mehr Menschen als die Jahrzehnte zuvor das Pensionsalter erreicht und das mit steigender Lebenserwartung mit gleichzeitig mehr Jahren in Gesundheit im Alter. Durch die geburtenschwachen Jahrgänge sinken die Zahlen der Erwerbsfähigen und die Arbeitsangebote sind durch das schwache Wirtschaftswachstum eher dezimiert. Durch das Fortschreiten der Digitalisierung in der Arbeitswelt wird es immer weniger Vollzeitarbeit geben und so werden die Beitragseinnahmen des Staates prekär gesenkt. Altersarmut und soziale Diskriminierung wären die Folge. Der Bereich der Langzeitpflege in Österreich weist nach wie vor besonders bei Krankheitsbildern wie Demenz eine kontinuierliche Aufnahme im Langzeitpflegebereich der stationären Einrichtungen auf. Wie auch aus dem Demenzjahresbericht von 2010 hervorgeht, steigt die Anzahl der Personen mit dem Krankheitsbild Demenz stark an und Demenz ist schon jetzt der häufigste Grund für die Aufnahme in einem Pflegeheim. Durch die Länder wird diese Form der Unterbringung im Ausgabenbereich gesteuert und es ist fraglich, wie lange diese Form der Finanzierung noch möglich ist. Im Bildungsbereich hat Österreich gerade im Bereich der Aus- und Weiterbildung von neuen Pflegekräften aufgeholt. Neue Berufsgruppen wie die Pflegeassistentz/Pflegefachassistentz (2016) es liegt derzeit noch kein Curriculum vor und FachsozialbetreuerIn/DiplomsozialbetreuerIn für Altenpflege sollen in den nächsten Jahren den wichtigen Bereich der professionellen Altenbetreuung absichern. Auch im Bereich der Akademisierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat Österreich in den letzten Jahren die Curricula neu gestaltet und ist dabei die generalisierte Ausbildung umzusetzen. Der Weiterbildungssektor für den Bereich der Spezialisierung der Pflege- und Betreuungsberufe boomt. Allerdings reglementiert das GuKG sehr klar die Tätigkeitsfelder, so kann es sein, dass viele verschiedene Personen Tätigkeiten beim Klienten verrichten.

In einem Artikel zur Gesundheitspolitik über die Wahrnehmung der Pflege (2013) fordert Frohner eine kompetenzorientierte Aufteilung der Tätigkeiten in der Pflege und Behandlung, so dass nicht immer eine Berufsgruppe Versorgungsdefizite ausgleichen

muss. Berufsfremde Tätigkeiten müssen ausgelagert werden, er erwartet dadurch eine effizienter und effektiver gestaltete Versorgung im Akut- und Langzeitpflegebereich.

(vgl. Frohner in Gesundheitspolitik, 2013, o.S. Die Wahrnehmung der Pflege steigt, <http://www.springermedizin.at/artikel/38179-die-wahrnehmung-der-pflege-steigt>)

## ***7.2 Prognose für die Zukunft der Langzeitpflege in Österreich***

Aus der Sicht der Autoren ist für den Bereich der stationären Langzeitpflege in Österreich aus der Praxis zu berichten, dass immer mehr Anmeldungen durch KlientInnen im stationären Bereich das Preis- Leistungs- Verhältnis hinterfragen und wissen möchten warum wie in einer Solidargemeinschaft üblich eine Pensionistin/ ein Pensionist mit Mindestpension die ident selbe Leistung erhält wie eine Pensionistin/ ein Pensionist mit hoher Pension als SelbstzahlerIn. Für die Führungskräfte vor Ort keine leichte Aufgabe, da die Leistungserbringung auf Gleichberechtigung beruht. Auch der verstärkte Wunsch nach Hotellerie-Ausstattung in Pflegeheimen wird zum Spagat für alle Beteiligten. Grundsätzlich wäre der Begriff des Pflegeheimes in Österreich neu zu klären, in einigen Einrichtungen wurde diesen veränderten Bedarfs- und Bedürfnisorientierungen von KlientInnen schon Rechnung getragen. (z.B. KWP Wien, SeneCura NÖ) Der Wunsch nach Autonomie bis ins hohe Alter entspricht den Annahmen für die Generation die jetzt in stationäre Pflegeeinrichtungen einzieht. Alter ist nicht gleichzusetzen mit Fragilität (vgl. Höpflinger Kap. 5) oder Unfähigkeit seinen Lebensraum zu gestalten. Einige Gebrechen benötigen allerdings Unterstützung in den Basisaktivitäten. Das Resümee ist, dass Führungskräfte in stationären Einrichtungen in Österreich damit konfrontiert sind, dass eine neue selbstbewusste Generation Pflegebedürftiger in die stationären Einrichtungen einzieht, mit klaren Vorstellungen von Lebensqualität und einem einklagbaren Recht auf Gesundheits- und Therapiemaßnahmen, um das Leben auch im hohen Alter gesünder verbringen zu können. Die Frage, die sich an dieser Stelle stellt, ist: Sollte es kategorisierte Da aus unserer Sicht diese Frage an dieser Stelle nicht zu beantworten ist, hängt die Antwort doch von der Entwicklung der Finanzen, der Erwerbstätigkeit und der Pflegevorsorge der nächsten Jahre in Österreich ab.

Das Strategiekonzept 2030 für die Stadt Wien, erschienen im Jänner 2017, stellt wie in der Einleitung erwähnt keinen Endpunkt dar, sondern soll einen Prozess für weitere Vorgehensweisen einleiten. Das Strategiepapier baut auf das Geriatriekonzept der Stadt

Wien von 2004 auf und soll in den nächsten Jahren neue Akzente und Schwerpunkte in der Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern der Stadt setzen. Das derzeitige Konzept, mobile vor stationärer Betreuung ist nicht mehr explizit gefordert, sondern es steht mehr die jeweils geeignetste Versorgungsform für die Betroffenen im Vordergrund: „ Das Prinzip ambulant vor stationär wurde abgelöst durch das Prinzip Prävention und Rehabilitation vor Langzeitpflege.“ (vgl. Vorwort der Stadträtin für Gesundheit, Soziales und Generationen Sonja Wehsely in Strategiekonzept der Stadt Wien, Pflege und Betreuung 2030, 2016, S. 4)

Als mögliche Zukunftsperspektiven beschreibt die ÖKSA (2010) dass die Zahl der älteren Menschen ohne Unterstützung aus dem Familienverbund und mit vergleichsweise niedrigem Einkommen, in den nächsten Jahren zunehmen wird. Es werden Versorgungsdefizite und Folgekosten für die sozialen Absicherung prognostiziert.

Alternativen könnten laut ÖKSA zum bestehenden System folgende Varianten sein:

- eine Vernetzung von mobilen, ambulanten, geostationären und stationären Dienstleistungen mit fließenden Übergängen
- eine Bedarfsprüfung der Pflegebedürftigkeit
- eine Neugestaltung des Altenwohnens, hier angesprochen Wohngemeinschaften für ältere Menschen unter den Aspekt von Raumkonzepten
- eine Erweiterung der Assistenz, Beratung und Entlastungskapazität für pflegende Familienangehörige
- die Statuserhöhung und Ausweitung der professionellen Pflege und die Erhöhung des Erwerbseinkommens aus Pflegearbeit und dementsprechend die Einführung einer sozialen Absicherung für informell Pflegende oberhalb der Armutsschwelle und
- der Einsatz von Präventivmaßnahmen, Gesundheitserhaltung- und Bildung um Pflegebedürftigkeit zu verzögern. (vgl. ÖKSA, 2010, S. 47-51)

Einige dieser Maßnahmen wurden seit 2010 sukzessive begonnen und orientieren sich in der Gestaltung am Vergleichsland Dänemark. Besonders die soziale Absicherung von formell pflegenden Angehörigen, die Statusanhebung der professionellen Pflege und entsprechende Erhöhung des Erwerbseinkommens, sowie der Ausbau der Präventivmaßnahmen zur Gesunderhaltung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit seien hier besonders zu erwähnen.

Einzelne Überlegungen Pflegevorsorge teilweise oder ausschließlich aus Steuermitteln zu finanzieren setzen voraus, dass ein entsprechender Teil der Steuereinnahmen in das

Pflegesystem fließen muss. Gibt es im Bereich der Pflegevorsorge einen steigenden Finanzierungsbedarf, müsste die Dynamik des gesamten Steueraufkommens angepasst werden. (vgl. Mühlberger/Guger/Knittler/Schratzenstaller, WIFO Langzeitpflege/ Pflegevorsorge in Österreich/ Monatsbericht10,2008,S.776  
[http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person\\_dokument/person\\_dokument.jart?publikationsid=33983&mimetype=application/pdf](http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=33983&mimetype=application/pdf))

### ***7.3 Empfehlung der Fachexpertin, Hinweise und Rückmeldungen zu den Fragen an Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Maier***

Für das Expertengespräch mit Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer wurde von den Autoren im Vorfeld ein Fragenkatalog mit Fragen die auf das Thema der vorliegenden Arbeit Bezug nehmen und Aufschluss aus der Sicht der Pflegefachexpertin geben sollten, erarbeitet. Das Gespräch zwischen Herrn Bernreiter und Univ.- Prof. Mag. Dr. Mayer fand am 25.10.2016 statt. Die geplante Zeit reichte allerdings nicht, um das vollständige Interview durchzuführen. Daher erklärte sich Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer bereit, die Fragen des Interviewleitfadens in schriftlicher Form zu beantworten. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer für die Rückmeldung und das ausführliche Statement bedanken. Nachfolgend sind die von uns erarbeiteten Fragen und die Antworten von Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer dokumentiert. In der Rückmeldung und Beantwortung der Fragen betont Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer explizit nochmals, dass es sich nicht um Antworten auf Basis klassisch wissenschaftlicher Belege handelt, sondern um eine eigene persönliche Einschätzung, die von uns auch so gewünscht war. Die Beantwortung wurde 1:1 in der schriftlichen Dokumentation angegeben. Es wurden durch Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer in Folge drei Fragen herausgenommen die gesondert behandelt wurden, die anderen wurden dann zusammen beantwortet.

#### **I: Was braucht Österreich Ihrer Meinung nach um im europäischen Wettbewerb der Wohlfahrtsstaatlichkeit mithalten zu können?**

*IP: Grundsätzlich kann man nicht von einem internationalen Wettbewerb im Zusammenhang mit Wohlfahrtsstaatlichkeit sprechen, da die Nutzung von Einrichtungen oder Angeboten maximal in einem lokalen Kontext auf der Ebenen von Wettbewerb zu sehen ist. (d.h. es gibt ggf. einen Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern in einem Bundesland oder auch ggf., über die Grenzen eines Bundeslandes hinaus, aber nicht auf*

internationaler Ebene). Wenn man das Thema Wohlfahrtsstaat international betrachtet, so ist eher ein Rückgang wohlfahrtsstaatlicher Ausrichtungen zu sehen als dass man hier von einem „Wettbewerb sprechen könnte

**I: Was befürchten Sie anhand der derzeitigen sozialpolitischen Entwicklung hinsichtlich Absicherung der Sozialleistungen?**

*IP: Für die Beantwortung dieser Frage wäre eher jemand geeignet, der größere Nähe zu politischen Entscheidungsträgern hat und mit den zukünftigen Strategien und den dahinter liegenden Ideen und Zielen vertraut ist.*

**I: Wie schätzen Sie die demografische Entwicklung 85 plus unter Bezugnahme der aktuellen Zahlen der Statistik Austria und Migrationsströmen ein?**

*IP: Die Migrationsströme der letzten Jahre werden in den nächsten 30 Jahren keinen Einfluss auf die Entwicklung 85+ haben. Es ist auch wahrscheinlich erst in den nächsten 10 bis 20 Jahren abzuschätzen, wie viele Menschen aus anderen Ländern und Kulturen in Österreich verbleiben und danach könnte man Überlegungen anstellen, was dies für ein bedarfsgerechtes Betreuungsangebot bedeutet. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Migration dazu beiträgt die demografische Entwicklung in einem Land gegenwirkend zur sogenannten „Überalterung“ zu beeinflussen. Angedacht werden könnte, ob dadurch vermehrt Menschen mit Migrationshintergrund in der (Langzeit)Pflege arbeiten werden, und welche Potenziale, Chancen, aber auch Herausforderungen dadurch entstehen.*

**I: Wie sehen Sie die Zukunft der stationären LZZ in Österreich allgemein?**

**I: Was könnten wir Ihrer Meinung nach aus gerontologischer Sicht für die Zukunft der stationären LZZ für die Zielgruppe 85 plus und zu erwartender weiterer Zunahme der Hochaltrigkeit in Österreich tun?**

**I: Welches Modell bzw. Konzept der Betreuung würden Sie aus der Sicht der Pflegewissenschaftlerin empfehlen?**

**I: Welche Berufsgruppen sollten langfristig in diesem Bereich spezifisch ausgebildet und gefördert werden, um den Herausforderungen der Zukunft und den zu erwartenden Handlungsfeldern standzuhalten?**

*IP: Es ist eine Zunahme der Menschen, die älter als 85 Jahre alt sind, zu erwarten (vgl. u.a. Statistik Austria). Besonders zu berücksichtigen ist hier die Generation der Babyboomer, von denen die ersten im Jahr 2015 85 Jahre alt sein werden. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung haben hochaltrige Personen ein überdurchschnittlich hohes Risiko pflegebedürftig zu werden.*

*Das bedeutet, dass es in den kommenden Jahren eine kontinuierliche Zunahme pflegebedürftiger Menschen gibt und dass es analog dazu eine Zunahme der Versorgungsangebote bedarf. Nicht außer Acht zu lassen sollte dabei sein, dass die Geburtenrate in den nachfolgenden Generationen (von denen die ersten im Jahr 2055 85 Jahre alt sein werden) deutlich geringer ist.*

*Betrachtet man die Entwicklungen in den vergangenen Jahren, so sind einige für die Zukunft relevante Aspekte zu erkennen:*

*Es hat sich nicht nur die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht sondern auch die Jahre in Gesundheit (European Commission Public Health, 2016).*

*Die Mehrheit der Menschen wünscht sich möglichst zu Hause zu sterben bzw. möglichst lange zu Hause zu wohnen, allerdings sind Unterschiede zwischen Ländern und je nach Situation festzustellen (Saks et al., 2015).*

*Die meisten Personen legen viel Wert drauf, dass sie auch im Falle von Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit ihre individuelle Lebensweise fortführen können und Entscheidungen selbst treffen können. Autonomie und Selbstbestimmung sind integrale Bestandteile von Lebensqualität (Dichter et al., 2016).*

*Diese Entwicklungen haben bereits jetzt, aber in Zukunft mitunter noch wesentlich stärker, Auswirkungen auf die stationäre Langzeitpflege.*

*Der Case-Mix in den Einrichtungen wird sich verändern und die BewohnerInnen werden wahrscheinlich in der Regel einen höheren Pflegebedarf haben als es jetzt der Fall ist. In klassischen Pflegeheimen, wie wir sie heute kennen, werden vor allem jene Menschen einziehen, für die eine alternative Betreuung nicht möglich ist. Es ist anzunehmen, dass die ambulante Versorgung mit Modellen der Hauskrankenpflege, 24-h-Pflege aber auch neuen, alternativen Modellen, wie Wohngemeinschaften, stark ausgebaut wird und die Versorgung von einer steigenden Anzahl von Menschen, auch mit hohem Pflegebedarf, übernehmen kann. Diese Annahme basiert auf zwei Aspekten: einerseits wird die Pflege und Versorgung zu Hause von den meisten Menschen bevorzugt, andererseits kann sie groß teils auch kostengünstiger angeboten werden als stationäre Langzeitpflege und wird deswegen in politischen Debatten favorisiert. Es scheint als würde es zu einer*

*Verschiebung vom stationären hin zum ambulanten Sektor kommen und im stationären Bereich vornehmlich hochgradig pflegebedürftige Menschen anzutreffen sein werden.*

*Dies sollte bei der Planung der zukünftigen Betreuung und Pflege berücksichtigt werden. Einerseits hinsichtlich der Frage, welche Angebote geschaffen werden sollen (Angebote für geistig und körperlich relativ fitte SeniorInnen werden zusehends weniger benötigt), andererseits bei Ressourcenallokation. Unter anderem wird aufgrund der Verdichtung der Arbeit, der Pflegebedarf der BewohnerInnen mit jetzigen Personalbesetzungen mitunter nicht decken lassen. Allerdings sollte hierbei auch differenziert betrachtet werden, welcher Berufsgruppen es bedarf.*

*Des Weiteren wird der Wunsch nach Individualität der Menschen die Versorgungslandschaft verändern. Sie werden bevorzugt Angebote in Anspruch nehmen, die es ihnen ermöglichen ein Leben zu führen, das ihrer Persönlichkeit, ihrer Lebensweise, ihren Wertvorstellungen entspricht und in dem sie ihren bevorzugten Aktivitäten (u.a. Hobbys) nachgehen können.*

*In diesem Zusammenhang entsteht bereits jetzt ein Spannungsfeld, das politische und wirtschaftliche Kräfte vor Herausforderungen stellt: Private Anbieter werben um Kunden, sprich BewohnerInnen, und versuchen sich mit einem möglichst interessanten Angebot am Markt zu positionieren. Somit sind Pflegebedürftige und Angehörige mitunter in der günstigen Situation ein für sie passendes Versorgungsangebot wählen zu können. Allerdings sind Pflegeheimplätze ein knappes Gut und nicht wenige Personen müssen a) lange auf einen Pflegeheimplatz warten und/oder b) können nur ein bestimmtes Angebot in Anspruch nehmen, somit nicht wählen. Wächst das Angebot in den nächsten Jahren nicht im gleichen Maße wie die Nachfrage, was ein durchaus plausibles Szenario darstellt, könnte sich das Angebot weiter verknappen und das Machtgefälle würde sich gänzlich zugunsten der Anbieter verschieben.*

*Aus pflegewissenschaftlicher Sicht kann für die zukünftige Betreuung von pflegebedürftigen Menschen nicht ausschließlich ein Modell empfohlen werden. Um die Vielfalt an unterschiedlichen Personen mit verschiedenen Krankheiten und Symptomen sowie Lebens- und Wertvorstellungen möglichst adäquat pflegen und betreuen zu können, bedarf es unterschiedlicher Modelle. Dem könnte man begegnen, indem man in Einrichtungen unterschiedliche Schwerpunkte setzt sei es bezogen auf eine Krankheit (z.B.: eine spezialisierte Einrichtung für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz) oder auf die Lebensvorstellungen der Menschen (Einrichtungen mit dörflicher Umgebung – mehrere kleine Einrichtungen in einer größeren; kleine Einrichtungen für die*

*stationäre Versorgung analog zu Wohngemeinschaften). Hierzu werden momentan Angebote unter dem Schlagwort alternative Wohnformen geschaffen.*

*Ein Ansatz, welcher der Vielfalt an Bedürfnissen und dem Wunsch nach Individualität Rechnung trägt und Autonomie fördert, ist die personenzentrierte Pflege. Personenzentrierte Pflege basiert auf gegenseitigem Respekt und Verständnis, dem Recht auf Selbstbestimmung und einer Kultur des Empowerments und kann als Ansatz zur Praxisentwicklung verstanden werden (McCormack & McCane, 2016).*

*Um die Pflege und Betreuung zukünftig bestmöglich zu sichern, bedarf es unterschiedlicher Berufsgruppen. Innerhalb der Pflege sollten Personen mit unterschiedlichen Ausbildungen und unterschiedlichen Ausbildungsniveaus tätig sein. Der Skill- und Grade-Mix sollte sich am tatsächlichen Bedarf orientieren, dieser kann von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich sein (je nach Schwerpunktsetzung). Keine Stellungnahme kann zu Quoten von PflegeassistentInnen, PflegefachassistentInnen und Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen abgegeben werden. Nachdem die Gesetzesnovellierung des GuKG eine generalistische (Grund-)Ausbildung vorsieht, sind für den Bereich der stationären Langzeitpflege, in dem sich vornehmlich ältere und hochaltrige Menschen befinden, Zusatzausbildungen/Erweiterungsmodule/... für die Pflege von alten Menschen wünschenswert.*

*Über den Tellerrand der Pflege hinausschauend kann nicht genug betont werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit verstärkt werden muss. Angesichts der bevorstehenden Ressourcenknappheit (finanziell und personell) sollten Synergien vermehrt genutzt werden und die Zusammenarbeit an den Fähigkeiten und an praktisch umsetzbaren Lösungsansätzen orientiert werden und weniger tradierten Vorstellungen folgen, die in ihrer Umsetzung bereits jetzt an die Belastungsgrenzen stoßen (u.a. Verordnungen für Inkontinenzhilfsmittel)*

Die nachfolgende Literatur wurde von Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer zur Beantwortung unserer Fragen herangezogen und dient als Quellennachweis.

#### **Literaturverweise Univ.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer**

**Dichter, M. N., & Schmidhuber, M.** (2016). Das Konzept Lebensqualität von Menschen mit Demenz verstehen – Zwei Ansätze zur theoretischen Auseinandersetzung. *Pflege & Gesellschaft*, 21 (2), 114-129.

**European Commission Public Health** (2016). Healthy Life Years. Zugriff am 04.11.2016 unter

[http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years/hly\\_en.htm#fragment2](http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm#fragment2)

**McCormack, B., & McCane, T. (Hrsg.)** (2016). Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice. Second Edition. Chichester, West Sussex ; Ames, Iowa: John Wiley & Sons.

**Saks, K., Tiit, E. M., Verbeek, H., Raamat, K., Armolik, A., Leibur, J. für RightTimePlaceCare, C.** (2015). Most appropriate placement for people with dementia: individual experts' vs. expert groups' decisions in eight European countries. J Adv Nurs, 71(6), 1363–1377.

## ***7.4 Innovative Ansätze für die Langzeitpflege der Zukunft***

In Bezugnahme auf die Ausführungen von Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer haben sich die Autoren der vorliegenden Arbeit Gedanken nicht nur aus der Perspektive als Führungskräfte pflegerischer Einheiten gemacht, sondern auch in Verknüpfung mit den gewonnenen Aussagen der vorliegenden Arbeit um den theoretischen Ausführungen, praktische Ansätze folgen zu lassen. Eine Frage über die die Autoren im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit diskutiert haben war folgende:

### **Wie werden in den Einrichtungen, in denen wir als Führungskräfte tätig sind, alternative Wohnformen in der LZP gelebt und forciert?**

Innerhalb der Bundesländer Wien und Niederösterreich wurden in den letzten Jahren enorme Anstrengungen unternommen, alternative Wohnformen und Unterbringungsmöglichkeiten für Hochbetagte und pflegebedürftige Menschen zu schaffen. Der Altersalmanach (Endbericht 2011) eine Studie des Landes Niederösterreichs ist ein Bedarfsentwicklungsplan (ähnlich wie in Wien) für den Pflegebedarf in Niederösterreich. Der neue Altersalmanach ist gerade in Ausarbeitung aber leider noch nicht veröffentlicht. Der Endbericht 2011 beschreibt in der Planung für die nächsten Jahre, die zahlreichen Möglichkeiten zur Anpassung an alternative innovative Wohnformen. Beispiele hierfür wären z.B. die Errichtung von Wohngruppenmodellen speziell für Demenzkranke und Langzeitpflege, Betreuungszentren mit Beratungscharakter, Wohngruppenmodelle für BewohnerInnen mit psychischen Erkrankungen und für alte

Menschen mit speziellen geistigen- und körperlichen Bedürfnissen. Das Kuratorium der Wiener Pensionisten baut, wie auch im Strategiekonzept 2030 für die Stadt Wien beschrieben in seinen Einrichtungen darauf auf, dass alte Menschen so lange als möglich ihre Autonomie in der eigenen Wohnung wahren können und auch im Alter selbstbestimmt leben können. Das heißt, dass auch BewohnerInnen bzw. SeniorInnen mit hohen Pflegestufen im Appartement von einem multiprofessionellen Team versorgt werden. Ein spezielles Palliative Care Konzept ermöglicht in der terminalen Phase in der Wohnung versorgt werden zu können und von Medizin und Pflege unterstützt zu werden. Ein neues Projekt für geronto-psychiatrische Erkrankungen ist in Planung. Zahlreiche Möglichkeiten für Gruppenaktivitäten, Einkaufsmöglichkeiten im Haus und Freizeitangebote sollen den Charakter der Alltagsnormalität im Wohnbereich stärken. Für Menschen mit Demenz gibt es eine spezielle Tagesbetreuung die Orientierungs- und Realitätstraining anbietet. Die Häuser sind meist infrastrukturell günstig gelegen und haben eine Anbindung an das öffentliche Nahverkehrsnetz. Für Menschen die nicht mehr alleine im Appartement zurechtkommen gibt es die Möglichkeit der Aufnahme im stationären Bereich im Haus. Diese Möglichkeit sollte erst dann genutzt werden, wenn alle Alternativen ausgeschöpft wurden und die eigenständige Versorgung in der eigenen Wohnung mehr möglich ist. Fachpersonal wie Ergotherapie, Physiotherapie, Psychologie und Sozialarbeiter ist zur Stelle und versucht über therapeutische und soziale Angebote die Lebensqualität zu erhalten und zu unterstützen. Eine weitere von uns diskutierte Frage in Bezug auf Ergebnisse der vorliegenden Arbeit war:

**Werden die neuen Berufsgruppen in Österreich Pflegeassistent/Pflegefachassistent Fachsozialbetreuer/Diplomsozialbetreuer integriert und im Pflege- und Betreuungsalltag auch in entsprechenden Positionen eingesetzt?**

Durch die neuen Berufsgruppen Pflegeassistent/Pflegefachassistent und Fachsozialbetreuer/Diplomsozialbetreuer stehen für die Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitseinrichtungen in Österreich neue Herausforderungen an. Seit September 2016 gelten die neuen Berufsgruppenverordnungen. Bis dato liegt noch kein Curriculum für die Berufe vor, so dass erst mit 2017 mit den Nachschulungen in Modulform begonnen werden kann. Auch ist bis dato das Entlohnungsschema für diese neuen Berufsgruppen noch in Diskussion. Das heißt, derzeit stehen die Gespräche und Planungen mit den betroffenen PflegehelferInnen in den Einrichtungen an, während in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, sowie den Einrichtungen die auch künftig

PflegeassistentInnen und PflegefachassistentInnen ausbilden die neue Berufsausbildung vorbereitet wird. FachsozialbetreuerInnen (Altenarbeit und Behindertenarbeit) werden in den Einrichtungen der SeneCura Niederösterreich und in den Häusern des Kuratoriums der Wiener Pensionisten beschäftigt, hier vorrangig im Bereich der Betreuungsformen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und für Menschen mit besonderen geistigen und körperlichen Bedürfnissen. DiplomsozialarbeiterInnen (Altenarbeit und Behindertenarbeit) werden in den genannten Einrichtungen derzeit nicht beschäftigt. In einer letzten Frage wurden der stark propagierte Bereich der Gesundheitsvorsorge und die Angebote für pflegende Angehörige den Autoren diskutiert:

**Wie sieht der Bereich Beratung und Gesundheitsvorsorge in den eigenen stationären Einrichtungen aus? Gibt es Beratung für pflegende- bzw. betroffene Angehörige?**

Beratung und Gesundheitsvorsorge sind wichtige Standbeine für betroffene PensionistInnen und deren Angehörige in Österreich geworden. Hier stehen für Wien neben dem Kuratorium der Wiener Pensionisten zahlreiche weitere Möglichkeiten zur Verfügung, ebenso gibt es Beratung für pflegende Angehörige und Selbsthilfegruppen. Das Strategiekonzept der Stadt Wien 2030 sieht ein konkretes Entlastungs- und Unterstützungsangebot vor. Man würde eine gesetzliche Verankerung dieses Paketes begrüßen. Als konkrete Beratungsstelle soll hier der Fond Soziales Wien agieren, aber auch in den einzelnen Häusern werden Angehörige beraten und zu Veranstaltungen mit Schulungscharakter eingeladen. Auch die SeneCura Niederösterreich versucht über die Angebote von Selbsthilfegruppen, von Angehörigenabenden und Informationsabenden zur Weiterentwicklung der Langzeitpflege und neuer Projekte in der Unterstützung zu informieren. Maßnahmenplanungen werden gemäß der Bedarfsstrukturen und entsprechender Erhebungen angepasst und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Aus diesen bereits erfolgten Umsetzungen würden sich aus unserer Sicht für die Langzeitpflege in Österreich folgende Handlungsfelder ergeben: Die Ausfinanzierung und Ausdifferenzierung des Marktes im Pflegebereich steht an. Hier sollte den Ansprüchen an Qualität und den gegebenen finanziellen Mitteln für den Bereich der Altersgruppe 85 plus genügend Raum gegeben werden.

Eine mögliche Änderung des sozialen Milieus führt auch zu Veränderungen bei gesunden „Alten“ in Richtung einer möglichen „Lifestyle-Gesellschaft“, auch diesen Entwicklungen sollte Rechnung getragen werden. Die bisherige Pflege unter dem Motto warm, satt und

sauber wird zukünftige Generationen nicht mehr vom Angebot einer Langzeitpflege oder vom Einzug in eine stationären Pflegeeinrichtung überzeugen können.

Ein Beispiel zur Inspiration in Holland propagiert die Pflege- Demenzeinrichtung Hogeweyk (Dementia Village) einen individualisierten Lebensstil und Wohnformen mit informeller Betreuung für 85 plus. (vgl. <http://hogeweyk.dementiavillage.com/de/>)

Im Folgenden werden mögliche zukünftige Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen mit Differenzierungsmerkmalen für Österreich aufgelistet:

1. Einrichtungen mit Doppel- oder Einzelzimmer
2. Wohngruppen (selbst organisiert) mit Personal (vorwiegend im städtischen Bereich)
3. Schwerpunkteinrichtungen:
  - Wohngruppen in allen Formen (wie SeneCura)
  - Gerontopsychiatrische Einrichtungen
  - Pflegezentren und Residenzen mit Kategorien (2 Stern bis 5 Stern)
  - Pflege- und Förderzentren für Menschen mit Einschränkungen (wie Land NÖ)
  - Sozialzentren mit mehreren Bereichen – verbunden mit dem Thema Gesundheit (teilweise schon vorhanden und geplant bei SeneCura)
  - PHC- Center ( “primary health care center”)
  - Tagespflege mit inhaltlichen Schwerpunkten:  
z.B. COP- Patienten mit Compliance (Aufklärung und Unterstützung)

Im Fazit schneidet Österreich im europäischen Vergleich (in Bezug auf das Wohlfahrtsstaatsystem) sehr gut ab, da heute schon teilweise die geforderten professionell differenzierten Angebote wie mobile Pflege, 24- Stunden Betreuung, Betreutes Wohnen, Pflegezentren, Residenzen, vereinzelt Tageseinrichtungen und Beratungseinrichtungen angeboten werden. Die Finanzierung der zukünftigen Versorgungsstrategien müssen allerdings für die nächsten Jahrzehnte bei zunehmender Anzahl an alten Menschen geklärt werden.

## 7.5 Zitat

Moderne Menschen haben nicht gelernt, das Alter zu lieben, sondern sie haben erfolgreich gelernt, bis ins höhere Lebensalter jung zu bleiben.

**F. Höpflinger, Altersforscher**

(Quelle: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1C.html>, Zugriff am 18.12.2016)

## 8 Verzeichnisse

### 8.1 Literaturverzeichnis

#### 8.1.1 Literatur allgemein

**Althammer, J.W., Lampert, H.,** 2014. Lehrbuch der Sozialpolitik, 9., aktualisierte und überarb. Aufl. ed, Springer-Lehrbuch. Springer Gabler, Berlin.

**Arbeiterkammer Österreich,** 2014, Broschüre - Pflege\_und\_Betreuung\_2014.pdf, n.d.

**Backes, G.M., Clemens, W.,** 2013. Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung, 4., überarb. und Aufl. ed, Grundlagentexte Soziologie. Beltz Juventa, Weinheim.

**Bernreiter, W., von Nida E.,** 2015, Seminararbeit zur Lehrveranstaltung „System der Pflegeversorgung für Ältere“ Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem 5 Länder im Vergleich mit Österreich

**Bundesministerium für Gesundheit,** 2012. Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2012

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,** 2009. Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage

**Bundesministerium für Gesundheit -Sektion II,** 2009. Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“.

**Dorffner, G.,** 2001. „... ein edler und hoher Beruf“: zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege, 2. Aufl. ed, Visite. Vier-Viertel-Verlag, Strasshof.

**Europäische Kommission (Hrsg.),** 2008. Langzeitpflege in der Europäischen Union, Ms. abgeschlossen im August 2008. ed. Amt für Amtliche Veröff. der Europ. Gemeinschaften, Luxemburg.

**European Commission**, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, EC, Economic Policy Committee of the European Communities, 2015. The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Publications Office, Luxembourg.

**Eurostat**, 2013. Pressemitteilung 174 2013 Ausgaben für Sozialschutz in Europa.pdf, n.d.

**Georg, J., Georg-Frowein (Eds.)**, 2001. PflegeLexikon, 2., unveränd. Aufl. ed. Huber, Bern.

**Hamer, S., Collinson, G.**, 2005. Achieving Evidence-Based Practice: a handbook for practitioners. Baillière Tindall Elsevier, Edinburgh; New York.

**Heintze, C.**, 2012. Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland ; Expertise im Auftrag des Forums Politik und Gesellschaft und der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung ; (Kurzfassung), WISO Diskurs Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn.

**Kleibel, V., Mayer, H.**, 2011. Literaturrecherche für Gesundheitsberufe, 2., überarb. Aufl. ed, Manual. Facultas, Wien.

**Lausch, A.P.**, 2012. Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen: Ein Lehrbuch für Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe, 6. Aufl. ed. Facultas, Wien.

**Leichsenring, K.**, 2014. Skript Leichsenring zur LV EDE-Ausbildung 2014; Langzeitpflege und -betreuung in Europa - Herausforderungen, politische Strategien und Praxisbeispiele.pdf, n.d.

**Mayer, H.**, 2007a. Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 2., aktualisierte und überarb. Aufl. ed. Facultas, Wien.

**Mayer, H.**, 2007b. Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, 4., aktualisierte und überarb. Aufl. ed. Facultas, Wien.

**Naegele, G., Bäcker, G., Heinze, R.G. (Eds.)**, 2013. Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Springer VS, Wiesbaden.

**Österreich (Ed.)**, 2014. Sozialschutz in Österreich 2014, Aufl. April 2014. ed., Sozialschutz in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

**Rappold, E., Rottenhofer, I.**, Gesellschaftlicher Wandel als Chance für die Weiterentwicklung der Berufsprofile im Feld Betreuung und Pflege. Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft (ÖKSA).

**Schmid, J.**, 2010. Wohlfahrtsstaaten im Vergleich Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.

**Schubert, K., Hegelich, S., Bazant, U.**, 2008. Europäische Wohlfahrtssysteme: ein Handbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Schubert, K.**, 2016. Das Politiklexikon: Begriffe. Fakten. Zusammenhänge, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. ed. Dietz, Bonn.

**Seidl, E., Steppe, H. (Eds.)**, 1996. Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich: Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950, Pflegewissenschaft heute. Verlag W. Maudrich, Wien.

**Stadt Wien** Gesundheitssozialplanung, 2016. „Strategiekonzept Pflege und Betreuung in Wien 2030

**Statistics Denmark**, 2011. Statistical Yearbook 2011, 115th edition

**Waldhausen, A., Sittermann-Brandsen, B., Matarea-Türk, L.,** 2014. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU.

**von Nida E.,** 2012, Masterarbeit an der FH Kärnten „Ein Jahrhundert Bildung der Frau in Österreich“

**Wild, F.,** 2010. Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. WIP Diskussionspapier (2).

**Ziegler, A., Antes, G., König, I.,** 2011. Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 136, e9–e15. doi:10.1055/s-0031-1272978

### **8.1.2 Literatur nach PRISMA**

**Albertini, M., Pavolini, E.,** 2015. Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. doi:10.1093/geronb/gbv038

**Bauer, G., Osterle, A.,** 2016. Mid and later life care work migration: Patterns of re-organising informal care obligations in Central and Eastern Europe. *J Aging Stud* 37, 81–93. doi:10.1016/j.jaging.2016.02.005

**Billings, J., Leichsenring, K.,** 2014. Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care. *Int J Integr Care* 14, e021.

**Da Roit, B., Le Bihan, B.,** 2010. Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *Milbank Q* 88, 286–309. doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x

**Daatland, S.O., Høyland, K., Otnes, B.,** 2015. Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People. *Journal of Housing for the Elderly* 29, 180–196. doi:10.1080/02763893.2015.989778

**Frericks, P., Jensen, P.H., Pfau-Effinger, B.,** 2014. Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe. *J Aging Stud* 29, 66–77. doi:10.1016/j.jaging.2013.12.002

**Gorlén, T.F., Gorlén, T., Neergaard, M.A.,** 2013. Death in nursing homes: a Danish qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing* 19, 236–242.

**Gosch, M., Hoffmann-Weltin, Y., Roth, T., Blauth, M., Nicholas, J.A., Kammerlander, C.,** 2016. Orthogeriatric co-management improves the outcome of long-term care residents with fragility fractures. *Arch Orthop Trauma Surg* 136, 1403–1409. doi:10.1007/s00402-016-2543-4

**Heim, N., Rolden, H., van Fenema, E.M., Weverling-Rijnsburger, A.W.E.,** Tuijl, J.P., Jue, P., Oleksik, A.M., de Craen, A.J.M., Mooijaart, S.P., Blauw, G.J., Westendorp, R.G.J., van der Mast, R.C., van Everdinck, I.E.C., 2016. The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation. *Age Ageing* 45, 643–651. doi:10.1093/ageing/afw098

**Hjorth, L., Haupt, R., Skinner, R., Grabow, D., Byrne, J., Karner, S., Levitt, G., Michel, G., van der Pal, H., Bardi, E., Beck, J.D., de Vathaire, F., Essig, S., Frey, E., Garwicz, S., Hawkins, M., Jakab, Z., Jankovic, M., Kazanowska, B., Kepak, T., Kremer, L., Lackner, H., Sugden, E., Terenziani, M., Zaletel, L.Z., Kaatsch, P.,** 2015. Survivorship after childhood cancer: PanCare: a European Network to promote optimal long-term care. *Eur J Cancer* 51, 1203–1211. doi:10.1016/j.ejca.2015.04.002

**Jackisch, J., Zamaro, G., Green, G., Huber, M.,** 2015. Is a healthy city also an age-friendly city? *Health Promot Int* 30 Suppl 1, i108–i117. doi:10.1093/heapro/dav039

Jang, S.-N., Avendano, M., Kawachi, I., 2012. Informal caregiving patterns in Korea and European countries: a cross-national comparison. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 6, 19–26. doi:10.1016/j.anr.2012.02.002

**Krajic, K., Cichocki, M., Quehenberger, V.,** 2015. Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promot Int* 30, 769–781. doi:10.1093/heapro/dau012

**Kuhn, M., Nuscheler, R.,** 2011. Optimal public provision of nursing homes and the role of information. *J Health Econ* 30, 795–810. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.04.006

**Langstrup, H.,** 2013. Chronic care infrastructures and the home. *Sociol Health Illn* 35, 1008–1022. doi:10.1111/1467-9566.12013

**Leichsenring, K.,** 2012. Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions. *Int J Integr Care* 12, e7.

**Maas, L.,** 2010. Trends in elderly caregiving: a comparison analysis between France, Italy, Demark and Sweden...Fourth European Nursing Congress. *Journal of Clinical Nursing* 19, 137–138. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03447.x

**Malfent D, Wondrak T, Kapusta ND, Sonneck G,** 2010. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25, 843–849. doi:10.1002/gps.2426

**Marina Amann, Christa Them, Elfriede Fritz,** 2012. Field of Work: Nursing Homes - Points of View of Nursing Trainee. *Pflegewissenschaft* 14, 688–693.

**Morley, J.E.,** 2012. Aging in Place. *Journal of the American Medical Directors Association* 13, 489–492. doi:10.1016/j.jamda.2012.04.011

**Mühlberger, U.,** 2010. Finanzierung der Pflegevorsorge, 1. Aufl. ed, Sozialpolitische Studienreihe ; 3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

**Nadash P, Doty P, Mahoney KJ, Von Schwanenflugel M,** 2012. European long-term care programs: lessons for community living assistance services and supports? *Health Services Research* 47, 309–328. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01334.x

**Nielsen, K.T., Glasdam, S.,** 2013. Professional caregivers' work with the dying in nursing homes - a Foucault-inspired analysis of discourses in the last decade in a Danish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 983–993. doi:10.1111/scs.12021

**Nie-Visser, N.C., Schols, J.M.G.A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J.M.M., Halfens, R.J.G.,** 2013. An International prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 69, e18-29. doi:10.1111/jan.12190

**Nolte, E., Knai, C., Hofmarcher, M., Conklin, A., Erler, A., Elissen, A., Flamm, M., Fullerton, B., Sonnichsen, A., Vrijhoef, H.J.M.,** 2012. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law* 7, 125–146. doi:10.1017/S1744133111000338

**Osterle, A., Bauer, G.,** 2012. Home care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. *Health Soc Care Community* 20, 265–273. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01049.x

**Pel-Littel, R., Meyer, J., Minkman, M., Mak, S.,** 2010. PROGRESS: development of an European quality framework in long term care homes in Europe...Fourth European Nursing Congress. *Journal of Clinical Nursing* 19, 117–117. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03446.x

**Quehenberger, V., Cichocki, M., Krajic, K.,** 2014. Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care. *Clin Interv Aging* 9, 1853–1864. doi:10.2147/CIA.S70359

**Rasmussen, C.D.N., Andersen, L.L., Clausen, T., Strøyer, J., Jørgensen, M.B., Holtermann, A.,** 2015. Physical capacity and risk for long-term sickness absence: a prospective cohort study among 8664 female health care workers. *J. Occup. Environ. Med.* 57, 526–530. doi:10.1097/JOM.0000000000000395

**Rodrigues, R., Trigg, L., Schmidt, A.E., Leichsenring, K.,** 2014. The public gets what the public wants: experiences of public reporting in long-term care in Europe. *Health Policy* 116, 84–94. doi:10.1016/j.healthpol.2013.12.012

**Rolland, Y., Resnick, B., Katz, P.R., Little, M.O., Ouslander, J.G., Bonner, A., Geary, C.R., Schumacher, K.L., Thompson, S., Martin, F.C., Wilbers, J., Zuniga, F., Ausserhofer, D., Schwendimann, R., Schussler, S., Dassen, T., Lohrmann, C., Levy, C., Whitfield, E., de Souto Barreto, P., Etherton-Beer, C., Dilles, T., Azermai, M., Bourgeois, J., Orrell, M., Grossberg, G.T., Kergoat, H., Thomas, D.R., Visschedijk, J., Taylor, S.J.C., Handajani, Y.S., Widjaja, N.T., Turana, Y., Rantz, M.J., Skubic, M., Morley, J.E.,** 2014. Nursing home research: the first International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) research conference. *J Am Med Dir Assoc* 15, 313–325. doi:10.1016/j.jamda.2014.03.004

**Schmid, J.,** 2010. Wohlfahrtsstaaten im Vergleich.

**Schmidt, A.E.,** 2016. Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna. *Health Soc Care Community*. doi:10.1111/hsc.12334

**Schneider, U.,** Kleindienst, J., 2016. Monetising the provision of informal long-term care by elderly people: estimates for European out-of-home caregivers based on the well-being valuation method. *Health Soc Care Community* 24, e81-91. doi:10.1111/hsc.12250

**Schönherr, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C.,** 2015. Development and psychometric evaluation of the Knowledge of Malnutrition - Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 193–202. doi:10.1111/scs.12133

**Steiner, M.,** 1969- [VerfasserIn], Pessl, G. [VerfasserIn], Karaszek, J. [VerfasserIn], 2016. Ausbildung bis 18, Oktober 2015. ed, Ausbildung bis achtzehn.

**Stolz, E., Rasky, E., Freidl, W.,** 2016. [Attitudes Towards End-of-Life Decisions and Long-Term Care Dependency: Results of a Representative Survey of Austrians Aged 50]. *Gesundheitswesen*. doi:10.1055/s-0042-106648

**Strier, R., Werner, P.,** 2016. Tracing Stigma in Long-Term Care Insurance in Israel: Stakeholders' Views of Policy Implementation. *J Aging Soc Policy* 28, 29–48. doi:10.1080/08959420.2016.1111726

**Strohal, R., Chimenti, S., Vena, G.A., Girolomoni, G.,** 2013. Etanercept provides an effective, safe and flexible short- and long-term treatment regimen for moderate-to-severe psoriasis: a systematic review of current evidence. *J Dermatolog Treat* 24, 199–208. doi:10.3109/09546634.2012.713462

**Tausch, A.,** 1951-, 2011. Globalisierung und die Zukunft der EU-2020-Strategie.

**Watson, R.,** 2013. The LPZ project. *Journal of Advanced Nursing* 69, e4–e4. doi:10.1111/jan.12191

## **8.2 Online-Literatur**

**Christoph Mayerl**, (o. D.) in Eurotopics.Net, Bericht: Das nordische Modell – ein Vorbild für Europa?

[http://archiv.eurotopics.net/de/home/presseschau/archiv/magazin/wirtschaft-verteilerseite-neu/skandinavisches\\_modell\\_2007\\_10/debatte\\_skandinavisches\\_modell/](http://archiv.eurotopics.net/de/home/presseschau/archiv/magazin/wirtschaft-verteilerseite-neu/skandinavisches_modell_2007_10/debatte_skandinavisches_modell/)

Letzter Zugriff am 03.01.2017

**Emmerich Tálos** (et.al), 2001. Bericht in Forschungsnetzwerk: Der österreichische Wohlfahrtsstaat - Entwicklung und Herausforderungen.

[http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Der\\_oesterreichische\\_Wohlfahrtsstaat.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Der_oesterreichische_Wohlfahrtsstaat.pdf)  
f Letzter Zugriff am 04.01.2017

**Elisabeth Mondl** (et.al), 2014. In Gesund Austria, Artikel Altenheime und Pflegeheime in Österreich. <http://www.gesund.at/a/altenheime-und-pflegeheime-in-oesterreich>,

Letzter Zugriff am 03.01.2017

**Erika Schulz** (et.al), 2014. in Bericht Vierteljahrheft DIW Berlin: Pflegebedarfe und Pflegesettings: ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. [http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw\\_01.c.503411.de](http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.503411.de),

Letzter Zugriff am 22.12.2016

**Erika Schulz**, 2015. In Wochenbericht DIW Berlin, Bericht: Alterung der Bevölkerung und Gesundheitspersonal in fünf ausgewählten europäischen Ländern.

[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.499960.de/15-14-3.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.499960.de/15-14-3.pdf)

Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Eurostat**, (2013). Pressemitteilung 174/2013 Ausgaben für Sozialschutz in Europa.pdf,

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5166794/3-21112013-AP-DE.PDF/f30bdd77-77af-4cd8-89ee-7e6c4d974257>

Letzter Zugriff am 06.01.2017

**Franziska Seitz** (et.al), 2008. In Pflegewissenschaft.de, Artikel: Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa - Eine Literaturstudie zur Implementierung.  
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/category/pdf/0803-Seitz.pdf>  
Letzter Zugriff am 27.12.2016

**EUABC Homepage**, 2016. <http://de.euabc.com/word/818>,  
Letzter Zugriff am 22.12.2016

**François Höpflinger**, (o. D.), Wandel des Alters –neues Alter für neue Generationen.  
<http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>  
Letzter Zugriff am 21.12.2016

**François Höpflinger**, 2011. Sozialbeziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>  
Letzter Zugriff am 03.01.2017

**François Höpflinger**, 2015, in Thurgauer Zeitung, Zitat im Artikel: Fragilität zwingt zur Sorgeskultur.  
[https://www.google.at/search?q=Thurgauer\\_Zeitung\\_Fragilitaet\\_zwingt\\_zur\\_Sorgeskultur&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe\\_rd=cr&ei=z1xyWKm9GPTk8Af\\_lbaQDA#q=Thurgauer+Zeitung+Fragilitaet+zwingt+zur+Sorgeskultur](https://www.google.at/search?q=Thurgauer_Zeitung_Fragilitaet_zwingt_zur_Sorgeskultur&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=z1xyWKm9GPTk8Af_lbaQDA#q=Thurgauer+Zeitung+Fragilitaet+zwingt+zur+Sorgeskultur)  
Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Geschichte online** /Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte und Institut für Geschichte der Universität Wien, o. D., Definition Exzerpt.  
<https://www.univie.ac.at/gonline/htdocs/site/browse.php?artiid=2100&arttyp=k>  
Letzter Zugriff online, am 21.12.2016  
Hogeweyk, 2016. Dementia Village. <http://hogeweyk.dementiavillage.com/de/>  
Letzter Zugriff am 07.01.2017

**Jens Beckert** (et.al), 2004. in Vorschau books.google.at, Buch Transnationale Solidarität: Chancen und Grenzen.

<https://books.google.at/books?id=TRCR0812SG0C&pg=PA116&lpg=PA116&dq=korporatistisches+modell&source=bl&ots=UJR0OH7WGB&sig=8H7DtkjLLKofu0bAngAFBOS6jvY&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwiGt6CV0O7PAhXFSRoKHQl5DFUQ6AEIJzAB#v=onepage&q=korporatistisches%20modell&f=false>

Letzter Zugriff am 20.12.2016

**Kaufmann**, 1997. Zitat in Präsentation: Soziologie des Wohlfahrtsstaates - Einführung in das Thema und Seminarplanung der Uni Köln.

<http://eswf.uni-koeln.de/lehre/08/1wohlfahrt/ss080101.pdf>

Letzter Zugriff am 21.12.2016

**Martina Madner** (et.al), 2010. In trend.at, Artikel: Schulvergleich: Schweden, Finnland und Dänemark sind Vorreiter bei der Bildung.

<http://www.trend.at/politik/schulvergleich-schweden-finnland-daenemark-vorreiter-bildung-284467>

Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Nina Vladović**, 2015. In FaGe VPOD, Artikel: Der skandinavische Weg in eine gute Langzeitpflege und Betreuung.

<http://fage.vpod.ch/2015/02/10/der-skandinavische-weg-in-eine-gute-langzeitpflege-und-betreuung/>

Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Peter Novak** (et.al), 2011. In Forum Politische Bildung, Informationen zur Politischen Bildung Bd. 34, Artikel: Die österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik.

[http://www.politischebildung.com/pdfs/34\\_nowak.pdf](http://www.politischebildung.com/pdfs/34_nowak.pdf)

Letzter Zugriff am 04.01.2016

**Peter Rabl**, (Hrsg.), 2015. In Brandstätter Verlag, Der Unwohlfahrtsstaat.

<https://www.brandstaetterverlag.com/buch/der-unwohlfahrtsstaat>

Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Rudolf Stichweh** (2000) in DeAcademic.com, Zitat: Erläuterungen Kooperationen  
<http://de.academic.ru/dic.nsf/dewiki/792909>  
Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Silke Bigalke**, 2014. In Stuttgarter Zeitung online, Artikel: Pflegepersonal in Nordeuropa.  
<http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.pflegepersonal-in-nordeuropa-skandinavische-pfleger-sind-akademiker.ffdbe38a-4149-4f14-a936-dcb8b43cfa4d.html>  
Letzter Zugriff am 04.01.2017

**Springer Gabler Verlag (Hrsg.)**, (o. D.), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Wohlfahrtsstaat, online im Internet.  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/338/wohlfahrtsstaat-v12.html>  
Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Sonja Dörfl**, 2006. In Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien, Zeitschriftartikel Zeitschrift Beziehungsweise „Was macht der Norden anders“.  
[http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift\\_beziehungsweise/detail/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=331&cHash=e49b7d51469715a4f8e2cb144c486539](http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=331&cHash=e49b7d51469715a4f8e2cb144c486539)  
Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Statistik Austria**, 2016. Bericht über Betreuungs- und Pflegedienste 2015.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html) Letzter Zugriff online, am 5.1.2017

**Ulrike Mühlberger** (et.al), 2008. In Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Artikel: Langzeitpflege in Österreich.  
[http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person\\_dokument/person\\_dokument.jart?publikationsid=33983&mime\\_type=application/pdf](http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=33983&mime_type=application/pdf)  
Letzter Zugriff am 05.01.2017

**Ursula Frohner**, 2013. In Gesundheitspolitik, Artikel: Die Wahrnehmung der Pflege steigt.

<http://www.springermedizin.at/artikel/38179-die-wahrnehmung-der-pflege-steigt>

Letzter Zugriff am 05.01.2017

**Wikipedia online**, 2016. Artikel Wohlfahrtsstaat.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Wohlfahrtsstaat>

Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Wikipedia online**, 2016. Artikel Schwedische Modell.

[https://de.wikipedia.org/wiki/Schwedisches\\_Modell](https://de.wikipedia.org/wiki/Schwedisches_Modell)

Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Wirtschaftskammer Österreich**, (o. D.), Bericht Lebenserwartung EU 2014.

<http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>

Letzter Zugriff am 28.12.2016

**Yann Le Lann**, 2008. in Transform-Network Homepage, Zeitschriftartikel – „Das skandinavische Modell und der Arbeitsmarkt“.

<http://www.transform-network.net/de/jahrbuch/zeitschrift-032008/news/detail/Journal/the-scandinavian-model-and-the-labour-market.html>

Letzter Zugriff am 27.12.2016

## **8.3 Abbildungsverzeichnis**

### **8.3.1 Tabellen**

**Tabelle 1:** Entwicklung des BIP in Österreich 1980 -2004, Heitzmann, Österle in Schubert, Hegelich, Bazant (Hrsg.), Der Europäische Wohlfahrtsstaat, 2008, eigene Darstellung.

**Tabelle 2:** Vergleich Ist-Situation Pflegeberufe in beiden Ländern, Dorffner, 2001, Masterthesis Evelyn Agnes von Nida, 2012, Heintze, 2012, WISO Diskurs, eigene Darstellung

**Tabelle 3:** Betreute Personen nach Altersgruppen 2014, Statistik Austria, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html)  
Zugriff am 28.9.2016 (letzter Zugriff 04.01.2017 - Tabelle mit Stand Daten 2015 verfügbar – Änderung mit 16.12.2016 durch Statistik Austria durchgeführt)

**Tabelle 4:** Übersicht zum Projekt Skaevinge, Messungen von 1985 und 1999, Dichter 2007, Pflegewiki, in Denknnetz 2016, eigene Darstellung 2016

**Tabelle 5:** Österreichisches Altenpflegesystem im Vergleich zu skandinavischen Altenpflegesystemen am Beispiel Dänemark, WISO Diskurs 2012, 27, eigene Darstellung

**Tabelle 6:** Haushaltshilfeempfänger in Dänemark im Jahr 2007 nach Unterbringung, The Long-term care system for the elderly in Denmark, ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 73, Erika Schulz

**Tabelle 7:** Ältere Menschen in verschiedenen Varianten von Wohnungen/Einrichtungen nach Alter und Art in Dänemark  
[http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP3\\_Denmark\\_final.pdf](http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP3_Denmark_final.pdf),  
letzter Zugriff am 04.01.2017

**Tabelle 8:** Entwicklung der Zahl älterer Menschen in Österreich bis zum Jahr 2050 in Abhängigkeit von den Lebenserwartungsmaßnahmen, Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme 2009

**Tabelle 9:** Bevölkerung nach breiten Altersgruppen Kinder und Jugendliche bis ältere Menschen bzw. 85 plus, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013

**Tabelle 10:** Lebenserwartung 2014 nach subjektivem Gesundheitszustand im Alter, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html)  
Letzter Zugriff am 27.12.2016

**Tabelle 11:** Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen, Eiffe, F.F., Österreich (Hrsg.), 2012. Soziale Lage älterer Menschen in Österreich, 1. Aufl. ed, Sozialpolitische Studienreihe. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

**Tabelle 12:** Probleme bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013

**Tabelle 13 :** Bundespflegegeldbezug aus 2012, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013

**Tabelle 14:** Anteil der Bevölkerungsgruppe nach Alter 80 plus, Wild, F., 2010. Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. WIP Diskussionspapier (2).

**Tabelle 15:** Bevölkerungsprognose nach Alter und Geschlecht beider Länder bis 2060, [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj\\_13nplfv&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_13nplfv&lang=de),  
Zugriff/Erstellung am 19.11.2016, eigene Auswertung

**Tabelle 16:** Gesamtfruchtbarkeitsrate – Anzahl Kinder pro Frau, [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_find&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_find&lang=de),  
mit einem Update vom 27.5.2015, 14, vgl. Bernreiter/von Nida, 2017, Kap. 1-5, letzter Zugriff am 06.01.2017

**Tabelle 17:** Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich, Wiso Diskurs 2012, 15, vgl. Bernreiter/von Nida, 2015, Kap. 1-5, eigene Darstellung

**Tabelle 18:** Soziale Ausgaben nach Maß, Zeit und Art der Leistungen,  
<http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>, eigene Auswertung  
letzter Zugriff am 20.12.2016

**Tabelle 19:** Dänische Prognose im Bereich der Langzeitpflege 2015, The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)

**Tabelle 20:** Stationäre Pflege – Hochrechnung der Nettoaufwände 2010 bis 2025, GÖG/ÖBIG (2012), Zukunft der Pflege - Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2010 bis 2025

**Tabelle 21:** Stationäre Pflege – Jährlicher Mehraufwand Basis 2010, GÖG/ÖBIG (2012), Zukunft der Pflege - Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2010 bis 2025

**Tabelle 22:** öffentliche Ausgaben für Langzeitpflege als % Satz in BIP, BMSG, Pflegevorsorge in Europa 2005, eigene Darstellung

**Tabelle 23:** Vergleich Ist-Situation Pflegeausbildung in beiden Ländern, ( Alten) Pflegeausbildungen in Europa, 2014, eigene Darstellung

**Tabelle 24:** Literaturrecherche Datenbanken u. zusätzliche Quellen - Auflistung Treffer, eigene Darstellung

**Tabelle 25:** Datenbanken - Auflistung Treffer, eigene Darstellung

**Tabelle 26:** zusätzliche Quellen - Auflistung Treffer, eigene Darstellung

**Tabelle 27:** Datenbanken und zusätzliche Quellen - Auflistung Treffer gesamt, eigene Darstellung

**Tabelle 28:** Literaturexzerpt/Abstract auf Eignung /ausgeschlossene Literatur, eigene Darstellung vom 12.12.2016

**Tabelle 29:** Literaturexzerpt/Abstract auf Eignung /eingeschlossene Literatur, eigene Darstellung

### **8.3.2 Grafiken**

**Grafik 1:** Die dänische Bevölkerung nach Alter 2011, Statistical Yearbook Denmark 2011

**Grafik 2:** Personen über 100 Jahre in Dänemark, Statistical Yearbook Denmark 2011

**Grafik 3:** Lebenserwartung in ausgew. Ländern 2009, Statistical Yearbook Denmark 2011

**Grafik 4:** Altersstruktur der dänischen Bevölkerung von 2006 bis 2050, The Long-term care system for the elderly in Denmark, ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 73 – Erika Schulz

**Grafik 5:** Bevölkerungsprognose 2013, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013

**Grafik 6:** Anteil der PflegegeldbezieherInnen nach Unterbringung 2010, Pflegevorsorgebericht 2011 des BMASK

**Grafik 7:** Ausgaben für soziale Dienstleistungen nach Zweckbestimmung 2009, Statistical Yearbook Denmark 2011

**Grafik 8:** Ausgaben Langzeitpflege in Prozent am BIP mit dem Bereich der stationären Langzeitpflege 2011, WIFO 2014, Bericht - Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern

**Grafik 9:** Ziele der Literaturrecherche, Mayer, H., 2007. Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, 4., aktualisierte und überarb. Aufl. ed. Facultas-WUV, Wien.

**Grafik 10:** 3 Phasen der Literaturrecherche, Kleibel, V., Mayer, H., 2011. Literaturrecherche für Gesundheitsberufe, 2., überarb. Aufl. ed, Manual. Facultas, Wien.

**Grafik 11:** Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht,  
<http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20German%20flow%20diagram.pdf>,  
letzter Zugriff am 06.01.2017

## 8.4 Abkürzungsverzeichnis

|             |                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| AKH         | Allgemeines Krankenhaus                                                         |
| Abs.        | Absatz                                                                          |
| AMS         | Arbeitsmarktservice                                                             |
| BMG         | Bundesministerium für Gesundheit                                                |
| BMASK       | Bundesministerium für soziale Sicherheit,<br>Generationen und Konsumentenschutz |
| BMSG        | Bundesministerium für Arbeit, Soziales<br>und Konsumentenschutz                 |
| bzw.        | beziehungsweise                                                                 |
| DGKS/P      | Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/ Pfleger                          |
| DK          | Dänemark                                                                        |
| Dr.         | Doktor                                                                          |
| et.al.      | und alle                                                                        |
| EU          | Europäische Union                                                               |
| FH          | Fachhochschule                                                                  |
| Fr.         | Frau                                                                            |
| gem.        | gemäß                                                                           |
| GuKG        | Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz                                           |
| GmbH        | Gesellschaft mit beschränkter Haftung                                           |
| Hr.         | Herr                                                                            |
| Hrsg.       | Herausgeber                                                                     |
| Kap.        | Kapitel                                                                         |
| LTC         | Long-term care                                                                  |
| LV          | Lehrveranstaltung                                                               |
| Mag.        | Magister                                                                        |
| M Ed        | Master of Education                                                             |
| NÖ          | Niederösterreich                                                                |
| S.          | Seite                                                                           |
| Univ.-Prof. | Universitäts- Professor/ in                                                     |
| UrhG.       | Urhebergesetz                                                                   |
| usw.        | und so weiter                                                                   |

|      |                                                    |
|------|----------------------------------------------------|
| vgl. | vergleiche                                         |
| WIFO | Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung |
| WBL  | Weiterbildungslehrgang                             |
| WHO  | Weltgesundheitsorganisation                        |
| z.B. | zum Beispiel                                       |

## **Anhang/ Postskriptum**

Brief von Herrn Bernreiter und Frau von Nida an Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer.

Aus Zeitgründen war kein Interview möglich, so erfolgte die Beantwortung der Fragen in schriftlicher Form.

Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer am 25.10.2016 - Expertengespräch

Sehr geehrte Fr. Prof. Mayer, im Rahmen der Erstellung unserer Masterthesis forschen wir im Bereich der Herausforderungen und Handlungsfeldern der Zukunft zur stationären LZZP in Österreich. Unser Vergleichsland ist Dänemark, eingebunden im skandinavischen Modell. Wir haben ein paar Fragen vorbereitet, die wir Ihnen zur Sicht der Pflegewissenschaft und Forschung gerne stellen würden:

- Wie sehen Sie die Zukunft der stationären LZZP in Österreich allgemein?
- Was braucht Österreich Ihrer Meinung nach um im europäischen Wettbewerb der Wohlfahrtsstaatlichkeit mithalten zu können?
- Was befürchten Sie anhand der derzeitigen sozialpolitischen Entwicklung hinsichtlich Absicherung der Sozialleistungen?
- Wie schätzen Sie die demografische Entwicklung 85 plus unter Bezugnahme der aktuellen Zahlen der Statistik Austria und Migrationsströmen ein?
- Was könnten wir Ihrer Meinung nach aus gerontologischer Sicht für die Zukunft der stationären LZZP für die Zielgruppe 85 plus und zu erwartender weiterer Zunahme der Hochaltrigkeit in Österreich tun?
- Welches Modell/ Konzept der Betreuung würden Sie aus der Sicht der Pflegewissenschaftlerin empfehlen?
- Welche Berufsgruppen sollten langfristig in diesem Bereich spezifisch ausgebildet und gefördert werden, um den Herausforderungen der Zukunft und den zu erwartenden Handlungsfeldern Stand zu halten?

Herzlichen Dank

Werner Bernreiter und Evelyn Agnes von Nida

Aufzeichnung des Gespräches bzw. Rückmeldung durch Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer

**Masterarbeit – Fragen zum methodischen Vorgehen im Rahmen einer Masterarbeit und Antworten für eine Befragung zu zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen**

**Stellungnahme**

04.11.2106

Anfrage von Werner Bernreiter und Evelyn von Nida vom 26.10.2016

**Thema der Masterarbeit**

Wie unterscheiden sich die zukünftigen Handlungsfelder in der stationären Langzeitpflege 85 plus zwischen Dänemark und Österreich?

Eine Analyse des Ist- Zustandes für den stationären Bereich am Beispiel der SeneCura Österreich und den Daten der Statistik Dänemark für die zu erwartenden Handlungsfelder der Zukunft.

Anliegen von Herrn Bernreiter/Fr. von Nida

- Beantwortung der Fragen des beigefügten Fragebogens
- Hinweise betr. Literatur, Studien, Bücher zum Thema Trends, Prognosen ..., für LZP in Österreich, Dänemark oder allgemein

## Literaturhinweise

Im Allgemeinen bietet die Universität Wien eine sehr umfangreiche Bibliothek, die über zahlreiche Bücher und Journals zu diesem Gebiet verfügt. Zudem können über die Universitätsbibliothek auf zahlreiche Datenbanken zugegriffen werden, die Zugang zu Fachjournals bieten. Ferner kann über „e-journals“ direkt in den Fachzeitschriften gesucht werden.

Link: <https://bibliothek.univie.ac.at/recherche.html>

Nachdem die Fragestellung die klinische Pflegeforschung und klinische Forschung im Gesundheitsbereich wenig betrifft, wird in einschlägigen Datenbanken für den Gesundheitsbereich (u.a. Pubmed und CINAHL) verhältnismäßig wenig relevante Literatur zu finden sein.

Sinnvoll scheint hier eine Recherche in wirtschaftswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken sowie gegebenenfalls politikwissenschaftlichen Datenbanken (u.a. Social Science Citation (SSCI) und Political Science Database). In diesen Fachbereichen sind relevante Treffer eher zu erwarten, da sie sich intensiver mit Trends und Prognosen beschäftigen.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien nimmt sich vornehmlich klinischen Themen an, die einen direkten Bezug zu pflegerischen Problemen, Interventionen und Outcomes haben. Aus diesem Grund ist die Expertise zu Trends und Prognosen, welche mitunter auch stark von politischen und wirtschaftlichen Aspekten geprägt sind, beschränkt.

Hingewiesen wird auf eine Studie, die Horst C. Vollmar mit Kollegen in Deutschland durchgeführt hat:

**Vollmar, H.C., Buscher, I., & Bartholomeyczik, S.** (2011). Wie könnte die Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahre 20130 aussehen? – Ergebnisse eines interdisziplinären Szenario-Prozesses (Sze-Dem). In C. Günster, J. Klose, N. Schmacke (Hrsg.), Versorgungs-Report 2012. Stuttgart: Schattauer, S. 259-272.

## **Beantwortung der Fragen des Fragebogens durch Univ.-Prof. Mag. Dr. Mayer**

Zu den folgenden Antworten auf die von Ihnen gestellten Fragen, möchten wir nur anmerken, dass sich diese mehr auf die eigene Einschätzung, als auf klassisch wissenschaftliche Belege beziehen. Aber das war ja wahrscheinlich auch von Ihnen so gewollt. Wir haben in Folge drei Fragen herausgenommen, die wir extra behandelt haben, die anderen werden dann in Summe beantwortet.

- ***Was braucht Österreich Ihrer Meinung nach um im europäischen Wettbewerb der Wohlfahrtsstaatlichkeit mithalten zu können?***

Grundsätzlich kann man nicht von einem internationalem Wettbewerb im Zusammenhang mit Wohlfahrtsstaatlichkeit sprechen, da die Nutzung von Einrichtungen oder Angeboten maximal in einem lokalen Kontext auf der Ebenen von Wettbewerb zu sehen ist. (d.h. es gibt ggf. einen Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern in einem Bundesland oder auch ggf., über die Grenzen eines Bundeslandes hinaus, aber nicht auf internationaler Ebene). Wenn man das Thema Wohlfahrtsstaat international betrachtet, so ist eher ein Rückgang wohlfahrtsstaatlicher Ausrichtungen zu sehen als dass man hier von einem „Wettbewerb sprechen könnte

- ***Was befürchten Sie anhand der derzeitigen sozialpolitischen Entwicklung hinsichtlich Absicherung der Sozialleistungen?***

Für die Beantwortung dieser Frage wäre eher jemand geeignet, der größere Nähe zu politischen Entscheidungsträgern hat und mit den zukünftigen Strategien und den dahinter liegenden Ideen und Zielen vertraut ist.

- ***Wie schätzen Sie die demografische Entwicklung 85 plus unter Bezugnahme der aktuellen Zahlen der Statistik Austria und Migrationsströmen ein?***

Die Migrationsströme der letzten Jahre werden in den nächsten 30 Jahren keinen Einfluss auf die Entwicklung 85+ haben. Es ist auch wahrscheinlich erst in den nächsten 10 bis 20 Jahren abzuschätzen, wie viele Menschen aus anderen Ländern und Kulturen in Österreich verbleiben und danach könnte man Überlegungen anstellen, was dies für ein bedarfsgerechtes Betreuungsangebot bedeutet.

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Migration dazu beiträgt, die demografische Entwicklung in einem Land gegenwärtig zur sogenannten „Überalterung“ zu beeinflussen. Angedacht werden könnte, ob dadurch vermehrt Menschen mit Migrationshintergrund in der (Langzeit)Pflege arbeiten werden, und welche Potenziale, Chancen, aber auch Herausforderungen dadurch entstehen.

- ***Wie sehen Sie die Zukunft der stationären LZZ in Österreich allgemein?***
- ***Was könnten wir Ihrer Meinung nach aus gerontologischer Sicht für die Zukunft der stationären LZZ für die Zielgruppe 85 plus und zu erwartender weiterer Zunahme der Hochaltrigkeit in Österreich tun?***
- ***Welches Modell/ Konzept der Betreuung würden Sie aus der Sicht der Pflegewissenschaftlerinnen empfehlen?***
- ***Welche Berufsgruppen sollten langfristig in diesem Bereich spezifisch ausgebildet und gefördert werden, um den Herausforderungen der Zukunft und den zu erwartenden Handlungsfeldern stand zu halten?***

Es ist eine Zunahme der Menschen, die älter als 85 Jahre alt sind, zu erwarten (vgl. u.a. Statistik Austria). Besonders zu berücksichtigen ist hier die Generation der Babyboomer, von denen die ersten im Jahr 2015 85 Jahre alt sein werden. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung haben hochaltrige Personen ein überdurchschnittlich hohes Risiko pflegebedürftig zu werden.

Das bedeutet, dass es in den kommenden Jahren eine kontinuierliche Zunahme pflegebedürftiger Menschen gibt und dass es analog dazu eine Zunahme der Versorgungsangebote bedarf. Nicht außer Acht zu lassen sollte dabei sein, dass die Geburtenrate in den nachfolgenden Generationen (von denen die ersten im Jahr 2055 85 Jahre alt sein werden) deutlich geringer ist.

Betrachtet man die Entwicklungen in den vergangenen Jahren, so sind einige für die Zukunft relevante Aspekte zu erkennen:

- ***Es hat sich nicht nur die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht sondern auch die Jahre in Gesundheit (European Commission Public Health, 2016).***

- *Die Mehrheit der Menschen wünscht sich möglichst zu Hause zu sterben bzw. möglichst lange zu Hause zu wohnen, allerdings sind Unterschiede zwischen Ländern und je nach Situation festzustellen (Saks et al., 2015).*
- *Die meisten Personen legen viel Wert drauf, dass sie auch im Falle von Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit ihre individuelle Lebensweise fortführen können und Entscheidungen selbst treffen können. Autonomie und Selbstbestimmung sind integrale Bestandteile von Lebensqualität (Dichter et al., 2016).*

Diese Entwicklungen haben bereits jetzt, aber in Zukunft mitunter noch wesentlich stärker, Auswirkungen auf die stationäre Langzeitpflege.

Der Case-Mix in den Einrichtungen wird sich verändern und die BewohnerInnen werden wahrscheinlich in der Regel einen höheren Pflegebedarf haben als es jetzt der Fall ist. In klassischen Pflegeheimen, wie wir sie heute kennen, werden vor allem jene Menschen einziehen, für die eine alternative Betreuung nicht möglich ist. Es ist anzunehmen, dass die ambulante Versorgung mit Modellen der Hauskrankenpflege, 24-h-Pflege aber auch neuen, alternativen Modellen, wie Wohngemeinschaften, stark ausgebaut wird und die Versorgung von einer steigenden Anzahl von Menschen, auch mit hohem Pflegebedarf, übernehmen kann. Diese Annahme basiert auf zwei Aspekten: einerseits wird die Pflege und Versorgung zu Hause von den meisten Menschen bevorzugt, andererseits kann sie großteils auch kostengünstiger angeboten werden wie stationäre Langzeitpflege und wird deswegen in politischen Debatten favorisiert. Es scheint als würde es zu einer Verschiebung vom stationären hin zum ambulanten Sektor kommen und im stationären Bereich vornehmlich hochgradig pflegebedürftige Menschen anzutreffen sein werden.

Dies sollte bei der Planung der zukünftigen Betreuung und Pflege berücksichtigt werden. Einerseits hinsichtlich der Frage, welche Angebote geschaffen werden sollen (Angebote für geistig und körperlich relativ fitte SeniorInnen werden zusehends weniger benötigt), andererseits bei Ressourcenallokation. Unter anderem wird aufgrund der Verdichtung der Arbeit, der Pflegebedarf der BewohnerInnen mit jetzigen Personalbesetzungen mitunter nicht decken lassen. Allerdings sollte hierbei auch differenziert betrachtet werden, welcher Berufsgruppen es bedarf.

Des Weiteren wird der Wunsch nach Individualität der Menschen die Versorgungslandschaft verändern. Sie werden bevorzugt Angebote in Anspruch nehmen, die es ihnen ermöglichen ein Leben zu führen, das ihrer Persönlichkeit, ihrer Lebensweise, ihren Wertvorstellungen entspricht und in dem sie ihren bevorzugten Aktivitäten (u.a. Hobbys) nachgehen können.

In diesem Zusammenhang entsteht bereits jetzt ein Spannungsfeld, dass politische und wirtschaftliche Kräfte vor Herausforderungen stellt: Private Anbieter werben um Kunden, sprich BewohnerInnen, und versuchen sich mit einem möglichst interessanten Angebot am Markt zu positionieren. Somit sind Pflegebedürftige und Angehörige mitunter in der günstigen Situation ein für sie passendes Versorgungsangebot wählen zu können. Allerdings sind Pflegeheimplätze ein knappes Gut und nicht wenige Personen müssen a) lange auf einen Pflegeheimplatz warten und/oder b) können nur ein bestimmtes Angebot in Anspruch nehmen, somit nicht wählen. Wächst das Angebot in den nächsten Jahren nicht im gleichen Maße wie die Nachfrage, was ein durchaus plausibles Szenario darstellt, könnte sich das Angebot weiter verknappen und das Machtgefälle würde sich gänzlich zugunsten der Anbieter verschieben.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht kann für die zukünftige Betreuung von pflegebedürftigen Menschen nicht ausschließlich ein Modell empfohlen werden. Um die Vielfalt an unterschiedlichen Personen mit verschiedenen Krankheiten und Symptomen sowie Lebens- und Wertvorstellungen möglichst adäquat pflegen und betreuen zu können, bedarf es unterschiedlicher Modelle. Dem könnte man begegnen, indem man in Einrichtungen unterschiedliche Schwerpunkte setzt - sei es bezogen auf eine Krankheit (z.B.: eine spezialisierte Einrichtung für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz) oder auf die Lebensvorstellungen der Menschen (Einrichtungen mit dörflicher Umgebung – mehrere kleine Einrichtungen in einer größeren; kleine Einrichtungen für die stationäre Versorgung analog zu Wohngemeinschaften). Hierzu werden momentan Angebote unter dem Schlagwort alternative Wohnformen geschaffen.

Ein Ansatz, welcher der Vielfalt an Bedürfnissen und dem Wunsch nach Individualität Rechnung trägt und Autonomie fördert, ist die personenzentrierte Pflege. Personenzentrierte Pflege basiert auf gegenseitigem Respekt und Verständnis, dem Recht

auf Selbstbestimmung und einer Kultur des Empowerments und kann als Ansatz zur Praxisentwicklung verstanden werden (McCormack & McCane, 2016).

Um die Pflege und Betreuung zukünftig bestmöglich zu sichern, bedarf es unterschiedlicher Berufsgruppen. Innerhalb der Pflege sollten Personen mit unterschiedlichen Ausbildungen und unterschiedlichen Ausbildungsniveaus tätig sein. Der Skill- und Grade-Mix sollte sich am tatsächlichen Bedarf orientieren, dieser kann von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich sein (je nach Schwerpunktsetzung). Keine Stellungnahme kann zu Quoten von PflegeassistentInnen, PflegefachassistentInnen und Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen abgegeben werden. Nachdem die Gesetzesnovellierung des GuKG eine generalistische (Grund-)Ausbildung vorsieht, sind für den Bereich der stationären Langzeitpflege, in dem sich vornehmlich ältere und hochaltrige Menschen befinden, Zusatzausbildungen/Erweiterungsmodule/... für die Pflege von alten Menschen wünschenswert.

Über den Tellerrand der Pflege hinausschauend kann nicht genug betont werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit verstärkt werden muss. Angesichts der bevorstehenden Ressourcenknappheit (finanziell und personell) sollten Synergien vermehrt genutzt werden und die Zusammenarbeit an den Fähigkeiten und an praktisch umsetzbaren Lösungsansätzen orientiert werden und weniger tradierten Vorstellungen folgen, die in ihrer Umsetzung bereits jetzt an die Belastungsgrenzen stoßen (u.a. Verordnungen für Inkontinenzhilfsmittel).

## **Literatur**

**Dichter, M. N., & Schmidhuber, M.** (2016). Das Konzept Lebensqualität von Menschen mit Demenz verstehen – Zwei Ansätze zur theoretischen Auseinandersetzung. *Pflege & Gesellschaft*, 21 (2), 114-129.

**European Commission Public Health** (2016). Healthy Life Years. Zugriff am 04.11.2016 unter [http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years/hly\\_en.htm#fragment2](http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm#fragment2)

**McCormack, B., & McCane, T.** (Hrsg.) (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Second Edition. Chichester, West Sussex ; Ames, Iowa: John Wiley & Sons.

**Saks, K., Tiit, E. M., Verbeek, H., Raamat, K., Armolik, A., Leibur, J. für RightTimePlaceCare, C.** (2015). Most appropriate placement for people with dementia: individual experts' vs. expert groups' decisions in eight European countries. *J Adv Nurs*, 71(6), 1363–1377.

## Beispiel: Archivierung der Literatur – Literatur allgemein (Zotero)

The screenshot displays the Zotero application window. The left pane shows a list of literature entries with columns for 'Titel' (Title) and 'Ersteller' (Creator). The right pane shows the 'Infos' (Info) tab for the selected entry, 'Lehrbuch der Sozialpolitik'.

| Titel                                                                   | Ersteller            |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Lehrbuch der Sozialpolitik                                              | Althammer und L...   |
| Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftlich...     | Backes und Clem...   |
| "... ein edler und hoher Beruf": zur Professionalisierung der österr... | Dorffner             |
| Soziale Lage älterer Menschen in Österreich                             | Eiffe und Österreich |
| Langzeitpflege in der Europäischen Union                                | Europäische Kom...   |
| The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for...       | European Commi...    |
| PflegeLexikon                                                           | Georg und Georg-...  |
| Achieving Evidence-Based Practice: a handbook for practitioners         | Hamer und Collin...  |
| Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemä...          | Heintze              |
| Literaturrecherche für Gesundheitsberufe                                | Kleibel und Mayer    |
| Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen: Ein Le...         | Lausch               |
| Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studi...         | Mayer                |
| Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für di...        | Mayer                |
| Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung                | Naegele et al.       |
| Sozialschutz in Österreich 2014                                         | Österreich           |
| Gesellschaftlicher Wandel als Chance für die Weiterentwicklung ...      | Rappold und Rott...  |
| Wohlfahrtsstaaten im Vergleich Soziale Sicherung in Europa: Org...      | Schmid               |
| Europäische Wohlfahrtssysteme: ein Handbuch                             | Schubert et al.      |
| Das Politiklexikon: Begriffe. Fakten. Zusammenhänge                     | Schubert             |
| Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich: Krankenschwester...      | Seidl und Steppe     |
| Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Alte...      | Waldhausen et al.    |
| Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im international...       | Wild                 |
| Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Met...        | Ziegler et al.       |
| Arbeiterkammer Österreich, 2014, Broschüre - Pflege und Betreu...       |                      |
| Bernreiter, W., von Nida E., 2015, Seminararbeit zur Lehrveranstal...   |                      |
| Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,...        |                      |
| Bundesministerium für Gesundheit -Sektion II, 2009. Interdiszipli...    |                      |
| Eurostat, 2013. Pressemitteilung 174 2013 Ausgaben für Sozialsch...     |                      |
| Leichsenring, K. 2014. Skript Leichsenring zur LV EDE-Ausbildung...     |                      |
| MB_2008_10_05_LANGZEITPFLEGES.PDF                                       |                      |
| Stadt Wien Gesundheitsozialplanung 2016, Strategiekonzept Pfl...        |                      |

| Infos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Notizen | Tags | Zugehörig |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|-----------|
| <p><b>Eintragsart:</b> Buch</p> <p><b>Titel:</b> Lehrbuch der Sozialpolitik</p> <p><b>Autor:</b> Alt..., Jörg W.</p> <p><b>Autor:</b> La..., Heinz</p> <p><b>Zusammenfassung:</b></p> <p><b>Reihe:</b> Springer-Lehrbuch</p> <p><b>Nummer der Reihe:</b></p> <p><b>Band:</b></p> <p><b># von Bänden:</b></p> <p><b>Auflage:</b> 9., aktualisierte und überar</p> <p><b>Ort:</b> Berlin</p> <p><b>Verlag:</b> Springer Gabler</p> <p><b>Datum:</b> 2014</p> <p><b>Anzahl der Seiten:</b> 500</p> <p><b>Sprache:</b> ger</p> <p><b>ISBN:</b> 978-3-642-31891-7 978-3-6</p> <p><b>Kurztitel:</b></p> <p><b>URL:</b></p> <p><b>Heruntergeladen am:</b></p> <p><b>Archiv:</b></p> <p><b>Standort im Archiv:</b></p> <p><b>Bibliothekskatalog:</b> Gemeinsamer Bibliotheksv</p> <p><b>Signatur:</b></p> <p><b>Rechte:</b></p> <p><b>Extra:</b> OCLC: 897389097</p> <p><b>Hinzugefügt am:</b> 20.6.2016 18:00:02</p> <p><b>Geändert am:</b> 20.6.2016 18:00:02</p> |         |      |           |

## Beispiel: Archivierung der Literatur – PRISMA-Auswahl (Zotero)

The screenshot displays the Zotero application window. The top bar includes a search icon and the text 'Alle Felder und Tags'. The left sidebar shows a list of library items. The selected item, 'Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of...', is highlighted. The right sidebar shows the details for this item, organized into tabs: 'Infos', 'Notizen', 'Tags', and 'Zugehörig'. The 'Infos' tab is active, showing the following information:

- Eintragsart:** Zeitschriftenartikel
- Titel:** Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans.
- Autor:** Albertini, Marco
- Autor:** Pavolini, Emma...
- (...) Zusammenfassung:** OBJECTIVES: The general aim ...
- Publikation:** The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences
- Band:**
- Ausgabe:**
- Seiten:**
- Datum:** 2015 Jul 29
- Reihe:**
- Titel der Reihe:**
- Reihe Text:**
- Zeitschriften-Abkürzung:** J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci
- Sprache:** ENG
- DOI:** 10.1093/geronb/gbv038
- ISSN:** 1758-5368 1079-5014
- Kurztitel:**
- URL:**
- Heruntergeladen am:**
- Archiv:**
- Standort im Archiv:**
- Bibliothekskatalog:**
- Signatur:**
- Rechte:** (c) The Author 2015. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America. All rights reserved. For permissions.