



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

"Präventive Pflege im Spannungsfeld zwischen Versorgungslücken und Verantwortung: Eine qualitative Forschung im Kontext der Gesundheits- und Sozialpolitik Österreichs"

verfasst von | submitted by

Arianne Sophie Theil BA

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

Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Brigitte Fuchs

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Masterarbeit untersucht, inwiefern präventive Pflegeformen, insbesondere *Community Nursing*, *Angehörigenpflege* und *mobile Pflegedienste* in Österreich aus Sicht von (Pflege-) Expert*innen als Antwort auf strukturelle Versorgungslücken verstanden werden und in welchem Maße sie zugleich mit der Individualisierung von Pflegeverantwortung einhergehen. Die theoretische Rahmung bilden die Konzepte der neoliberalen Biopolitik und Austeritätspolitik sowie der Care-Soziologie und das antike Konzept der Selbstsorge. Empirisch stützt sie sich auf neun qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen aus dem Pflegebereich in Wien und Umgebung. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und Fenzl (2014) wurden zentrale Deutungsmuster identifiziert, die ein Spannungsverhältnis zwischen professioneller Sorgearbeit, struktureller Überlastung, politischen Steuerungsmechanismen und individueller Verantwortung im Pflegesetting sichtbar machen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass präventive Pflege einerseits als Instrument der Ermächtigung und Unterstützung für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen dient, während sich andererseits, im Rahmen neoliberaler politischer Transformationen, eine systematische Verantwortungsverlagerung vom Staat auf Individuen abzeichnet.

Keywords: präventive Pflege, Pflegeverantwortung, neoliberale Biopolitik, Care-Soziologie, Selbstsorge

Preventive Care between Systemic Gaps and Individual Responsibility: A Qualitative Study within the Context of Austrian Health and Social Policy

Abstract (Englisch)

This master's thesis examines the extent to which forms of preventive care – especially community nursing, family caregiving and mobile care services - in Austria, are perceived by (care) experts as a response to structural gaps in care provision, and how far they contribute to the individualization of care responsibility. The theoretical framework is informed by the concepts of neoliberal biopolitics and austerity, care sociology and the ancient concept of *self-care*. Empirically, the study is based on nine qualitative, semi-structured interviews with care experts in Vienna and its surrounding areas. Using Mayring and Fenzl's (2014) approach of qualitative content analysis, key interpretative patterns were identified, revealing tensions between professional caregiving, systemic strain, political governance mechanisms, and individual responsibility within the care setting. The findings suggest that preventive care simultaneously functions as an instrument of empowerment and support for care-dependent individuals and their families, while, within the context of neoliberal political transformations, it also reflects a systematic shift of responsibility from the state to individuals.

Keywords: preventive care, care responsibility, neoliberal biopolitics, care sociology, *self-care*

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen bedanken, die mich während der Ausarbeitung meiner Masterarbeit begleitet und unterstützt haben. Ohne euren Rückhalt und eure Unterstützung wäre dies nicht möglich gewesen.

Mein besonderer Dank gilt allen Interviewpartner*innen, die mir ihre Zeit geschenkt und ihre Erfahrungen sowie ihr Fachwissen mit mir geteilt haben – sie haben diese Forschung überhaupt erst ermöglicht.

Ein herzliches Dankeschön richte ich auch an meine beiden Probeleser*innen und meinen Lektor für ihre Zeit, ihre konstruktiven Anmerkungen und ihre wertvolle Unterstützung.

Ebenso danke ich meiner Familie und meinen Freund*innen von Herzen für ihren zuverlässigen Rückhalt, ihre Geduld und ihre Motivation in allen Phasen dieser Arbeit.

Mein aufrichtiger Dank gilt schließlich meiner Betreuerin, Mag.a Dr.in Brigitte Fuchs, für ihre Expertise, ihre Anregungen und ihr konstruktives Feedback.

Vielen Dank euch allen für eure Unterstützung, euren Zuspruch und eure Zeit!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1.Relevanz und Forschungsfrage	1
1.2. Aufbau der Arbeit	7
1.3. Persönliche Positionierung	8
2. Theoretischer Teil	10
2.1. Biopolitik und Care-Soziologie. Eine theoretische Zusammenführung	11
2.1.1. Biomacht und Biopolitik nach Foucault	11
2.1.2. Care-Arbeit und Care-Soziologie	12
2.1.3. Synthese von Biopolitik und Care-Soziologie	16
2.2. Neoliberale Biopolitik, Austerität und der demografische Wandel in Österreich	17
2.2.1. Begrifflichkeiten: Neoliberalismus, neoliberale Biopolitiken und Austerität	17
2.2.2. Neoliberale Biopolitiken und Austerität anhand von Beispielen im Gesundheits- und Pflegebereich	18
2.2.3. Der demografische und gesellschaftliche Wandel als biopolitischer Diskurs	23
2.3. Selbstsorge als tradiertes Konzept	27
2.3.1. Selbstsorge: Definition und Entwicklung	27
2.3.2. Selbstsorge im Zwiespalt: die Ambivalenz zwischen neoliberaler Steuerung und Empowerment	30
2.3.3. Die Doppeldeutigkeit der Selbstsorge anhand des praktischen Beispiels. Mobilisierung im Alter	31
2.4. Aktueller Forschungsgegenstand: Begrifflichkeiten und die Rolle der präventiven Pflegeform	34
2.4.1. Prävention und präventive Pflege	34
2.4.2. Community (Health) Nursing und Acute Community Nursing	35
2.4.3. Angehörigenpflege	36
2.4.4. Mobiler Pflegedienst – Heimhilfe und Hauskrankenpflege	38
3. Empirischer Teil	42
3.1. Methodischer Herangehensweise	42
3.1.1. Forschungsdesign und Untersuchungsfeld	42
3.1.2. Methodischer Zugang	43

3.1.3. Sampling und Zugang zum Forschungsfeld	44
3.1.4. Erhebung und Auswertung des Materials	46
3.1.5. Analyse	49
3.1.6. Gütekriterien	50
3.1.7. Generalisierung und Forschungsergebnisse	51
3.2. Auswertung	52
3.2.1. Präventive Pflege	52
3.2.2. Versorgungslücken	58
3.2.3. Verantwortung	62
3.2.4. Gesellschaftlicher Wandel	66
3.2.5. Finanzierung der Pflege	68
3.2.6. Zukunft	71
3.3. Diskussion der Ergebnisse – Zusammenführung von Theorie und Praxis	75
3.3.1. Rahmenbedingungen und politischer Kontext	76
3.3.2. Zugang und Reproduktion von Ungleichheit	77
3.3.3. Verantwortung und gesellschaftlicher Wandel	78
3.3.4. Finanzierung und Steuerung	81
3.3.5. Zukunft und Perspektiven	82
4. Konklusion	86
Literaturverzeichnis	90

1. Einleitung

1.1. Relevanz und Forschungsfrage

*Care-Arbeit*¹ – und im Kontext dieser Forschung, *Pflege(-arbeit)*, im Sinne von Alten- und Krankenpflege – sind allgegenwärtige und gesellschaftlich unabdingbare Bestandteile des menschlichen Daseins. So nehmen diverse demografische Gegebenheiten der Bevölkerungsentwicklung wie Altersstrukturen sowie die Geburten- und Sterberaten großen Einfluss auf das Ausmaß des Pflegebedarfs und die Menge an notwendigem, qualifiziertem Pflegepersonal.

Im Vergleich zu den letzten Jahrzehnten war die Nachkriegszeit in Österreich durch einen massiven Anstieg der Geburtenrate geprägt, die als Babyboomer-Generation² bezeichnet wird. Eine starke Geburtenrate kann kurzfristig positive Aspekte haben, wie beispielsweise eine größere Verfügbarkeit von Arbeitskräften und eine ausgeglichene Altersverteilung mit dem Trend zu einer überwiegend jungen Bevölkerung. Zugleich führt sie jedoch langfristig zu einer nahezu simultanen Pensionierung, Alterung und zunehmenden Pflegebedürftigkeit eines bedeutenden Anteils der Bevölkerung. Dies und der Umstand, dass die Anzahl älterer und hochbetagter Menschen stetig ansteigt, unter anderem der höheren Lebenserwartung geschuldet, sorgen für ein Ungleichgewicht in der Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung mit der Tendenz zur Überalterung.

Gleichzeitig geht die Zahl jüngerer Menschen, welche eine Karriere in der Pflege anstreben, nicht zuletzt aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen und der prekären Beschäftigungsverhältnisse im Pflegeberuf, kontinuierlich zurück. Denn Care-Arbeit ist psychisch wie physisch äußerst beanspruchend, oftmals schlecht entlohnt und mit langen, unregelmäßigen Dienstzeiten verbunden. Hinzu kommen die branchenüblichen befristeten

¹ Da bislang keine einheitliche Begriffsbestimmung von *Care-Arbeit* besteht, folgt hier ein zusammenfassende Darstellung verschiedener Definitionsansätze. Care-Arbeit oder auch (Für-) Sorgearbeit ist ein äußerst breites und komplexes Forschungsfeld, welches eine Vielzahl an Tätigkeitsbereichen und Aufgaben beinhaltet. Sie reicht von Pflegearbeiten im Rahmen von Alten- und Krankenpflege – sowohl professionell und bezahlt als auch semi-professionell – zum Beispiel, von Angehörigen durchgeführt und unbezahlt, bis hin zur Kindererziehung und -betreuung sowie reproduktive Tätigkeiten, wie unbezahlte Hausarbeit (vgl. u.a. Häußler, 2022, S. 68ff; Riegraf, 2019, S. 763ff).

² Die Babyboomer-Generation wird je nach gesellschaftlichem und geografischem Kontext in unterschiedliche Zeitspannen eingeordnet. In der vorliegenden Arbeit wird sie als Generation definiert, deren Geburtsjahre zwischen 1946 und 1964 liegen. Zum einen, weil die Geburtenrate nach dem Krieg rapide anstieg und rund um 1964 wieder deutlich zurückging, zum anderen, da diese Periode im europäischen Kontext am häufigsten als „Babybooms“-Zeitspanne angeführt wird.

Arbeitsverträge, die geringe berufliche Absicherung und ein erhöhtes Risiko temporärer Arbeitslosigkeit. Diese prekären Arbeitsbedingungen resultieren in einer Überlastung der Pflegekräfte und tragen folglich zu strukturellem Personalmangel sowie chronischer Unterbesetzung bei. Letztere stellen die Pflege Österreichs vor maßgebliche Herausforderungen (vgl. Rappold & Juraszovich, 2019, S. 3ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 3ff). Zu den gesellschaftlichen Entwicklungen, die signifikanten Einfluss auf die Ausgestaltung der Pflege in Österreich genommen haben, gehört der Eintritt der Frauen in die Erwerbstätigkeit. Das bis zu den 1970er Jahren fest etablierte „Male-Breadwinner-Modell“, das konservative, traditionell bürgerliche Familienmodell, das den Mann als Alleinverdiener der Familie vorsah und die Rolle der Frau auf den Bereich der Haushalts- und Pflegearbeit reduzierte, begann mit dem Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit aufzubrechen. Im Zuge des gesellschaftlichen und politischen Wandels setzte sich zunehmend das „Adult-Worker-Modell“ durch, das im Kontext neoliberaler Steuerungslogik auf die grundsätzliche Erwerbstätigkeit aller Erwachsenen abzielt (vgl. Giullari & Lewis, 2005, S. 1ff). Trotz dieses Wandels blieb Sorgearbeit gesellschaftlich und politisch weiterhin als reine Familiensache im privaten Bereich verortet, womit die Zuständigkeit und Verantwortung weiterhin den Frauen zufiel. Zudem wurde die Übernahme der Pflege durch weibliche Familienangehörige aktiv vom Staat gefördert – beispielsweise durch finanzielle Anreize – um damit die staatliche Verantwortung zu reduzieren. Denn das österreichische Pflegeregime basiert zu einem erheblichen Teil auf der Betreuung von pflegebedürftigen Personen durch ihre Familien, in der Praxis meist (weibliche) Angehörige, was in der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung als (direkter) „expliziter Familialismus“ bezeichnet wird (Leitner, 2013).

Der österreichische Wohlfahrtsstaat, dessen Struktur über Jahre hinweg stark familialistisch geprägt war, sah sich infolge neuer neoliberaler und supranationaler Steuerungslogiken, insbesondere im Zuge des EU-Beitritts, mit veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen konfrontiert. Politiken wie das „Adult-Worker-Modell“ zielten auf die Erwerbstätigkeit aller Erwachsenen ab und veränderten damit die traditionelle Rollenverteilung zwischen Sorge- und Erwerbstätigkeit. Folglich entstanden neue, flexible Familienkonstellationen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen erheblich erschwerten und diese Herausforderungen gesellschaftspolitisch sichtbar werden ließen.

Damit setzte im österreichischen Pflegesystem ein grundlegender Wandel ein: Der explizit familialistisch ausgerichtete Wohlfahrtsstaat begann, Care-Arbeit schrittweise zu defamilialisieren und den Ausbau öffentlicher, institutioneller Pflegeangebote voranzutreiben (vgl. Kügler & Sardadvar, 2015, S. 3ff; Leitner, 2013, S. 53ff).

Aufgrund des demografischen Wandels mit der Tendenz zur Überalterung der Bevölkerung und des Rückgangs unbezahlter, informeller und innerfamiliärer Pflege, bedingt durch veränderte Familienstrukturen, Erwerbstätigkeitsmuster und gesellschaftlichen Wertvorstellungen, sieht sich die Pflege in Österreich gegenwärtig mit zunehmenden Versorgungsengpässen konfrontiert. Diese strukturellen Probleme im Pflegesystem werden durch politische Entscheidungen und Maßnahmen weiter verschärft, insbesondere durch die Austeritätspolitik, die Österreich seit der globalen Finanzkrise 2008/2009 im Einklang mit der Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten verfolgt. Diese strikten austeritätspolitischen Maßnahmen führen insbesondere zu Budgetkürzungen und Personalabbau in den historisch ohnehin unterfinanzierten Bereichen Gesundheit, Pflege und Bildung sowie zu Steuererhöhungen. Ziel der Austeritätspolitik ist es, die öffentlichen Haushalte zu konsolidieren und die Staatsschulden zu verringern, ohne dabei das Wirtschaftswachstum zu beeinträchtigen. Kritisch betrachtet, verschärft diese Politik allerdings soziale Ungleichheit, entwertet Care-Arbeit und führt langfristig zu einem systematischen Abbau öffentlicher Infrastrukturen (vgl. Gründler & Potrafke, 2019, S. 1ff; Stuckler et al., 2017, S. 18ff; Blyth, 2013, S. 51f.).

Angesichts der dargelegten prekären Situation, geprägt von Personalmangel, Überlastung und struktureller Unterfinanzierung, wurden über die Jahre hinweg verschiedene (politische) Maßnahmen und Reformen auf den Weg gebracht. Dazu zählen Initiativen zur „Attraktivierung“ und Imageverbesserung des Pflegeberuf, wie zum Beispiel die (finanzielle) Unterstützung künftiger Pflegekräfte während der Ausbildung, Versprechen besserer Arbeitsbedingungen und höhere Entlohnung. Darüber hinaus wurde der Ausbau institutioneller und mobiler Pflege geplant (vgl. Rappold & Juraszovich, 2019, S. 5ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 7). Zudem hat sich in den letzten Jahren eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik mit zunehmendem Fokus auf Gesundheitsvorsorge und Eigenverantwortung abgezeichnet, mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung möglichst langanhaltend zu bewahren. Die Entwicklung verdeutlicht bereits, dass Fragen individueller Verantwortung und staatlicher Steuerung zunehmend ineinandergreifen, ein Aspekt, der im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit genauer beleuchtet wird.

Der Begriff *Prävention* bezeichnet die Vorbeugung von Krankheiten und die Bewahrung der Gesundheit. Präventive Maßnahmen werden je nach Erkrankungsrisiko, Stadium der Krankheit und Krankheitsbild, herangezogen, um Erkrankungen zu verhindern, abzuschwächen oder zu verzögern. Hierbei wird – basierend auf dem Gesundheitszustand und erforderlichen Maßnahmen – zwischen drei Stufen der Prävention unterschieden: *Primärprävention* (Förderung der Gesundheit und Vermeidung von Krankheiten; auch die Mobilisierung im Alter zählt dazu), *Sekundärprävention* (Früherkennung und Intervention bei Erkrankungen) und *Tertiärprävention* (Wiederherstellung der Gesundheit). Dieses Stufenmodell geht auf Leavell und Clark (1958) zurück und ist heute international anerkannt und standardisiert (vgl. Griebler et al., 2023, S. 322ff; Rechnungshof, 2023, S. 19ff; Leavell & Clark, 1958, S. 1ff).

In Österreich sind mehrere Institutionen bzw. Organe für die Konzeptionalisierung, Finanzierung, und Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zuständig, darunter der Bund, das Sozialministerium, die *Gesundheit Österreich GmbH* und der *Fonds Gesundes Österreich* sowie Sozialversicherungsträger, wie die Österreichische Gesundheitskassa (vgl. Griebler et al., 2023, S. 322ff; Rechnungshof, 2023, S. 19ff). Doch diese Vielzahl an zuständigen Institutionen führt oft zu Fragmentierung, mangelnder Koordination, und einer Verlagerung staatlicher Verantwortung, insbesondere in Richtung kommunaler Ebene oder zivilgesellschaftlicher Initiativen.

Der Präventionsbegriff und der verwandte englischsprachige Begriff *preventive (health) care* werden international verwendet, allerdings je nach Kontext, Disziplin, Land und lokalem Gesundheitssystem bzw. institutionellem Rahmen unterschiedlich. In der Regel werden Prävention und präventive Maßnahmen im Bereich der (Sozial-)Medizin sowie in Public-Health-Ansätzen bzw. im Bereich öffentliche Gesundheit verortet. In der österreichischen Pflegepraxis kommt Prävention bisweilen nur vereinzelt zur Anwendung, beispielweise in Zusammenhang mit Demenz- oder Sturzprävention. Hierbei sollte – so Riedel & Heimerl (2021, S. 42ff) – dennoch gezielt auf die Herausforderungen für die Gesundheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Personen geachtet werden, nicht ausschließlich auf die Prävention von Krankheiten.

Seit dem Jahr 2018 wurden in Österreich zahlreiche Gesundheits- und Pflegereformen umgesetzt, vom Pflegeregress³ bis hin zu Pflegereformpakete 2022 bis 2024 (vgl.

³ Der Pflegeregress bezeichnet das Verbot, bei der Finanzierung von Pflegekosten auf das Privatvermögen pflegebedürftiger Personen oder ihrer Angehörigen zurückzugreifen.

BMSGPK, 2023; BMSGPK, 2024). Hierbei wurden auch einige teils österreichweite, teils regional begrenzte Pilotprojekte initiiert. Ein Beispiel ist das *Community Nursing*, welches gezielt Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegealltag integriert und ursprünglich aus dem englischsprachigen Raum übernommen wurde (vgl. eigene Erhebung: Interview, CN2, 3:42-5:14; Interview CN1, 17:18-17:40 & 1:12:44-1:13:44). Ein weiteres Beispiel bildet die *Angehörigenpflege* im Burgenland. Pflegende Familienangehörige werden vom Bundesland Burgenland für die Pflegearbeit, die sie leisten, angestellt und entlohnt.

Sowohl dem Community Nursing als auch der Angehörigenpflege und dem in Österreich bereits etablierten *mobilen Pflegedienst* ist gemein, dass sie anerkannte Formen von (alternativer) Pflege darstellen, welche niederschwellig, bedürfnis- und bedarfsorientiert in der vertrauten häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Personen geleistet werden. Sie kommen zur Anwendung noch bevor pflegebedürftige Menschen in klassischen, institutionellen Pflegeeinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen, untergebracht werden (müssen), nicht zuletzt mit dem Ziel, eine institutionelle Pflege so lange wie möglich hinauszuzögern bzw. durch präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung gänzlich zu verhindern. Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Funktion dieser drei Pflegeformen als niederschwellige, häuslich-präventiv ausgerichtete Versorgungsformen, unabhängig davon, durch welche Institution sie angeboten oder umgesetzt werden. Zugleich verweist diese Zielsetzung auf eine mögliche politisch gerahmte Verschiebung der Pflegeverantwortung.

Trotz ihrer funktionalen Ähnlichkeit innerhalb des Pflegesettings wurden diese drei Pflegeformen bislang nicht ausdrücklich unter dem Sammelbegriff „präventive Pflege“ zusammengefasst. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die drei Pflegeformen – Community Nursing, Angehörigenpflege und mobiler Pflegedienst – erstmals im deutschsprachigen Raum als *präventive Pflegeformen* definiert und systematisch unter dem gemeinsamen Konzept der *präventiven Pflege* zusammengeführt und analysiert. Auch im anglophonen Raum existieren vergleichbare Zusammenführungen verschiedener Pflegeformen, jedoch unter anderen Bezeichnungen, wie zum Beispiel *community-based preventive care* oder *preventive home care* (vgl. Low et al., 2011).

Aufgrund ihrer gesellschaftlichen Relevanz, Komplexität und globalen Verwobenheit ist die Care-Arbeit auch für die Internationalen Entwicklung von zentralem Interesse. Fragen zu sozialer Ungleichheit, Geschlechterrollen, genderspezifische Arbeitsteilung sowie zu

asymmetrischen Machtverhältnissen und Zugangsmöglichkeiten – sowohl der Betroffenen als auch der Pflegekräfte – zählen zu den zentralen Themen, die im Pflegebereich und der Entwicklungsforschung von grundlegender Bedeutung sind. Vor dem Hintergrund des aktuellen demografischen Wandels im Globalen Norden, des steigenden Pflegebedarfs, und der sich abzeichnenden Versorgungsengpässen ist ebenso die *präventive Pflege* von thematischer Wichtigkeit. Dies weitet die Kommodifizierung, Kommerzialisierung und Transnationalisierung (vgl. Aulenbacher et al., 2018, S. 495ff) von Care-Arbeit zusätzlich aus und verstärkt damit einhergehende Herausforderungen und Problemstellungen.

Basierend auf der zuvor erörterten thematischen Relevanz und der skizzierten Ausgangssituation beschäftigt sich die vorliegende Forschungsarbeit mit dem Spannungsverhältnis zwischen strukturellen Versorgungsengpässen, die durch gesellschaftliche Dynamiken, politische Steuerungslogiken und den demografischen Wandel in der österreichischen Pflegelandschaft hervorgerufen werden sowie der zunehmenden Individualisierung bzw. potenziellen Verschiebung von Pflegeverantwortung. In diesem Kontext verortet sich die präventive Pflege als gegenwärtig zentraler, zugleich aber ambivalenter Bestandteil der Pflege Österreichs. Daher wird dieser Arbeit folgende Fragestellung zugrunde gelegt:

Inwiefern dienen präventive Pflegeformen im Kontext gesundheits- und sozialpolitischer Entwicklungen als Antwort auf strukturelle Versorgungslücken – und in welchem Maße tragen sie zugleich zur Individualisierung von Pflegeverantwortung bei?

Um diese Fragestellung methodisch bearbeiten und in späterer Folge auch beantworten zu können, werden folgende Unterfragen aufgeworfen:

- In welchem Ausmaß substituieren oder erweitern präventive Pflegeformen andere Formen der Pflege, um die Versorgungslücken in der Pflege zu kompensieren?
- Wie verteilt sich Pflegeverantwortung zwischen Individuen, Angehörigen und öffentliche Hand, und lassen sich – insbesondere im Rahmen aktueller Reformen – Verschiebungen dieser Verantwortlichkeit beobachten? Wenn ja, in welche Richtung verlaufen diese Verschiebungen?
- Wie verstehen Pflegeexpert*innen als Personen, welche im Rahmen präventiver Pflegeformen, Community Nursing und mobiler Pflegedienst, tätig sind, ihre eigene Rolle in diesen Pflegeformaten (als Unterstützung, Hilfestellung, Steuerung/Regulierung)?

- Wie schätzen Pflegeexpert*innen politische Entscheidungen und Änderungen, in Bezug auf präventive Pflege (z.B. Sinnhaftigkeit, Umsetzung, Einsparungen, Gesundheitsförderung, etc.) ein?

Das theoretische Fundament dieser Masterarbeit bildet einerseits Foucaults Sichtweise der *Biopolitik* (vgl. Foucault, 1992; Foucault, 2023a), andererseits seine Deutung des antiken Konzepts der *Selbstsorge* (vgl. Foucault, 2023b; Foucault, 2009), welche im theoretischen Rahmen näher erläutert werden. Beide Ansätze bieten eine theoretische Annäherung an das Thema der präventiven Pflege in Österreich. Foucault beschreibt Biopolitik als eine spezifische Regierungsform, die darauf abzielt, das Leben der Bevölkerung durch unterschiedliche Maßnahmen zu regulieren und zu verbessern (vgl. Foucault, 1992, S. 29ff; Foucault, 2023a, S. 132ff). Das Konzept der Selbstsorge hingegen verdeutlicht das aktive Streben nach und das Einfordern von Qualität, Finanzierbarkeit und Autonomie in der eigenen Pflege sowie die damit einhergehende Übernahme von (Eigen-)Verantwortung (vgl. Kügler & Sardadvar, 2015, S. 4.ff).

Die methodische Herangehensweise in der vorliegenden Forschungsarbeit stützt sich auf die Durchführung qualitativer, leitfadengestützter Expert*inneninterviews mit Pflegepersonal aus dem Bereich der präventiven Pflege, beispielsweise dem (Acute) Community Nursing und dem mobilen Pflegedienst. Expert*inneninterviews wurden als adäquates Erhebungsverfahren erachtet, da die befragten Personen aufgrund ihrer beruflichen Praxis und Alltagserfahrungen über eine spezifische Expertise bzw. Wissen zu Konzepten, Strukturen und politischen Rahmenbedingungen präventiver Pflege in Österreich verfügen. Dieses praxisnahe Wissen bildet den zentralen Gegenstand des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit. Zur Analyse und -auswertung des Materials wird Mayrings qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Mayring & Fenzl, 2014, S. 543ff) herangezogen, die eine systematische, theoriegeleitete und ebenso interpretative Analyse des erhobenen Interviewmaterials ermöglicht.

1.2. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Einleitung bietet einen Überblick über zentrale Begriffe, Konzepte und Definitionen sowie über die theoretische und praktische Herangehensweise. Kapitel zwei widmet sich den verschiedenen theoretischen Perspektiven und verknüpft (insbesondere) Ansätze der (neoliberalen) Biopolitik, der Care-Soziologie und der Selbstsorge miteinander. Dieses „In-Beziehung-Setzen“ verdeutlicht das Spannungsfeld, in dem sich die präventive Pflege im aktuellen pflegepolitischen Kontext Österreichs verortet. Zudem

wird der aktuelle Forschungsstand erläutert, um eine fundierte Grundlage für die anschließende empirische Analyse zu schaffen. Kapitel drei umfasst die empirische Untersuchung. Zunächst wird die methodische Herangehensweise der Forschung erläutert und herausgearbeitet. Anschließend werden die leitfadengestützten Expert*inneninterviews ausgewertet und die Ergebnisse im Zusammenhang mit den theoretischen Konzepten diskutiert. Den Abschluss der Arbeit bildet das vierte Kapitel mit der Konklusion. Dieselbe fasst die zentralen Ergebnisse zusammen, beantwortet die Forschungsfrage, und gibt einen Ausblick auf die möglichen pflegepolitischen Maßnahmen sowie zukünftige Forschungsansätze.

1.3. Persönliche Positionierung

Die Positionalität der Forscher*in ist ein bedeutsamer Aspekt des Forschungsprozesses. Forschung ist weder universal noch apolitisch, noch neutral (vgl. Vanner, 2015, S. 3); ebenso wenig können Forscher*innen ein Forschungsfeld vollständig erfassen. Meinungen, Werte, Erfahrungen, Weltanschauungen, der soziale Kontext der/des Forschenden und deren/dessen situiertes Wissen prägen den Forschungsprozess, dessen Verlauf und Erkenntnisse. Sie fungieren zugleich als Orientierungsrahmen und Instrumente, um Wissen in seinem jeweiligen Kontext zu reflektieren und zu verorten (vgl. Haraway, 1996, S. 285ff; Rose, 1997, S. 306ff)

Daher ist es überaus bedeutsam, sich bewusst zu machen, dass Forschende Einfluss auf die Forschung nehmen, dies gilt ebenso für Partizipant*innen, wie zum Beispiel Interviewpartner*innen. Eine Forschung muss stets als ein inhärent hierarchisches Unterfangen betrachtet werden. Durch ein kontinuierliches Reflektieren und Analysieren dieser Einflüsse sowie der zugrundeliegenden hierarchischen Strukturen können (asymmetrische) Hierarchien und Machtverhältnisse, blinde Flecken und mögliche Vorurteile sichtbar gemacht werden. Diese Offenlegung und Transparenz der Situiertheit der Forscher*in, das Reflektieren der eigenen Positionierung sowie das Ableiten von Schlussfolgerungen aus dem erhobenen Material auf Basis dieser Position, sind maßgeblich für die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses und der Ergebnisse. Dies gewährleistet wiederum auch die Güte der (qualitativen) Forschung (vgl. Bourke, 2014, S. 1ff; Rose, 1997, S. 306ff; Haraway, 1996, S. 286ff).

Ich bin eine weiße, heterosexuelle Cis-Frau und eine EU-Staatsbürgerin, die in einem Akademiker*innenhaushalt in Wien und Bad Vöslau, zweisprachig aufgewachsen ist. Während meines Bachelorstudiums der Philosophie an der Universität Wien habe ich mich

besonders mit Ethik sowie interkultureller und außereuropäischer Philosophie beschäftigt. Der Einblick in verschiedene Kulturen, deren tradiertes Wissen und Sichtweisen sowie das kritische Hinterfragen und die Beschäftigung mit ethischen Fragen zu sozialer Gerechtigkeit und Ungleichheit haben mich dazu bewegt, das Masterstudium Internationale Entwicklung an der Universität Wien zu belegen.

Im Rahmen dieses Masterstudium konnte ich meine Kenntnisse weiter vertiefen, vielfältige Perspektiven und (neuartige) Ansätze kennenlernen sowie (methodische) Werkzeuge erlernen, um dieses Wissen in Zukunft zur Anwendung zu bringen. Mein Forschungs- und Erkenntnisinteresse entstammt allerdings nicht alleine meiner akademischen Bildung, sondern auch meinen beruflichen Erfahrungen im Gesundheitsbereich, unter anderem als Ordinationsassistentin vor, während, und nach der Corona-Pandemie.

Zudem hat die Thematik Care-Arbeit und Pflege auch eine persönliche Relevanz für mich, da Familienmitglieder in Alten- und Pflegeheimen untergebracht waren und sind. Dadurch habe ich bereits persönliche Berührungspunkte mit verschiedenen Pflegeformen und -bedingungen. Diese persönlichen Erfahrungen in Kombination mit den Herausforderungen des demografischen Wandels und den Bedingungen im Pflegesetting, haben mich dazu veranlasst, mich intensiver mit dem Thema Pflege und speziell präventiven Pflegeformen in Österreich zu befassen.

Nachdem die zentralen Begriffe und Definitionen sowie der Aufbau der Arbeit und die Positionalisierung einleitend erörtert wurden, folgt nun die theoretische Einbettung des Erkenntnisinteresses in die Konzepte der Biopolitik, Care-Soziologie und Selbstsorge.

2. Theoretischer Teil

In diesem Teil der Arbeit geht es um die Theoretisierung von Care-Arbeit mit besonderem Fokus auf präventive Pflege sowie die ineinandergreifende und aufeinander aufbauende politische und soziologische Kontextualisierung der Pflegesituation in Österreich. Da Care-Arbeit ein vielschichtiges Forschungsfeld ist, sind die theoretischen Perspektiven, aus der sie näher betrachtet werden kann, ebenso mannigfaltig.

Mobilität – als Allokation von Arbeitskräften in einem ungleichen Weltsystem – wäre eine Möglichkeit für die theoretische Aufarbeitung dieser Arbeit. Denn mit dem Einstieg der Frauen in den Arbeitsmarkt ist eine Lücke in der Sorgearbeit entstanden, welche sich durch die Globalisierung, die Transnationalisierung von Care-Arbeit, die Verlegung von Sorgearbeit über nationale Grenzen hinaus, und dadurch entstandene Migrationsströme mehr oder minder füllen ließen – bekannt unter dem Begriff *Global-Care-Chains*. Dieser Umstand ist aus der österreichischen Pflegelandschaft nicht mehr wegzudenken und unabdingbar geworden. Auch *marxistisch-feministische* Ansätze, welche neben der Sichtbarmachung und Anerkennung von Care-Arbeit auch geschlechterspezifische Rollenverteilung in der Sorgearbeit – beispielsweise die ungleiche Verteilung von Frauen und Männern in diesem Tätigkeitsbereich – deutlich machen und kritisch hinterfragen, weisen ebenso auf asymmetrische Machtverhältnisse und Ausbeutungsstrukturen hin. *Intersektionalität* bietet einen weiteren bedeutsamen theoretischen Rahmen für die Sorgearbeit, da sie Problematiken in Form von Ungleichheiten und Diskriminierung – wie Sexismus und Rassismus – entlang diverser sozialer Kategorien offenlegt und kritisch hinterfragt. So sind all diese theoretischen Ansätze sowohl globalgesellschaftlich als auch im internationalen Kontext von großer Wichtigkeit.

Diese Arbeit nähert sich dem komplexen Forschungsfeld mit einer ebenso vielfältigen theoretischen Vorgehensweise, die verschiedene Aspekte der Care-Arbeit in einem gesellschaftspolitischen Kontext vereint. Der foucaultsche Blickwinkel auf die Biopolitik ist in der (globalen) Care-Soziologie verankert und bildet den theoretischen Rahmen, der sich als roter Faden durch diese Forschung zieht. Anschließend werden darauf aufbauend aktuelle neoliberale Biopolitiken, beispielsweise verschiedener „Gesundheits- und Pflegereformen“ vor dem Hintergrund der Austeritätspolitik und dem Umstand des „demografischen Wandels“ in Österreich, erörtert und eingearbeitet. Abschließend wird Foucaults Verständnis des antiken Konzepts der Selbstsorge diskutiert, um das Spannungsfeld zu verdeutlichen, in dem sich die präventive Pflege als Schwerpunkt dieser

Forschung ist verortet. Außerdem wird der aktuelle (Forschungs-)Stand der drei präventiven Pflegeformen – Community (Health) Nursing, Angehörigenpflege und mobiler Pflegedienst – dargestellt, bevor der empirische Teil der Forschung erläutert wird.

2.1. Biopolitik und Care-Soziologie: Eine theoretische Zusammenführung

Zu Beginn der theoretischen Aufarbeitung dieser Arbeit werden die Biopolitik Foucaults und die Care-Soziologie jeweils einzeln näher beleuchtet, um anschließend die Synthese beider zu erörtern und als Basis des Erkenntnis- bzw. Analyseinteresses dieser Forschung zu diskutieren.

2.1.1. Biomacht und Biopolitik nach Foucault

Vor dem 19. Jahrhundert galt die alleinige Macht des Souveräns, die sich im Recht über Leben und Tod äußerte und die Foucault als die Macht „leben zu lassen und sterben zu machen“ bezeichnet (vgl. Foucault, 1992, S. 27ff; Foucault, 2023a, S. 131ff). Die Umkehr bzw. Ablösung dieser Souveränitätsmacht, welche als *Biomacht* verstanden wird, veränderte die Bedeutung des Lebens maßgeblich. Mit „Biomacht“ beschreibt Foucault jene Regierungsform, die den Menschen als Lebewesen zum Gegenstand politischer Steuerung macht. Im Mittelpunkt steht dabei nicht das einzelne Individuum, sondern die Bevölkerung als Ganzes, deren Regulierung und Optimierung zur zentralen Aufgabe der Politik wird. Foucault bezeichnet dies als die Macht, „leben zu machen und sterben zu lassen“ (vgl. Foucault, 1992, S. 27ff). Die Macht zum Leben begann, sich bereits im 17. Jahrhundert anhand zweier komplementärer Formen zu auszubilden. Zuerst bildete sich die Form der politischen Anatomie des menschlichen Körpers, eine disziplinäre Machttechnologie, die den Körper als Maschine in den Mittelpunkt stellte. Die Abrichtung, Ausnutzung und Steigerung der Fähigkeiten des Körpers, und dessen Kräfte ließen sogleich die Nützlichkeit und Leistungsfähigkeit anwachsen, und machte die Integration in wirksame und wirtschaftliche Kontrollsysteme möglich. Die zweite nicht-disziplinäre Machttechnik, die sich in der Mitte des 18. Jahrhunderts auftat, befasste sich mit dem Menschen als Lebewesen und dessen biologischen Prozessen – zum Beispiel mit der Entwicklung der Langlebigkeit. Die Verlängerung des Lebens und der damit einhergehende ökonomische Nutzen, wie die Anhäufung von Reichtum und Wirtschaftswachstum, wurde durch Aufklärung – die Verbreitung von Wissen – und den medizinischen Fortschritt bewerkstelligt. So traten die Nutzbarmachung und Ausbeutung der menschlichen Körper in den Hintergrund und Regulierung, Kontrolle, Überwachung und Optimierung der Menschen als Lebewesen durch den Staat, die *Biopolitik* der Bevölkerung, wurde zum

Hauptfokus. Foucault beschreibt Biopolitik als eine Form politischer Intervention, die mithilfe biopolitischer (Steuerungs-) Mechanismen das Leben reguliert und optimiert, um den Tod hinauszuzögern – mit der Absicht „leben zu machen“. Demnach ist die Macht, die sich um diese beiden Pole gebildet hat, die Macht über Leben – die Biomacht. Sie vereint unterschiedliche Praktiken zur Nutzbarmachung der Körper und zur Regulierung der Bevölkerung in sich. Daher beschreibt Biomacht die Art und Weise in der Biopolitik umgesetzt wird (vgl. Foucault, 1992, S. 29ff; Foucault, 2023a, S. 132ff).

Aus der vorangegangenen Erläuterung lässt sich Biopolitik als jene Macht bezeichnen, die die Regulierung, Verwaltung und Optimierung des ganzen Lebens in all seinen Facetten zum Ziel hat, wobei der Fokus nicht auf ein einzelnes Individuum oder einer Gruppe von Individuen gerichtet ist, sondern gesamtgesellschaftlich zu verstehen ist (vgl. Foucault, 2023a, S. 133ff). Um nun die Langlebigkeit und Produktivität der Bevölkerung entsprechend effizient und nachhaltig sichern zu können, bedarf es fortwährender, regulierender und korrigierender Maßnahmen (vgl. Foucault, 2023a, S. 139ff). Damit sind natürlich auch der Gesundheit- und Pflegebereich wesentliche und besonders wichtige Bestandteile der Biopolitik. So äußert sich dies anhand einer Reihe von (biopolitischen) Steuerungsmechanismen, etwa durch die Anhebung des allgemeinen Gesundheitsniveaus mittels Gesundheitsversorgung, präventiver Maßnahmen, Gesundheitsförderung sowie dem Aufbau der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch Aufklärung (vgl. Foucault, 2023a, S. 135ff). Alle diese Maßnahmen dienen dazu, positiven Einfluss auf die Lebensführung zu nehmen, Gesundheitsrisiken zu minimieren, und langfristig Kosten zu kontrollieren und möglichst klein zu halten. Damit lässt sich Pflege als politisches Machtfeld begreifen und ist ebenso als Teil der Staatslogik zur Administration der Bevölkerung, ihrer Arbeitskraft, und den damit in Zusammenhang stehenden Kosten zu verstehen. Was hingegen unsichtbar gemacht und nicht mitgedacht wird, ist, wer Pflege ganz konkret leistet, und unter welchen Bedingungen gepflegt wird. Hier kommt die Care-Soziologie zum Tragen.

2.1.2. Care-Arbeit und Care-Soziologie

Wie bereits in der Einleitung herausgearbeitet, ist Care-Arbeit oder (Für-)Sorgearbeit ein vielschichtiges und komplexes Feld, welches eine Vielzahl an Aufgaben und Tätigkeiten in sich vereint. Sie beinhaltet Pflegearbeiten, Kindererziehung und -betreuung sowie reproduktive Tätigkeiten – wie etwa Hausarbeit –, welche bezahlt und unbezahlt verrichtet werden können.

Zumeist wird Sorgearbeit – bezahlt oder unbezahlt – damals wie heute von Frauen verrichtet, da Frauen aufgrund ihrer sozialen Charakterisierung, als besonders empathisch, einfühlsam und fürsorglich gelten, weshalb sie oftmals in die für sie von der Gesellschaft vorgesehene geschlechterspezifische Rolle gedrängt werden. Dies geschieht nicht nur im privaten Bereich, wo innerfamiliär Pflege von (weiblichen) Angehörigen (meist) unbezahlt durchgeführt wird, sondern auch im öffentlichen bzw. erwerbstätigen Bereich, wo Frauen aufgrund ihrer sozialen Eigenschaften und der gesellschaftlichen Rollenverteilung zumeist Berufe, wie Erzieherin, Pflegerin, Krankenschwester etc. ergreifen und ausüben. Zudem ist Care-Arbeit häufig mit hohen psychischen und physischen Belastungen verbunden, geht meist mit geringer Entlohnung sowie langen und unregelmäßigen Dienstzeiten einher. Angesichts der oftmals prekären Beschäftigungsverhältnisse und befristeten Verträgen verfügen viele Beschäftigte nur über eine eingeschränkte Absicherung, was ihr Risiko für zeitweilige Erwerbslosigkeit zusätzlich erhöht (vgl. Riegraf, 2019, S. 764ff; Häußler, 2022, S. 68ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 4ff).

Obwohl Care-Arbeit – die Sorge um sich selbst und Andere – immer eine Grundvoraussetzung und unabdingbare Ressource für das soziale Miteinander, das gesellschaftliche und ökonomische Funktionieren sowie ein hohes Maß an Lebensqualität und gesellschaftlichen Wohlstand gefördert hat, wurde ihr und den Menschen, die Pflege leisten, weder Anerkennung noch Wertschätzung oder Aufmerksamkeit zuteil. Dies liegt unter anderem daran, dass Sorgearbeit in den privaten Bereich des gemeinschaftlichen Lebens fällt, daher nicht gesehen wird und vom Staat unsichtbar gemacht wird, da (private) Care-Arbeit nicht monetär gemessen werden kann und wird. Doch spätestens seit den 1990er Jahren lässt sich aufgrund zahlreicher Vorkommnisse, wie dem „demografischen Wandel“, der (globalen) Finanzkrise 2008/2009, der fortschreitenden Globalisierung und Verflechtung der Nationen, der veränderten Familienstrukturen, aufgrund der Verschiebung vom traditionell, konservativen Familienmodell hin zu flexibleren und neuen Familienkonstellationen sowie der ansteigenden Frauenerwerbsquote, vermehrte Aufmerksamkeit im Care-Bereich verzeichnen. Aufgrund dieser mannigfaltigen, weltumspannenden Ereignisse transformieren sich die (globalen) Care-Regime – Alte werden abgebaut bzw. transformiert, Neue geschaffen –, was Anlass zur Berücksichtigung von Care-Soziologie auf internationaler Ebene gibt (vgl. Aulenbacher et al., 2018, S. 495ff; Riegraf, 2019, S. 764; Häußler, 2022, S. 68ff; Leitner, 2013, S. 53ff).

Care-Soziologie ist ein Forschungsbereich, der sich vorwiegend mit der sozialen und gemeinschaftlichen Organisation sowie den Folgen von Care-Arbeit beschäftigt. Auf globaler Ebene macht Sorgearbeit die engen Verflechtungen zwischen Marktwirtschaft, der (Ent-) Kommerzialisierung von Care-Tätigkeiten und der zunehmenden Transnationalisierung von Arbeit und Politik sichtbar. Dabei werden zugleich neue Formen von Governance und Sozialstaatlichkeit deutlich, die sich in der Neuorganisation, Umstrukturierung und der Verlagerung von Verantwortung im Bereich der Care-Arbeit widerspiegeln. Dies äußert sich zum einen anhand von politischen Maßnahmen, Gesundheits- und Pflegereformen – wie bessere Arbeitsbedingungen –, Wertschätzung statt Geringschätzung und Sichtbarmachung von Care-Arbeit, aber andererseits auch durch die mögliche Reproduktion von neuen Ungleichheiten oder der Verfestigung bereits existierender Ungerechtigkeiten sowie dem Umstand, dass Sorgearbeit erst dann sichtbar wird, wenn sie nicht (mehr) ausreichend geleitet werden kann (vgl. Aulenbacher et al., 2018, S. 495ff; Riegraf, 2019, S. 764ff; Häußler, 2022, S. 75f.).

Care-Arbeit und die Organisation dieser unterliegen auch immer dem gesellschaftlichen Wandel – dem Zahn der Zeit – womit auch der Rahmen von Sorgearbeit stetig Veränderungen durchschreitet. So basiert (Für-)Sorgearbeit auf einer funktionalen Trennung von Arbeitsteilung, d.h., dass sie in unterschiedlichem Ausmaß an Zuständigkeit in den öffentlichen bzw. staatlichen oder den privaten Bereich fällt, damit auch entlohnt oder nicht entlohnt wird, und von Kategorien wie Klasse, Ethnizität und Geschlecht geprägt ist, welche Einfluss auf die Verteilung und die Bedingungen von Care-Arbeit nehmen. Diese Gliederung in öffentliche und private Sphäre wird im Rahmen der Entwicklung von einer ständisch-feudalen Gesellschaft zu einer kapitalistisch organisierten Industriegesellschaft vollzogen, die die Grenzen von „Privatleben“ und „Arbeitsleben“ in Bezug auf Care-Arbeit verschwimmen lässt. So wird Care-Arbeit zu einer am Markt gehandelten Dienstleistung, die industrialisiert, rationalisiert, ökonomischen Prinzipien unterworfen ist und im Zuge dessen auch unsichtbar gemacht wird. Denn nur Care-Arbeit, welche in öffentlicher Hand ist, ist sichtbar. Doch diese Ökonomisierung und die damit einhergehende, gewünschte Effizienzsteigerung in Bezug auf Leistung und Zeit führt zur Entfremdung zwischen pflegebedürftigen und pflegenden Personen, Qualitätsverlust und zusätzlichem Druck (vgl. Aulenbacher et al., 2018, S. 495ff; Riegraf, 2019, S. 765ff; Häußler, 2022, S. 68ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 4ff).

Die Transnationalisierung von Care-Arbeit ist nun aus geschichtlicher Perspektive keine Neuheit mehr. Von Dienstmädchen bis zu Au-pairs wurden regelmäßig Personen für die Sorgearbeit über Ländergrenzen geholt und angeworben. Die neueste Entwicklung ging mit der Beschäftigung von migrierten Care-Arbeiter*innen in Mittel- und Oberschichtshaushalten einkommensstarker Nationen und damit auch der „Entlastung“ von Frauen im Globalen Norden, welche erwerbstätig sind und wurden, einher. Dies führt jedoch gleichzeitig dazu, dass im Herkunftsland der migrierten Care-Arbeiter*innen Versorgungslücken entstehen und transnationale wie auch soziale Ungleichheiten verstärkt werden. Dennoch sind Länder, in denen staatliche Beteiligung an institutioneller Pflege und im Rahmen des Wohlfahrtssystems eher niedrig ausfielen – wie auch in Österreich –, von der Kommerzialisierung von Care-Arbeit anhängig, und haben daher auch schon lange Bestand. Solche Cash-for-Care-Politiken tragen dazu bei, einen besseren und flexibleren Zugang zu Pflegedienstleistungen zu schaffen und zu erhalten, was in einer Deregulierung und Umverteilung staatlicher Aufgaben resultiert (vgl. Aulenbacher et al., 2018, S. 499; Riegraf, 2019, S. 765ff; Häußler, 2022, S. 73ff).

Somit lässt sich zusammenfassen, dass Care-Arbeit eine für die Gesellschaft notwendige Arbeit ist, welche ein komplexes und vielseitiges Tätigkeitsfeld umfasst. Durch die neoliberale, intensivierte Globalisierung und die Überholung von etablierten Familienkonstruktionen, wird Sorgearbeit zunehmend herausfordernder in der Umsetzung. Aufgrund von verschiedenen Gegebenheiten, wie beispielsweise dem demografischen Wandel und die ansteigende Erwerbstätigkeit von Frauen, ist die Situation für die Gesellschaften des Globalen Norden nicht mehr tragbar, weshalb Care-Arbeit über Staatsgrenzen hinweg „ausgelagert“ und so zur international gehandelten Dienstleistung wird. Durch diese Transnationalisierung von Care wird zwar Sorgearbeit als staatliche bzw. institutionelle Pflege sichtbar gemacht, da sie hier als monetär produktive Arbeit angesehen wird; gleichzeitig werden aber auch Aspekte wie soziale Ungleichheiten, Unterbezahlung und prekäre Beschäftigungsverhältnisse deutlich. So wird der Großteil der Care-Arbeit von Frauen im privaten Haushalt verrichtet und bleibt daher bedauerlicherweise unsichtbar bzw. wird sie überhaupt erst durch die Nichtanerkennung und Geringschätzung als nicht wertschaffende Arbeit unsichtbar gemacht.

2.1.3. Synthese von Biopolitik und Care-Soziologie

Auf der einen Seite dieser unterschiedlichen theoretischen Ansätze steht Foucaults Biopolitik, die auf eine gezielte Steuerung und Effizienzsteigerung gesellschaftlicher Gesundheitsprozesse abzielt – unter anderem durch Gesundheits- und Pflegereformen – um Langlebigkeit zu fördern und sowohl gesundheitliche Risiken als auch Kosten zu verringern. Dies macht die gemeinschaftlich notwendige Care-Arbeit zu einem politischen Machtfeld sowie einem Werkzeug zur Administration und Nutzbarmachung der Bevölkerung. Diese abstrakte und nüchterne Sichtweise veranschaulicht, weshalb Biopolitik eine hilfreiche Herangehensweise an die Pflege Thematik darstellt. Sie illustriert allerdings auch, welche wesentlichen Aspekte der Sorgearbeit unbeachtet bleiben und unsichtbar gemacht werden. Care-Soziologie gibt die Möglichkeit, den foucaultschen Ansatz der Biopolitik zu erweitern, da sie jene „verborgenen“ – geschlechtliche, alltagspraktischen und emotionalen – Dimensionen der Care-Arbeit offenlegt und sie in ihrer Ganzheitlichkeit und Komplexität deutlich macht. Denn Sorgearbeit ist nicht neutral und bezieht sich nicht ausschließlich auf die Regulierung des Lebens. Sie stellt die gelebten Beziehungen, Arbeitsbedingungen und Verantwortung bzw. Zuständigkeit, welche damit einhergeht, sowie die Prekarität und gesellschaftliche Abwertung dar. So lässt sich Biopolitik durch Care-Soziologie verkörpern, vergeschlechtlichen und entsprechend gesellschaftlich verorten. Doch durch die Zusammenführung und das gemeinsame Denken von Care(-Arbeit) und Biopolitik tut sich ein Spannungsfeld auf, in dem sich die „präventive Pflege“ befindet. Denn dieselbe ergibt die Schnittstelle beider Denkrichtungen, da die Steuerung der Gesundheit durch präventive Maßnahmen und damit einhergehende Kostensenkung – aufgrund des Verbleibs daheim – gefördert wird. Gleichzeitig kann dies aber auch die Reproduktion sozialer Ungleichheiten verstärken, da Pflege auch immer eine Frage des (gerechten und gleichen) Zugangs ist. Zudem tragen beide Perspektiven zum Erkenntnisinteresse dieser Forschung bei, da sie die Ambivalenz der präventiven Pflege als gesellschaftlich, gewünschte Hilfestellung und (individuelle) Ermächtigung im Gegensatz zur möglichen (verdeckten) Verantwortungsverschiebung von öffentlichen in privaten Bereich darstellt.

Da nun die Zusammenführung von Care-Soziologie und Biopolitik sowie das daraus resultierende Spannungsfeld, in dem sich die präventive Pflege bewegt, als Grundlage dieser Forschung erörtert wurde, folgt nun die Analyse der (bio-)politischen Umsetzung im Rahmen von Gesundheits- und Pflegereformen in der österreichischen Pflegelandschaft.

2.2. *Neoliberale Biopolitik, Austerität und der demografische Wandel in Österreich*

In diesem Kapitel werden zunächst die Begrifflichkeiten des Neoliberalismus, neoliberalen Biopolitik im Vergleich zu der von Foucault beschriebenen wohlfahrtsstaatlichen Biopolitik sowie der Austeritätspolitik erläutert. Hier sei angemerkt, dass Neoliberalismus und Austeritätspolitik – wie in diesem Kapitel deutlich wird – oftmals zusammen in Erscheinung treten und in der Praxis ineinandergreifen. Dennoch sind sie nicht als Synonyme zu verstehen. Anschließend erfolgt die Diskussion aktueller, im Gange befindlicher neoliberaler Biopolitiken in Österreich, mit besonderem Fokus auf ausgewählte, einschneidende Gesundheits- und Pflegereformen sowie dem demografischen Wandel vor dem Hintergrund der bereits erwähnten Austeritätspolitik.

2.2.1. Begrifflichkeiten: Neoliberalismus, neoliberale Biopolitiken und Austerität

Neoliberalismus ist eine Ideologie, welche seit den 1980er Jahren international signifikanten Einfluss auf Politik, Gesellschaft und Wirtschaft ausübt und als äußerst anpassungsfähig gilt. Im Zentrum steht der freie, selbstregulierende Markt, der sich jeder staatlichen Kontrolle entzieht und als entscheidendes Organ für den (globalen) Handel von materiellen und immateriellen Gütern fungiert.⁴ Auch die Forderung nach Privatisierung öffentlicher Daseinsvorsorge – staatlicher Grundversorgung – unter anderem in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Bildung, und der (globale) Wettbewerb vor dem Hintergrund des (Wirtschafts-)Wachstums sind fundamentale Bestandteile dieses Leitbilds. Einhergehend mit dem Rückzug des Staates, findet eine Verschiebung von Verantwortung statt, weg vom Staat und hin zur Bevölkerung bzw. zum (einzelnen) Individuum als autarker und rationaler Schmied des eigenen Glücks und des gemeinschaftlichen Wohlstandes. Diese Auslagerung von Verantwortung unterscheidet die neoliberale Biopolitik von Foucaults „klassischer“ Biopolitik markant. So sieht *neoliberale Biopolitik* die Rolle des Staates als rahmend an, während die Verantwortlichkeit beim Individuum selbst liegt. Damit steht sie im Gegensatz zur foucaultschen Auffassung der Biopolitik, welche Verantwortung – direkte Kontrolle und Regulierung der Bevölkerung – klar beim Staat sieht. Trotz dieser Verlagerung von staatlicher Steuerung zur individuellen Verantwortung über das eigene Leben bzw. Selbststeuerung, bleibt das Ziel der Biopolitik bestehen, den Tod durch Optimierung des Lebens hinauszuzögern, und nachhaltig

⁴ Hier lassen sich Aspekte der Care-Soziologie aus dem vorherigen Kapitel wieder aufgreifen, insbesondere die Kommerzialisierung und Kommodifizierung von Care-Arbeit in einem transnationalen Setting, sprich Care-Arbeit wird als Dienstleistung auf dem Weltmarkt gehandelt.

Gesundheit und damit einhergehend Produktivität zu steigern, während gleichzeitig Kosten klein gehalten werden (vgl. Ther, 2017, S. 125ff; Mavelli, 2017, S. 489ff).

Durch die Forderung der Liberalisierung der Finanzmärkte war der Neoliberalismus auch maßgeblich beteiligt an der (globalen) Finanzkrise von 2008/2009, ausgelöst durch das Platzen der Immobilienblase (2007) in den Vereinigten Staaten und dem Zusammenbruch der Banken, national wie international. Die (europäischen) Staaten – darunter auch Österreich – reagierten auf dieses einschneidende Ereignis mit Austeritätspolitik. *Austerität* als Begriff bezeichnet im Allgemeinen „Sparsamkeit“ oder „Disziplin“. Da es kein universell gültiges Verständnis des Austeritätsbegriffs gibt, wird er – je nach Fachbereich und Feld – mannigfaltig genutzt. Aus wirtschaftlicher Perspektive geht damit eine strenge Haushaltspolitik, bestehend aus ökonomischen und finanzpolitischen (Spar-)Maßnahmen, einher, welche Schuldenbegrenzung und einen ausgeglichenen Staatshaushalt zum Ziel hat, um schlussendlich für einen wirtschaftlichen Aufschwung zu sorgen. Somit lässt sich Austerität als eine Form von *gewollter Deflation* – Ankurbelung der Kaufkraft – verstehen, bei der eine Kürzung von Sozialausgaben – beispielsweise im Gesundheits- und Pflegebereich – Senkung von Löhnen und Preisen zur Wiederherstellung der Wettbewerbsfähigkeit führen soll (vgl. Gründler & Potrafke, 2019, S. 1f.; Stuckler et al., 2017, S. 18ff; Blyth, 2013, S. 51f.; Ther, 2017, S. 125ff; Mavelli, 2017, S. 489ff).

Diese Budgetkürzungen und Sparmaßnahmen sowie die Auslagerung von Zuständigkeit bzw. Verantwortung aufgrund von neoliberaler Biopolitik hatten – und haben auch weiterhin – erheblichen Einfluss auf die Gesundheits- und Pflegepolitik in Österreich. Daher wird im Folgenden anhand ausgewählter, aktueller Beispiele die neoliberale Biopolitik im Gesundheits- und Pflegebereich vor dem Hintergrund der Austeritätspolitik in Österreich diskutiert.

2.2.2. Neoliberale Biopolitiken und Austerität anhand von Beispielen im Gesundheits- und Pflegebereich

Die zuvor herausgearbeiteten Definitionen und politischen Gegebenheiten, welche in Österreich vorherrschen, bilden die Grundlage für die folgende Diskussion aktueller, prägender und aufeinander beziehende Gesundheits- und Pflegereformen in der österreichischen Pflegelandschaft.

Die 2018 im Nationalrat beschlossene *Zusammenführung der Sozialversicherungsträger* mittels des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes (SV-OG) bezeichnet den Anfang

der gegenwärtigen Debatte über maßgebliche Gesundheits- und Pflegereformen in Österreich. Im Zuge dessen wurde eine Reduktion der österreichischen Sozialversicherungsträger von 21 auf fünf vollzogen. Hierbei waren größtenteils die bundesländereigenen Gebietskrankenkassen (GKK) betroffen, welche zur Österreichischen Gesundheitskassa (ÖGK) zusammengefasst wurden, und nun durch einen „verschlankten“ Dachverband anstelle eines Hauptverbands dirigiert werden. Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) blieben bestehen, wobei die AUVA einige Sparaufgaben zu erfüllen hatte. Man erhoffte sich von dieser Zusammenführung eine (Leistungs-) Harmonisierung, Effizienz- und Effektivitätssteigerung sowie Einsparungen durch die Reduktion des Verwaltungsaufwands des Personals und Sachaufwands in Milliardenhöhe. Anstelle solcher Ersparnis wurde anhand von Prognosen des Rechnungshofs im Jahr 2022 bereits ein Mehraufwand in Millionenhöhe verzeichnet. Man vermutet, dass die tatsächliche Aufwendung in einem noch wesentlich höheren Bereich liegt, da nicht alle Aufwendungen (vollständig) inkludiert wurden (vgl. Parlament der Republik Österreich, 2018; Rechnungshof, 2022, S. 9ff).

Diese Reform ist ein repräsentatives Beispiel für die Auswirkung von Austeritätspolitik auf Gesundheit und Pflege in Österreich. Das Konzept einer Zusammenführung wurde unter der Vorgabe einer (drastischen) Ersparnis und „Verschlankung“ umgesetzt. Aufgrund der Unvollständigkeit und Lückenhaftigkeit in der Dokumentation der tatsächlichen Ausgaben – und damit einhergehend auch der realistischen Einsparungsmöglichkeiten – hatte diese Strukturreform bedauerlicherweise den genau gegenteiligen (finanziellen) Effekt. Bezüglich der Leistungsharmonisierung und der Verbesserungen für die Versicherten gab der österreichische Rechnungshof hingegen positive Tendenzen an (vgl. Rechnungshof, 2022, S. 9ff).

Die Abschaffung des *Pflegeregresses* bzw. *Eigenregresses* – ebenfalls 2018 umgesetzt – war eine weitere äußerst signifikante Veränderung in der Pflege Österreichs, die vorrangig für die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen vorteilhaft war. Durch das Verbot des *Pflegeregresses* wird verhindert, dass zur Finanzierung von Pflege und Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung auf das private Vermögen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zurückgegriffen wird (vgl. BMSGPK, 2023, S. 35; Firgo & Famira-Mühlberger, 2020, S. 479ff).

Diese Maßnahme wurde von der Bevölkerung als überwiegend positiv wahrgenommen, denn so konnten sich nun auch weniger einkommensstarke Familien professionelle Pflege leisten. Durch den Wegfall des Pflegeregresses blieb das vorhandene Vermögen erhalten, wodurch die finanzielle Belastung im Pflegefall deutlich reduziert wurde. Zugleich führte die dadurch entstandene erhöhte Nachfrage nach stationärer Pflege zu einem politischen Handlungsdruck, das öffentliche Pflegeangebot zu erweitern. Allerdings traten mit der Abschaffung des Regresses auch neue Herausforderungen auf. So wurde die Finanzierung der Pflege ab diesem Zeitpunkt überwiegend mittels Pflegegeldes oder durch das eigene Einkommen bewerkstelligt. Doch Pflege ist oftmals kostspielig, was die Problematik der Kostendeckung für die Pflegebedürftigen und ihre Familien neuerlich aufkommen ließ. Dies machte die Leistbarkeit und die entsprechend zeitnahe Verfügbarkeit von Pflege auf andere Weise herausfordernd. Auch durch die prompte Umsetzung dieses Verbots wurden keine hinreichenden Übergangs- oder Alternativlösungen erarbeitet, um diese nun fehlenden finanziellen „Einnahmen“ zielführend zu ersetzen bzw. anderweitig abzudecken. Mittlerweile wurde der Pflegefonds, auf welchen im Folgenden näher eingegangen wird, aufgestockt und als finanzielle Stelle für den Entfall von geldlichen Mitteln aufgrund des Regresses betraut. Schlussendlich wurden aufgrund des Wegfalls des Regresses aber auch unvollständig ausgearbeiteter Alternativen und Übergangslösungen sowie aufgrund des Ausbaus öffentlicher Pflege Mehrkosten verursacht, welche von den Ländern und Gemeinden getragen werden müssen (vgl. Firgo & Famira-Mühlberger, 2020, S. 479ff; Rappold & Juraszovich, 2019, S. 22; Leitner, 2013, S. 85ff). Anhand dieser Neuerung lässt sich neoliberale Biopolitik besonders gut festmachen. Denn dem Pflegeplatzmangel und dem unzureichenden Systemausbau wurde mit finanzieller Unterstützung Von Seiten des Staates an die Bevölkerung – Pflegebedürftige und Angehörige – beispielweise mittels Pflegegeldes oder Angehörigenbonus entgegengewirkt. Damit sollten die Familien dazu motiviert werden, Pflege in der häuslichen Umgebung zu bewerkstelligen, und so das System zu entlasten. Dies zeigt eine klare Verschiebung von Verantwortung hin zur Bevölkerung – neoliberale Biopolitik – und ebenso zu den tief verwurzelten expliziten Familialismus in Österreich.

Der *Pflegefonds*, der aufgrund der Umstände maßgeblich mit dem Pflegeregress in Verbindung steht, wurde 2011 als befristeter Verwaltungsfonds eingerichtet und bis zum Jahr 2026 verlängert. Durch Zweckzuschüsse sollen die wachsenden Kosten und der bedarfsgerechte Ausbau, Aufbau und Erhalt von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in den Bundesländern und Gemeinden Österreichs sichergestellt werden. Dabei sei erwähnt,

dass der Pflegefonds nicht die alleinige zentrale Anlauf-, Koordinations- und Finanzierungsstelle für jegliche Pflegeleistungen darstellt. Die Verwaltung dieses Fonds obliegt dem/der Bundesminister*in für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem/der Bundesfinanzminister*in. Über die Zeit hinweg und aufgrund verschiedener (Weiter-)Entwicklungen, Änderungen – wie die Abschaffung des Pflegeregresses – und anderer Neuerungen musste der Pflegefonds weitere Pflichten bzw. Zuständigkeiten übernehmen. Die Verteilung der Gelder erfolgt anhand eines am Bevölkerungsschlüssel errechneten Fixbetrags für die jeweiligen Bundesländer, der aus dem allgemeinen Bundeshaushalt zur Finanzierung der Pflege geschöpft wird und zugleich als Kompensation entfallener „Regress-Einnahmen“ dient (vgl. Famira-Mühlberger & Trukeschitz 2023, S. 863; BMSGPK, 2023, S. 29).

Der Pflegefonds stellt einen „Geldtopf“ mit einer auf das Jahr 2026 befristeten Finanzierung dar, dessen finanzielle Mittel ebenfalls begrenzt sind. Mithilfe dieses Fonds sollen zahlreiche Bereiche finanziert werden, von der Schließung finanzieller Lücken, unter anderem verursacht durch die Abschaffung des Pflegeregresses, über den pflegesystematischen Ausbau und den Erhalt bestehender Betreuungs- und Pflegeleistungen bis hin zur Weiterentwicklung und Umsetzung neuer Projekte. Aufgrund der Vielzahl an Bereichen, die mit diesen Mitteln abzudecken sind, während gleichzeitig die Qualität der Pflege aufrechterhalten oder sogar verbessert werden soll, scheint dies jedoch nur eine notdürftige Übergangslösung zu sein. Denn anstelle einer strukturellen Reform wurde auch hier wieder eine (begrenzte) Finanzierung genutzt, um die Bringschuld des Staates zu tilgen, und auf diese Weise die (nachhaltige) Lösungsfindung – unter anderem an die Bundesländer und Gemeinden – „auszulagern“. Dies lässt auf eine neoliberale Biopolitik schließen. Zugleich könnte dieses Vorgehen ebenso als Ausdruck des österreichischen Föderalismus verstanden werden. Zudem sind die Kosten der begrenzten Finanzierung wahrscheinlich deutlich geringer als jene Mittel, die erforderlich wären, um die öffentliche Pflege bedarfsgerecht aufzustocken und auszubauen. Damit würde erneut eine austeritäre Politik betrieben werden.

Die *Pflegereformpakete* I–III – als aktuellste der vier Beispielreformen – erstreckten sich vom Zeitraum 2022 bis 2024 und beinhalteten insgesamt rund 45 Maßnahmen für in der Pflege Beschäftigten, für Auszubildende, für die 24-Stunden-Betreuung, für Pflegebedürftige und für (pflegende) Angehörige. Ein beträchtlicher Anteil dieser Maßnahmen sind finanzieller Natur, beispielsweise in Form von finanzieller Absicherung

während der Ausbildung, Entgeltzuschüsse oder der Angehörigenbonus, und das verbesserte Pflegekarenzgeld für pflegende Angehörige. Auch Kompetenzerweiterung und -steigerung von (angehenden) Pflegekräften und (pflegenden) Angehörigen, zum Beispiel durch Weiterbildungen oder Kurse sowie Aufstockung der Ausbildungsplätze und Stipendien und schnellere, gelockerte Nostrifikationsverfahren für ausländische Pflegekräfte sind Teil dieser Reformpakete. Außerdem wurden Beratungs- und Entlastungsangebote ausgeweitet oder eingeführt, wie die Ausweitung der Angehörigengespräche oder die Einführung von Ersatzpflege – diese lässt sich als Urlaubs- oder Krankenstandsvertretung für pflegende Angehörige verstehen. Ebenfalls stehen die Imageaufbesserung, Jobattraktivierung und Wertschätzung im Fokus dieser Reformen (vgl. BMSGPK, 2023, S. 14ff; BMSGPK, 2024, S. 8ff).

Deutlich erkennbar ist ein Wandel in Bezug auf den Inhalt der Reformen. Nun liegt der Fokus nicht mehr ausschließlich auf finanzieller Unterstützung, sondern vermehrt auch auf wichtigen Themen wie Wertschätzung und die generelle Attraktivierung des Pflegeberufs, um dem steigenden Pflegekräftebedarf durch eine Aufstockung des Personals zu begegnen. Dies könnte auf einen Ansatz von Defamilialisierung hindeuten und tatsächlich eine (positive) Veränderungen mit sich bringen. Dennoch werden auch bei diesen neuerlichen Maßnahmen finanzielle Beihilfen, Zuschüsse und Förderungen, vor allem für pflegende Angehörige, welche in der häuslichen Umgebung – meist mithilfe von mobilen Pflegediensten – pflegen, in den Vordergrund gerückt und besonders hervorgehoben. Dies drückt jedoch vielmehr eine weitere Bestärkung des Familialismus und damit ebenso die Verlagerung der Verantwortung auf Individuen und Familien aus. Trotz der angestrebten Wertschätzung und damit auch der Jobattraktivierung sind fundamentale berufliche Bedingungen nahezu unverändert geblieben. In den Reformpaketen wurden weder eine signifikante Veränderung des Entgelts – abgesehen von (kleinen) Gehaltszuschüssen für alle Berufsgruppen außer Heimhilfen – noch maßgebliche Verbesserungen in Bezug auf Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnisse in Angriff genommen. Stattdessen sind Erweiterungen der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche für alle Berufsgruppen in der Pflege vorgesehen. Damit zeigt sich deutlich, dass auch diese Neuerungen, trotz des Anspruchs auf Verbesserung und Innovation, wieder auf neoliberale Biopolitik in Form von Kompetenz- und Verantwortungsauslagerung an Familien und Angehörige zurückgreifen und Sparmaßnahmen im Sinne von Kompetenzerweiterungen für Pflegekräfte bei nahezu unverändertem Entgelt beinhalten.

Zusammenfassend sind sowohl positive als auch negative Veränderungen festzustellen. Der Verschrankungs- und Effizienzgedanke – wenn auch nicht grundsätzlich negativ zu konnotieren – wurde nicht konsequent zu Ende gedacht und ausgearbeitet, weshalb die Strategien zur Kostenersparnis in den meisten genannten Reformfällen eher erfolglos blieben. Die Ansätze zur Besserung der Bedingungen für Pflegepersonal und Angehörige sind positiv hervorzuheben, allerdings sind sie mit Vorsicht zu betrachten, da unklar ist, inwiefern sie (zielführend) umsetzbar sind, und ob nicht auch eine weitere Agenda, beispielsweise die Verantwortungsverschiebung durch die Stärkung der innerfamiliären Pflege, verfolgt wird. Diese Praxis von Austeritätspolitik und neoliberaler Biopolitik findet sich nicht nur in der Gesundheits- und Pflegepolitik sowie den darin getroffenen Maßnahmen wieder, sondern steht auch in engem Zusammenhang mit dem Thema des folgenden Abschnitts, dem demografischen Wandel.

2.2.3. Der demografische und gesellschaftliche Wandel als biopolitischer Diskurs

Nachdem die Einbettung von Gesundheits- und Pflegereformen in der neoliberalen Biopolitik und Austeritätspolitik Österreichs herausgearbeitet wurde, soll ein weiteres bedeutsames und prägendes Element für die Zukunft der Pflegelandschaft Österreichs – der „demografische Wandel“ – nicht nur als rein statistischer Umstand, sondern als diskursives Werkzeug zur Legitimation von politischen Maßnahmen und Entscheidungen erörtert werden. Da Altern in der Gesellschaft allerdings unvermeidlich ist, soll ebenso der strukturelle Aspekt – der gesellschaftliche Wandel –, welcher ebenfalls in engem Bezug zum Pflegebedarf steht, herangezogen werden.

Somit setzt sich dieser Abschnitt mit den Entwicklungen aus demografischer und gesellschaftlicher Perspektive auseinander. Zuerst werden anhand von statistischen Schätzungen und Angaben im Zuge einer Bedarfsprognose aus dem Jahr 2019 die aktuelle und zukünftige Situation in Bezug auf den Pflegebedarf sowie gesellschaftliche Entwicklungen in Bezug auf die Pflege in Österreich erörtert. Anschließend werden diese Ausführungen vor dem Hintergrund der zuvor herausgearbeiteten neoliberalen Biopolitik und der Austeritätspolitik in Österreich diskutiert.

Der sich abzeichnende „demografische Wandel“ im Globalen Norden, der auch in Österreich Einzug gehalten hat, wird von diversen demografischen, aber auch gesellschaftlichen und politischen Umständen geprägt. So sind die Altersstruktur sowie die Geburten- und Sterberate maßgeblich Indikatoren für den Trend der Bevölkerungsentwicklung und das Ausmaß des Pflegebedarfs sowie des ausreichenden

qualifizierten Pflegepersonals. Aufgrund der durchaus erfreulichen höheren Lebenserwartung und der rasanten Zunahme älterer und hochbetagten Menschen – insbesondere der Babyboomer-Generation – steigt auch die Multimorbidität, das gleichzeitige Vorhandensein von mehreren, chronischen Erkrankungen bei einer Person – besonders im höheren Alter. Damit einher geht eine komplexere und stetig anwachsende Pflegebedürftigkeit. Dies verursacht ein Ungleichgewicht in der nationalen Altersverteilung mit dem Trend zur Überalterung. Aus gesellschaftlicher Perspektive verändern sich auch die (Wert-)Vorstellungen und Erwartungshaltungen der Bevölkerung hinsichtlich Pflegeleistungen und -angeboten. Dieser Umstand wird – unter anderem – durch den Rückgang innerfamiliärer, informeller Betreuungsressourcen, beispielsweise aufgrund einer höheren Frauenerwerbstätigkeit, einer sinkenden Geburtenrate, höherer Scheidungsraten und der steigenden Anzahl an Einzelhaushalten, verstärkt. Zudem führt das steigende Alter von Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes aufgrund von (Aus-)Bildung und Berufstätigkeit sowie veränderten Wertvorstellungen zu intergenerationell höheren Altersunterschieden. Dies hat einen Rückgang, der informellen Pflege zur Folge, da die Kinder noch im erwerbstätigen Alter sind, wenn die Eltern das pflegebedürftige Alter erreichen und Unterstützung benötigen. Das stellt die Pflege und den Pflegeberuf vor signifikante Herausforderungen und Versorgungsengpässe, da einerseits der Bedarf an qualitativ hochwertiger qualifizierter Betreuung und Pflege ansteigt, während andererseits die Zahl der jüngeren Menschen, welche den Pflegeberuf ergreifen und ausüben wollen, weit geringer ausfällt, als dies für den Pflegebedarf angemessen erscheint (vgl. Rappold und Juraszovich, 2019, S. 3ff; Famira-Mühlberger & Trukeschitz, 2023, S. 858ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 3ff; Famira-Mühlberger, 2023, S. 1ff).

Laut der Pflegepersonal-Bedarfsprognose von Rappold & Juraszovich (2019, S. 4ff) waren im Jahr 2017 rund 127.000 Betreuungs- und Pflegepersonen im Langzeit- und akutstationären Pflegebereich beschäftigt. Zirka 60 Prozent von ihnen sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, 31 Prozent sind Pflege(fach)assistent*innen und die übrigen neun Prozent sind Heimhilfen. Mehr als ein Drittel des Pflegepersonals ist 50 Jahre alt oder älter, was bedeutet, dass ein Großteil dieser Beschäftigten bis 2030 das Pensionsalter erreichen wird, sofern das Regelpensionsalter weiterhin bei zirka 60 Jahren bleibt. (Seit Jänner 2024 wird das Regelpensionsalter der Frauen sukzessive auf 65 Jahre angehoben, um es an das der Männer anzugleichen.) Die dadurch entstehenden unbesetzten Stellen erfordern eine Nachbesetzung, was einem Personalbedarf von rund 42.000 Personen entspricht. Aufgrund der bereits erwähnten steigenden Überalterung und

gesellschaftlichen Veränderungen sowie aufgrund des geplanten Ausbaus der mobilen Pflegedienste wird ein Zusatzbedarf von rund 34.000 Personen prognostiziert. Der Gesamtbedarf in der Pflege – bestehend aus Ersatz- und Zusatzbedarf – wird für den Zeitraum von 2017 bis 2030 auf insgesamt rund 76.000 Personen geschätzt. Dies entspricht einem jährlichen Mehrbedarf von etwa 3.900 bis 6.700 Pflegekräften, abhängig von den demografischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen. Im Gegensatz dazu ist ein Rückgang der Schüler*innen – und Absolvent*innenzahlen in den Pflegeberufen zu verzeichnen, was nicht zuletzt den Arbeits- und Entgeltbedingungen sowie den bestehenden Beschäftigungsverhältnissen geschuldet ist (vgl. Rappold & Juraszovich, 2019, S. 3ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 3ff)

Um dieser prognostizierten Bevölkerungsentwicklung sowie den Versorgungsengpässen und Pflegelücken Herr zu werden, müssten demnach bis 2030 rund 76.000 neue Pflegekräfte in der Pflege tätig werden. Dieser hohe Bedarf geht jedoch nicht allein auf die alternde Gesellschaft oder die herausgearbeiteten, gesellschaftlichen Entwicklungen zurück. Vielmehr zeigen diese statistischen Schätzungen deutlich die drastischen Auswirkungen einer strengen Sparpolitik, wie sie seit 2008/2009 in Österreich betrieben wird. Einsparungen betreffen meist den gesellschaftlich unabdingbaren Sozialbereich, insbesondere Bildung, Gesundheit und Pflege, und führen im Pflegeberuf zu Mängeln und Unterbesetzung an Personal. Das hat wiederum eine chronische Überlastung der Pflegekräfte – psychisch wie körperlich – zur Folge und führt, je nach Bereich, zu einer hohen Fluktuation. Schlechte Arbeitsbedingungen, ein zunehmend negatives Image und die Prekarität des Pflegeberufs erschweren das Anwerben neuer Arbeitskräfte für diese gesellschaftlich fundamentale Tätigkeit zusätzlich. Zudem widerspricht diese Situation der von Foucault beschriebenen Biopolitik, die die Regulierung und Optimierung des Lebens zum Ziel hat, um Langlebigkeit und nachhaltige Produktivität der Bevölkerung bei gleichzeitig geringen Kosten zu fördern. Stattdessen sind die Pflegekräfte vor dem Pensionsalter bereits weniger leistungsfähig oder gar arbeitsunfähig, und die pflegebedürftigen Personen erhalten keine qualitativ hochwertige Pflege. Der Preis für die im Zuge effizienter, „verschlankender“ Reformen erzielten Ersparnisse war zu hoch, da sie in vielen Fällen langfristig zu Mehrkosten führten.

Um eine Verbesserung dieser Situation herbeizuführen, wurden die Pflegereformpakete I–III eingeführt. Diese Maßnahmen sollen bestehende Missstände im Pflegeberuf durch eine umfassende Jobattraktivierung bekämpfen, etwa mittels besser (Arbeits-)Bedingungen und

Bezahlung, mehr Wertschätzung, finanzielle Unterstützung während der Ausbildung zur Pflegekraft sowie das Gewinnen zusätzlicher Personen für den Pflegeberuf. Auch andere Maßnahmen wie der Angehörigenbonus, das Pflegekarenzgeld und die Abschaffung des Pflegeregresses sollen der Entlastung und Unterstützung sowohl der Familien und Angehörigen von Pflegebedürftigen als auch der Betroffenen selbst dienen. Diese Vorhaben, welche grundsätzlich die anvisierte Verbesserung versprechen, wären vollständig und angemessen umzusetzen. Doch lassen sich die Maßnahmen nicht ausschließlich als Ausdruck staatlicher Fürsorge begreifen. Sie sind – in foucaultscher Terminologie – auch als biopolitische „Techniken“ zu verstehen, die der Aufrechterhaltung des bestehenden Status quo in der Pflege sowie der (effizienten) Steuerung der Bevölkerung im Sinne neoliberaler Biopolitik und austeritätspolitischer Einsparungen dienen. Tatsächlich bleibt der österreichische Staat maßgeblich auf den hohen Anteil an informeller, häuslicher Betreuung angewiesen, da das System der Pflege strukturell nicht auf den öffentlichen Bereich ausgelegt wurde. Demnach ist auch keine hinreichende Finanzierung für einen breit ausgebauten Sektor öffentlicher Pflege gegeben. Die Austeritätspolitik wurde in Österreich über einen langen Zeitraum hinweg praktiziert und ist tief in den politischen und ökonomischen Strukturen verankert. Der mit dem EU-Beitritt einhergehende neoliberale und in weiterer Folge austeritätspolitische Ansatz transformiert das ursprünglich „familialistische“ österreichische Wohlfahrtssystem, indem familiäre Care-Arbeit zunehmend als Mittel zur Entlastung des Staates herangezogen und im Zuge dessen kommodifiziert wird.

Nichtsdestotrotz sind Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention wichtige Werkzeuge für ein möglichst langes gesundes Leben, verbunden mit der Möglichkeit des Verbleibs in der häuslichen Umgebung. Die Verlängerung der Selbstständigkeit und die Verzögerung bzw., wenn machbar, die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und institutioneller Pflege werden auch von den meisten älteren Menschen selbst angestrebt. Andererseits dienen entsprechende Maßnahmen auch als Verantwortungsverlagerung und gleichzeitige Bestärkung des verankerten Familialismus im Sinne der neoliberalen Biopolitik, da der Staat bzw. die Regierung den Rahmen für die Pflege durch finanzielle Unterstützung (vor-)gibt, während die tatsächliche Pflege von (zumeist) weiblichen Angehörigen mit oder ohne zusätzliche Unterstützung durch mobile Pflegedienste geleistet wird. Auch die Austeritätspolitik spiegelt sich hier deutlich wider, da die finanzielle Förderung für die Pflege im häuslichen Umfeld (langfristig) kostengünstiger ist als komplexe institutionelle Pflege in einer öffentlichen Einrichtung, und deren Ausbau.

Auch in diesem Kontext zeigt sich deutlich das Spannungsverhältnis zwischen staatlicher und individueller Pflegeverantwortung, in dem die präventive Pflege verortet ist. Nachdem im vorliegenden Abschnitt die staatliche Perspektive ausführlich herausgearbeitet wurde, wird im nächsten Kapitel die individuelle Dimension im Rahmen des antiken Konzepts der Selbstsorge in foucaultscher Auslegung genauer beleuchtet.

2.3. Selbstsorge als tradiertes Konzept

Das antike Konzept der Selbstsorge aus der Perspektive Foucaults nimmt eine zentrale Rolle in der vorliegenden Forschungsarbeit ein. Denn die Selbstsorge erlaubt es, das Spannungsfeld, in dem sich die präventive Pflege zum momentanen Zeitpunkt befindet, theoretisch aufzuarbeiten. Daher wird zunächst die Selbstsorge definiert und ihre konzeptionelle Entwicklung dargestellt. Anschließend werden die möglichen Lesearten dieser Konzeption erörtert und schlussendlich anhand eines praktischen Beispiels – der Mobilisierung im Alter – diskutiert.

2.3.1. Selbstsorge: Definition und Entwicklung

Das Konzept der Selbstsorge bzw. *Epimeleia heautou* – altgriechisch für „die Sorge um sich (selbst)“ – sowie dessen Ausprägungen und Interpretationen sind in der gesamten griechischen Antike in unterschiedlicher Gewichtung vertreten (vgl. Foucault, 2009, S. 98; Gödde & Zirfas, 2018, S. 322). Die Redewendung „Man muß [sic] sich um sich selbst sorgen“ (Foucault, 2009, S. 53) verbindet sich mit dem Aufruf zur (individuellen) Selbsterkenntnis sowie dem Gebot „Erkenne dich selbst“, *gnothi seauton* (vgl. Foucault, 2009, S. 16f., 98, 599; Reichenbach, 2000, S. 178ff; Gödde & Zirfas, 2018, S. 322ff). Die Selbstsorge wird mithilfe unterschiedlicher Begriffe umschrieben, wie „sich um sich selbst sorgen“, „sich pflegen“, „sich um sich selbst kümmern“ und „sich selbst Aufmerksamkeit zukommen lassen“. So galt „die Sorge um sich“ als eine hoch angesehene Lebensweise, welche als eine Sammlung von Haltungen, Handlungsweisen und Praktiken gegenüber sich selbst und anderen definiert werden kann. Diese Praktiken beziehen sich nicht nur auf den Körper, sondern ebenso auf die Seele (vgl. Foucault, 2009, S. 16, 26f., 70, 79, 602; Foucault, 2023b, S. 69). Die Selbstsorge war sowohl in der römisch-griechischen Antike und im Hellenismus als auch in der christlichen Askese⁵ verankert (vgl. Foucault, 2009, S. 26).

⁵ Christliche Askese bezeichnet eine oder mehrere an sich selbst ausgeführte Übungen, die aus religiösen Motiven erfolgen und der Selbstbildung dienen. (vgl. Foucault, *Hermeneutik des Subjekts.*, S. 387, 607)

Dieser Ansatz der „Sorge um sich“ erlebte laut Foucault seine Blütezeit in der Epoche, die sich zwischen der römischen Stoa ab etwa 300 vor unserer Zeitrechnung (v.u.Z.) und der Herrschaft Mark Aurels (161–180) kurz vor der Verbreitung des Christentums einordnen lässt (vgl. Foucault, 2009, S. 111f.). In Platons Werk „Die Apologie des Sokrates“ findet sich zum ersten Mal die Formulierung der Selbstsorge (vgl. Foucault, 2009, S. 599; Reichenbach, 2000, S. 178ff). Der bekannteste Ausgangspunkt des Konzepts ist Platons Dialog „Alkibiades“. Darin wird die „Sorge um sich“ in Zusammenhang mit Politik, Erziehung und Selbsterkenntnis behandelt (vgl. Foucault, 2009, S. 602; Reichenbach, 2000, S. 178ff).

In der Antike galt die „Sorge um sich selbst“ als ein gesellschaftliches, soziales und wirtschaftliches Privileg. Allerdings wurde von jenen Privilegierten erwartet, dass sie ihrer moralischen Pflicht gegenüber der Polis und ihren Bewohner*innen nachkommen, wobei Selbstsorge als Voraussetzung „guten Regierens“ angesehen wurde (vgl. Foucault, 2009, S. 54, 60, 103, 223f., 601f.). Je nach philosophischer Denkrichtung wurde empfohlen, Selbstsorge in jungen Jahren oder im reifen Alter zu praktizieren (vgl. Foucault, 2009, S. 106, 602f.). Im ersten und zweiten Jahrhundert wird die „Sorge um sich“ häufig in Form praktischer Übungen und pädagogischen Beziehungen angewendet, basierend auf der Vorstellung, dass das Subjekt eines Gegenübers bedarf, um sich selbst zu reflektieren und verändern zu können. Dabei stand nicht das sich selbst bildende Individuum, sondern Selbstsorge als gemeinschaftliches Gut im Vordergrund. Allerdings verschwand diese Art der „Sorge um sich“ im Zuge der Transformation damaliger hegemonialer Moral allmählich (vgl. Foucault, 2009, S. 86, 117, 605; Reichenbach, 2000, S. 178ff; Foucault, 2023b, S. 91f.; Posselt, 2022, S. 123).

Folglich etabliert sich eine Idee der Selbstsorge, die ein entgegengesetztes Ziel verfolgt. Die „Sorge um sich“ entwickelt sich weg von der „Sorge um die anderen“ als Bedingung für politische Verantwortung über die Polis und ihre Bewohner*innen und einer Praxis als gemeinschaftliches Gut hin zu einem allgemeinen, universellen Grundsatz, der für jedes Individuum gültig und verbindlich ist (vgl. Foucault, 2009, S. 60, 148f., 223; Reichenbach, 2000, S. 178ff). Es vollzog sich demnach eine Umkehr der Selbstsorge zu einer eigenständigen, vielseitig einsetzbaren Praktik, einer „Umkehr zu sich selbst“, wie Foucault es nennt, mit dem Selbst als Zweck (Foucault, 2009, S. 309). Diese Beziehung ist einzig auf das Selbst angewiesen und übt daher – ohne jegliche Einschränkungen –

ausschließlich Macht über sich selbst aus (vgl. Foucault, 2009, S. 117; Foucault, 2023b, S. 90ff).

Diese Universalisierung der neuen Konzeption der Selbstsorge zeigt sich deutlich anhand zweier Aspekte: Zum einen beschränkt sich die geeignete Lebensphase zum Praktizieren der „Sorge um sich (selbst)“ nicht mehr auf die Adoleszenz (Erziehung) oder das reife Alter (Erlangen von Weisheit) – diese gilt nun als lebenslange Aufgabe, da die Sorge um die Seele in jedem Lebensabschnitt von Bedeutung ist. Zum anderen wurde die Selbstsorge als Privileg einiger weniger, wie es in der griechischen und römischen Kultur verankert war, auf alle Individuen, ungeachtet Geburt und sozialem Stand, als bedingungsloses Prinzip ausgeweitet (vgl. Foucault, 2009, S. 117ff, 150f., 165, 308f.; Posselt, 2022, S. 123). Aufgrund dieser Transformation konnte die „Sorge um sich“ nicht länger als Voraussetzung für die „Sorge um andere“ angesehen werden. Stattdessen wurde man selbst Gegenstand und Ziel dieser neuen Selbstkultur, welche sich zu einem sozialen, vielseitigen Beziehungskonstrukt wandelte. Das eigene Wohl und der Selbstzweck standen nun im Vordergrund und das Wohlergehen der anderen leitete sich lediglich daraus ab (vgl. Foucault, 2009, S. 200, 223f., 225f.). So lässt dieser Selbstbezug einen „Individualismus“ sowie die daraus erwachsende verstärkte Forderung nach Sittenstrenge, Zügelung und die Bildung des Selbst zu Tage treten. Diese Selbstbildung kann als Selbstentwicklung und -optimierung des eigenen Geistes bzw. der Seele verstanden werden (vgl. Foucault, 2023b, S. 57ff).

Durch das Aufkommen des Christentums und dessen strenge Moralvorstellungen, verbunden mit dem Postulat, sich in den Dienst von Gottes Willen zu stellen, verliert das Konzept der Selbstsorge an Bedeutung und (politischen und gesellschaftlichen) Stellenwert (vgl. Gödde & Zirfas, 2018, S. 328f.).

Zusammenfassend lässt sich die Selbstsorge als eine Sammlung unterschiedlicher Haltungen, Handlungsweisen und Praktiken definieren, welche in ihrer antiken Wirkungsperiode von konzeptuellen Veränderungen geprägt war. Die „Sorge um sich (selbst)“ als einstige Voraussetzung für die (politische) Verantwortung und „Sorge um die anderen“ wandelt sich zum universell gültigen Leitsatz mit dem Selbst als Zweck.

So kann die Konzeption der Selbstsorge auf vielfältige Weise redefiniert, neu interpretiert und instrumentalisiert werden. Beispielsweise kann aus (aktueller) Perspektive die Mobilisierung im Alter als modernisierte neoliberale Form der Selbstsorge gelesen werden oder auch als eine Art von Selbstermächtigungsansatz. Daher wird die „Sorge um sich“ im

Folgenden zum einen als neoliberales Steuerungsinstrument (verantwortungsauslagernd), und zum anderen im Sinne eines Empowerment-Ansatzes (selbstermächtigend) näher erläutert und diskutiert.

2.3.2. Selbstsorge im Zwiespalt: die Ambivalenz zwischen neoliberaler Steuerung und Empowerment

Eine Kontextualisierung von Selbstsorge im Sinne neoliberaler Biopolitik knüpft an bereits herausgearbeitete Argumentationslinien wie der Verantwortungsverschiebung von einem regulierenden zu einem rahmenden Staat sowie von einem gesteuerten Individuum zu einem autonomen Subjekt mit Eigenverantwortung an. Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Selbstsorge ist es, Gesundheit und Produktivität langfristig zu erhalten. Der Staat bzw. die Republik Österreich gibt diesen Rahmen mittels Präventionsmaßnahmen wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, gesunder Ernährung und körperlichen Ertüchtigung bzw. Bewegung vor. Die Bevölkerung bzw. das einzelne Individuum wird angehalten, diese vorgegebenen Angebote zu nutzen und in den Alltag zu integrieren. Wird auf die Maßnahmen nicht (rechtzeitig) zurückgegriffen, obliegt es vorwiegend dem familiären Umfeld, die pflegebedürftig gewordene Person zu betreuen. Dies bedeutet eine Verstärkung des expliziten (österreichischen) Familialismus und eine Reprivatisierung von Pflege. Eine weitere, oft mit neoliberaler Biopolitik einhergehende Auslegungsart der „Sorge um sich (selbst)“ steht in Zusammenhang mit der Austeritätspolitik. Frühzeitige Selbstsorge erhöht die Wahrscheinlichkeit eines längeren und gesünderen Lebens, wodurch Pflegeaufwand und -kosten reduziert werden.

Demgegenüber lässt sich die „Sorge um sich (selbst)“ auch als eine Form von Empowerment bzw. Selbstbestimmung lesen. Sie erweitert das Ziel eines individuellen gesunden und langen Lebens um Komponenten wie Wahlfreiheit und Eigenverantwortung. Demnach kann Selbstsorge dazu befähigen, fundierte und informierte Entscheidungen zur individuellen Pflege und Gesundheit zu treffen, basierend auf dem Zugang zu Informationen, Unterstützung und Ressourcen. Damit erscheinen Gesundheits- und Pflegeangebote nicht als restriktive Vorgaben, sondern als unterstützende Richtlinien anstelle von veralteten, kostspieligen und nicht-bedarfsgerechten Maßnahmen. Durch Gesundheitsförderung bzw. -vorsorge und die Implementierung präventiver Maßnahmen kann ein langes, selbstständiges, qualitativ hochwertiges und gesundes Leben und Altern ermöglicht werden, womit zugleich eine Entlastung der Angehörigen durch die nahezu vollständig vermeidbare bzw. hinausgezögerte und weniger komplexe Pflegebedürftigkeit

eintreten würde. Auch im Sinne der Leistbarkeit und Kostenersparnis ist eine nachhaltige und gesunde Lebensweise förderlich. Dies wäre eine idealtypische Vorstellung von Selbstsorge im Kontext der individuellen Pflege im Alter, da der Bund, das Land, die Gemeinde den Rahmen für die Gesundheits- und Pflegeangebote vorgibt. Aber auch strukturelle Gegebenheiten, wie die subjektive finanzielle Lage, Bildung und Zugangsmöglichkeit, müssen mitgedacht werden.

Der vorliegende Diskurs soll deutlich machen, wie das Spannungsfeld präventiver Pflege auf theoretischer Ebene zustande kommt und welchen Einfluss die jeweilige Kontextualisierung auf ein spezifisches Verständnis von Selbstsorge nimmt. Ob „die Sorge um sich (selbst)“ nun steuernd oder selbstbestimmend verstanden wird, hängt maßgeblich davon ab, wer diese unter welchen Gegebenheiten anregt, und welche individuellen und/oder strukturellen Ressourcen dem jeweils Einzelnen zur Verfügung stehen. So werden im Folgenden diese theoretischen Überlegungen anhand des Beispiels der Mobilisierung im Alter, einer wesentlichen gesundheitsfördernden Maßnahme, praxisbezogen verdeutlicht.

2.3.3. Die Doppeldeutigkeit der Selbstsorge anhand des praktischen Beispiels – Mobilisierung im Alter

Im folgenden Abschnitt wird – wie erwähnt – das Konzept der „Sorge um sich (selbst)“ und seine diversen Interpretationsarten anhand des konkreten Beispiels der Mobilisierung im Alter veranschaulicht. Dafür werden zunächst Begriffe wie „gesundes Altern“ und „aktives Altern“ im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention näher erläutert und anschließend im Hinblick auf den Kontext der Selbstsorge an konkreten Mobilisierungsmaßnahmen ausgearbeitet.

Die kommunale Gesundheitsförderung mit Hauptaugenmerk auf älteren bzw. (hoch-)betagten Menschen ist bereits seit etwa 20 Jahren unter der Initiative „Gesunde Gemeinde“ in Kommunen und Gemeinden Österreichs in unterschiedlicher Ausprägung und Ausgestaltung vorhanden. Ziel der Initiative ist es, gesundheitsfördernde, bedarfs- und settingorientierte Handlungsweisen im Hinblick auf das aktive und gesunde Altern zu gestalten und zu etablieren. Unter „gesundem Altern“ lässt sich ein Optimierungsprozess verstehen, der Möglichkeiten zur körperlichen, geistigen und sozialen Gesundheit aufzeigt. Ältere Menschen sollen dazu ermächtigt werden, aktiv und selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Das damit eng verwandte Konzept des „aktiven Alterns“ befasst sich mit der Thematik des *Umgehens mit Veränderungen* im Laufe des

Älterwerdens. Ziel ist es, zu erlernen, den Lebensstil dem Alter entsprechend anzupassen. Somit fokussiert sich das Konzept des „gesunden Alterns“ auf die Förderung der (physischen und psychischen) Funktionalität, dem Erhalt der Lebensqualität und die (individuellen) Ressourcen bzw. Gesundheitsdeterminanten, während das „aktive Altern“ den Fokus auf Autonomie, Anpassungsfähigkeit und soziale Teilhabe legt. Wichtige Gesundheitsthemen und daraus resultierende, eng miteinander verwobene Maßnahmen fokussieren sich daher auf verschiedene Teilbereiche. Dazu zählen die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden, beispielsweise durch Förderung der Selbstbestimmung (über die individuelle Gesundheit) sowie Unterstützung in Form von präventiven, therapeutischen Maßnahmen und der sozialen Teilhabe – in Form von lebenslangem Lernen, sozialen Netzwerken und Übernahme von ehrenamtlichen Tätigkeiten, um im Alter eine sinnvolle Beschäftigung zu haben und Isolation und Einsamkeit zu vermeiden. Doch auch Lebensstilfaktoren, wie (gesunde) Ernährung und (altersgerechte) moderate Bewegung – anhand von Angeboten zum Erhalt der Mobilität – sind wichtige Elemente zur Gesundheitsförderung und Prävention, auf welche nun näher Bezug genommen wird (vgl. Spicker & Lang, 2011, S. 7ff, 17, 22f.). So werden folgende Beispiele für Mobilisierung im Alter vom *Fonds Gesundes Österreich* sowie einer interviewten Seniorin und einer Community Nurse angeführt: verschiedene Bewegungs- und Mobilisierungskurse (vgl. eigene Erhebung: Interview CN2, 8:20-9:05), geleitetes Sitzyoga und Sesseltturnen (vgl. eigene Erhebung: Interview Seniorin, 29:32-29:51) sowie Schwimmen, Tanzen – in Senior*innentanzkursen –, Wandern, Spaziergehen, moderates Muskel- und Beweglichkeitstraining sowie Nordic Walking, alleine oder in Gruppen. Durch diese Aktivitäten sollen institutionelle Pflege, Spitalsaufhalte und Krankentage sowie die (frühzeitige) Sterblichkeit reduziert werden (vgl. Spicker & Lang, 2011, S. 7ff; Titze et al., 2012, S. 10ff).

So kann Selbstsorge in Form von täglicher, altersgerechter moderater Bewegung als neoliberaler Biopolitik bzw. Steuerungsinstrument mit dem Zweck der Verantwortungsauslagerung weg vom Staat in Richtung Bevölkerung verstanden werden. Denn je früher sich Individuen entsprechend um die eigene Gesundheit sorgen, beispielsweise mittels regelmäßiger, moderater Bewegung, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man im Alter weniger auf (staatliche bzw. innerfamiliäre) Unterstützung und (institutionelle) Pflege angewiesen ist. Der Staat bzw. das Land gibt den Rahmen von Gesundheits- und Pflegeangeboten vor, etwa zur körperlichen Ertüchtigung, und reguliert dadurch indirekt das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung.

Zudem werden die Personen dazu angehalten, diese Maßnahmen und Angebote (zielführend) wahrzunehmen, um nicht (vorzeitig) pflegebedürftig und zur gemeinschaftlichen und familiären Belastung zu werden. Diese angebotenen Aktivitäten und präventiven Maßnahmen tragen ebenso zur Kostenersparnis bei, da Gesundheit und Mobilität bis ins hohe Alter Spitals- und Pflegeheimaufenthalte reduzieren und damit Kosten gering-halten. Dies kann wiederum als austeritätspolitische Maßnahme im Rahmen neoliberaler Biopolitik verstanden werden.

Im Kontext von Selbstbestimmung kann Mobilisierung im Alter in Zusammenhang mit der Selbstsorge als eine Form von Ermächtigung gelesen werden. Denn in Österreich wird eine Vielzahl an diversen Gesundheits- und Pflegeangeboten – einschließlich verschiedener Arten von Bewegung bzw. physischer Mobilisierung – zur Verfügung gestellt, auf die die (ältere) Bevölkerung niederschwellig Zugriff hat, und je nach persönlicher Verfassung und individuellem Interesse ausüben kann. Diese Maßnahmen zur Mobilisierung sind konzipiert, um die Herausforderungen des Alterns mittels gezielter täglicher Bewegung zu bewältigen, und damit die Autonomie und Lebensqualität im späteren Leben zu erhalten. Die vielfältigen Angebote zur Mobilität (betreut oder selbstständig, in Gruppen oder alleine) basieren auf persönlicher Präferenz sowie körperlicher Konstitution und sind frei wählbar. Damit wird im Allgemeinen die soziale Teilhabe gefördert und seelisches und körperliches Wohlbefinden sowie die (individuelle) Gesundheitskompetenz gesteigert. Dies bildet die Basis für ein langes, gesundheitsbewusstes, selbstbestimmtes und qualitativ hochwertiges Leben in der gewohnten Wohnumgebung.

Mobilisierung im Alter kann ebenso als eine Form der Selbstsorge verstanden werden. Ähnlich wie die präventive Pflege steht sie in einem Spannungsverhältnis zwischen einer verantwortungsauslagernden, kosteneffizienten Politik und Individuen, die dadurch zur Selbstständigkeit und Selbstermächtigung befähigt werden sollen. Beide Seiten – neoliberale Biopolitik einerseits und Selbstermächtigung andererseits – verfolgen das Ziel, den Bürger*innen ein langes und gesundes Leben zu ermöglichen. Der maßgebliche Unterschied liegt jedoch in der Absicht bzw. der Motivation der angestoßenen Maßnahme sowie darin, welche Akteur*innen sie initiieren und durchsetzen. Aufgrund dieser Parallelen, der Dualität im Verständnis sowie der Verortung in einem Spannungsfeld zwischen staatlicher Kontrolle und individueller Selbstermächtigung lässt sich präventive Pflege als modernisierte Form der Selbstsorge verstehen. Daher werden die drei ausgewählten, präventiven Pflegeformen – Community (Health) Nursing, mobiler

Pflegedienst und Angehörigenpflege – im folgenden Abschnitt näher herausgearbeitet, diskutiert und analysiert.

2.4. Aktueller Forschungsstand: Begrifflichkeiten und die Rolle der präventiven Pflegeformen

Um eine Brücke zwischen Theorie und Empirie zu schlagen, werden im vorliegenden Kapitel die drei ausgewählten präventiven Pflegeformen – Community (Health) Nursing, mobiler Pflegedienst und Angehörigenpflege – detailliert beleuchtet. Zunächst erfolgt eine erneute Erläuterung und Definition der Begriffe „Prävention“ und „präventiver Pflege“. Im weiteren Verlauf werden die Pflegeformen und ihr jeweiligen Aufgabenfelder erörtert und – im Hinblick auf die Interviews – um die Begriffe „Acute Community Nursing“, „Heimhilfe“ und „Hauskrankenpflege“ erweitert sowie der aktuelle Forschungsstand diskutiert.

2.4.1. Prävention und präventive Pflege

Wie bereits in der Einleitung herausgearbeitet wurde, bezeichnet der Präventionsbegriff die Prophylaxe von Krankheiten und die Bewahrung der individuellen und der gesamtgesellschaftlichen Gesundheit. Im Hinblick auf spezifische Risiken und (Gesundheits-) Determinanten werden präventive Maßnahmen herangezogen, die der entsprechenden Erkrankung, dem Krankheitsstadium, und dem sich präsentierenden Krankheitsbild angepasst sind. Das Ziel besteht darin, Erkrankungen zu verhindern, abzuschwächen oder hinauszuzögern. Angesichts des Gesundheitszustandes und den erforderlichen Maßnahmen wird dabei zwischen drei Stufen der Prävention unterschieden: primärer, sekundär und tertiär (vgl. Rechnungshof, 2023, S. 19ff).

Das Präventionskonzept und die damit einhergehende Gesundheitsförderung lassen sich auch auf den Bereich der Pflege anwenden. Im Fokus stehen nicht allein die Erkrankungen, sondern vielmehr die Pflegebedürftigkeit selbst. Denn mit zunehmendem Alter können Einschränkungen bzw. der (mögliche) Verlust mentaler und/oder körperlicher Fähigkeiten auftreten, welche eine besondere Herausforderung in Bezug auf die Gesundheit und die (erwünschte selbstbestimmte) Lebensqualität und -gestaltung der pflegebedürftigen Personen darstellt. Als Beispiele hierfür sind die Sturz- bzw. Unfallprävention sowie die Demenzprävention als besonders bekannte Formen im Pflegebereich zu nennen (vgl. Rechnungshof, 2023, S. 19ff; Riedel & Heimerl, 2021, S. 42f.).

In Österreich wurden unter Berücksichtigung des Präventionskonzepts seit dem Jahr 2018 zahlreiche Gesundheits- und Pflegereformen sowie Pilotprojekte und der Ausbau bereits etablierter Pflegeformen umgesetzt. Diese werden anschließend eingehend behandelt.

2.4.2. Community (Health) Nursing und Acute Community Nursing

Eine erst unlängst (vorläufig) etablierte Pflegeform in Österreich ist das Community (Health) Nursing. *Community Health Nursing* (CHN) ist international als etablierter Vorsorge- und Versorgungsansatz anerkannt, und beinhaltet erweiternde und vertiefende pflegerische Tätigkeiten. Im österreichischen Kontext wird *Community Nursing* (CN) in Anlehnung an das internationale CHN-Konzept definiert. Obwohl beide Konzepte ähnliche Ziele verfolgen, unterscheiden sie sich allerdings in Bezug auf den vorgegebenen (staatlichen) Rahmen (vgl. Eberle et al., 2025, S. 3ff; BMSGPK, 2023, S. 16f.; BMSGPK, 2024, S. 13f.).

So vereint das vorübergehend eingeführte „pilotisierte“ Community Nursing in Österreich innovative Ansätze der gemeinde-, bedarfs- und public-health-orientierten Pflege mit Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, insbesondere älterer und hochbetagter Menschen sowie ihrer Zu- und Angehörigen, zu stärken. Zudem soll Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. verzögert werden, und der Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung ermöglicht werden. Community Nurses sind erfahrene diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP), die gemeinde- bzw. wohnortnah, niederschwellig und bedarfsorientiert, (ergänzende) Pflegeangebote zur Entlastung und Unterstützung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und etablierten Pflegeformen, wie zum Beispiel dem mobilen Pflegedienst, anbieten. Außerdem sollen durch eigene Pflegeentscheidungen Selbstständigkeit, Wohlbefinden, Lebensqualität und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Personen gefördert werden. Der konkrete Tätigkeitsbereich umfasst (präventive) Hausbesuche, Beratungs- und Bildungsmaßnahmen, das Fungieren als zentrale Ansprechpersonen für Pflege- und Präventionsfragen sowie die Schaffung, Koordinierung und Stärkung von Versorgungsnetzwerken (vgl. Eberle et al., 2025, S. 3ff; BMSGPK, 2023, S. 16f.; BMSGPK, 2024, S. 13f.).

Als Pilotprojekt wurde CN zwischen 2022 und 2024 in 117 Städten und Gemeinden in allen neun Bundesländern im Rahmen des österreichischen „Aufbau- und Resilienzplans“ umgesetzt und von der Europäischen Union (EU) für drei Jahre finanziert. Trotz des erfolgreichen Community Nursing-Projekts und der guten Resonanz in der Bevölkerung ist

die dauerhafte Implementierung und langfristige Finanzierung bislang ungewiss. Dies führt zu einer anhaltenden Verunsicherung bei den Gemeinden, den im Pilotprojekt beschäftigten Community Nurses und den Klient*innen, weshalb im letzten Halbjahr 2024 ein leichter Rückgang in den Projektaktivitäten zu verzeichnen war. Einige Gemeinden, wie beispielsweise Bad Vöslau und Ebreichsdorf in Niederösterreich, haben sich entschlossen, CN im Rahmen von Eigenfinanzierungen oder anderweitigen Förderungen aufrechtzuerhalten. Dies führte jedoch zu regionalen Abweichungen der Rahmenbedingungen, und damit zunehmend zu Herausforderungen in Bezug auf Einheitlichkeit und Standardisierung (vgl. Eberle et al., 2025, S. 4ff; BMSGPK, 2023, S. 16f.; BMSGPK, 2024, S. 13f.).

Das *Acute Community Nursing* (ACN) bezeichnet das zusammengeführte Berufsbild von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und Notfallsanitäter*innen, welche im gesundheitlichen Akutfall niederschwellige professionelle Einschätzungen und Hilfe bei den betroffenen Personen zuhause leisten. Das Ziel besteht darin, Versorgungslücken, insbesondere im Rahmen von Wochen- und Tagesrandzeiten (Nacht) sowie an Sonn- und Feiertagen, zu ergänzen, und so entlastend für (Not-)Ärzte, mobile Pflegedienste und Spitäler zu wirken. In der Regel wird damit zeitnahe, effiziente und qualitativ hochwertige Unterstützung und Pflege in Akutsituationen für ältere und hochbetagte Menschen geleistet. Zugleich werden nicht unbedingt notwendige Krankentransporte und Spitalsaufenthalte vermieden (vgl. Kozisnik & Pleschberger, 2022, S. 1ff).

Dieses Berufsbild wurde im Rahmen des (bisher erfolgreichen und noch laufenden) Pilotprojekts ACN unter der Leitung der *Notruf Niederösterreich GmbH* 2020 etabliert und zum bereits bestehenden Angebotsspektrum (vorläufig) ergänzt. Vor allem in Regionen mit geringer gesundheitsversorgender Infrastruktur, fehlender flächendeckender allgemeinmedizinischer Versorgung und großen Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus ist diese Versorgungsalternative darauf ausgerichtet, bedarfsdeckend zu wirken (vgl. Kozisnik & Pleschberger, 2022, S. 1ff).

2.4.3. Angehörigenpflege

Innerfamiliäre Pflege durch Zu- und Angehörige stellt im österreichischen Wohlfahrtsstaat, der sich größtenteils auf expliziten Familialismus stützt, keine Neuheit dar. In der Vergangenheit, als Frauen überwiegend nicht erwerbstätig waren, war Sorgearbeit in Österreich reine Familiensache, wurde im privaten Bereich des Lebens verortet und meist von (weiblichen) Angehörigen informell und unbezahlt durchgeführt (vgl. Leitner, 2013, S.

53ff). Angesichts des sozialen Wandels, der sich u.a. in veränderten Familienstrukturen und dem Einstieg der Frauen in die Erwerbstätigkeit äußert sowie des demografischen Wandels ist eine Erweiterung und Neudefinition der Begriffe „Angehörigenpflege“ und „pflegende Angehörige“ vonnöten.

Der Begriff *pflegende Angehörige* umfasst nicht mehr nur enge Familienangehörige, sondern alle Familienmitglieder sowie Bekannte, Freund*innen und Nachbar*innen, die in Pflegearrangements und Unterstützungsleistungen involviert sind (vgl. Nagl-Cupal et al., 2018, S. 17).

Angehörigenpflege ist eine besondere Form der Pflege, die sich durch ihre Komplexität und die damit einhergehenden physischen und psychischen Herausforderungen auszeichnet. Sie basiert auf Gegenseitigkeit, Emotionalität, Vertrauen und Verantwortungsgefühl gegenüber einem Menschen, zu dem bereits eine soziale Bindung besteht (vgl. Nagl-Cupal, et al., 2018, S. 9ff, 16). Die innerfamiliäre Pflege von Angehörigen in Österreich wird nach wie vor hauptsächlich unbezahlt und zu einem erheblichen Anteil von Frauen (rund 73%) bewerkstelligt. Sie leisten die Pflegearbeit oftmals neben ihrer Erwerbstätigkeit (vgl. Nagl-Cupal et al., 2018, S. 7ff).

Der Tätigkeitsbereich ist vielfältig und beinhaltet sowohl pflegerische als auch nicht-pflegerische Aufgaben. Diese umfassen alles vom sozialen Aspekt – wie beispielweise den pflegebedürftigen Personen Gesellschaft zu leisten, sich mit ihnen zu unterhalten und zu plaudern etc. – über persönliche Tätigkeiten wie An- und Auskleiden, Waschen und Körperpflege, Einnahme von Mahlzeiten und Bewegung, bis hin zu Einkaufen, Hausarbeit, Kochen, Vorbereitung von Medikamenten und Übernehmen von Behördenwegen (vgl. Nagl-Cupal et al., 2018, S. 18ff). Die Angehörigenpflege stellt damit nach wie vor eine wesentliche Säule des österreichischen Pflegesystems dar. Denn mit einem Anteil von insgesamt etwa 78% ist sie die am häufigsten angewandte Form der Pflege in Österreich. Dabei kommen knapp 53% der pflegenden Angehörigen gänzlich ohne zusätzliche professionelle Dienste aus und 25% erhalten Unterstützung durch mobile Pflegeangebote (vgl. Nagl-Cupal et al., 2018, S. 16; BMSGPK, 2023, S. 8f.; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 4f.).

Im Rahmen der Angehörigenpflege wurde im Jahr 2019 ein auf das Bundesland Burgenland begrenztes Pilotprojekt auf den Weg gebracht. Die Angehörigen pflegebedürftiger Personen werden vom Land Burgenland angestellt, versichert und entlohnt, wobei das Anstellungsmodell von der Pflegestufe, dem Pflegegeld und dem

Pflegeaufwand abhängig ist. Hier ist ebenfalls zu vermerken, dass der Anteil der betreuenden weiblichen Angehörigen im Burgenland bei etwa 77% liegt, was auf die starke Vergeschlechtlichung von Pflege hindeutet (vgl. Wallner et al., 2023, S. 5ff, 18).

Für eine häusliche Betreuung von Zu- und Angehörigen im Burgenland im Anstellungsverhältnis sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- eine österreichische oder gleichgestellte Staatsbürgerschaft
- ein Hauptwohnsitz im Burgenland
- körperliche, gesundheitliche und persönliche Eignung
- Nichtvorhandensein von Vorstrafen
- der Umstand, dass die Person noch nicht pensioniert ist
- Zudem ist die Absolvierung einer kostenlosen 100-stündigen Grundausbildung innerhalb der ersten zwölf Monaten nach Anstellung erforderlich.
- Die Akzeptanz regelmäßiger Unterstützungsbesuche durch diplomiertes Pflegepersonal zur Qualitätssicherung wird vorausgesetzt (vgl. Wallner et al., 2023, S. 5ff, 18ff).

Die Angehörigenpflege im öffentlichen Beschäftigungsverhältnis ist inzwischen fester Bestandteil der Pflegelandschaft des Burgenlands und wird von der Bevölkerung positiv bewertet und beständig weiterentwickelt.

2.4.4. Mobiler Pflegedienst – Heimhilfe und Hauskrankenpflege

Ein etablierter Teilbereich der sozialen Dienste in Österreich ist der *mobile Pflegedienst*, welcher schon seit den 1980er Jahren besteht. Dieser wird vorwiegend von sozialen Vereinen und Non-Profit-Organisationen (NPOs) wie dem (Österreichischen) Roten Kreuz, dem Samariterbund, Caritas, Volkshilfe, Hilfswerk, Fonds Soziales Wien etc. zur Verfügung gestellt. Mobile Dienste bieten ein breites Spektrum an Leistungen an, bestehend aus sozialer Betreuung, Pflege, Unterstützung in der Haushaltsführung und im Alltag sowie Hospiz- und Palliativbetreuung für pflegebedürftige Menschen in der häuslichen Umgebung. Berufsgruppen in der mobilen Pflege sind ebenso vielfältig wie das Feld selbst. Zum Einsatz kommen u.a. die soziale und medizinische Hauskrankenpflege, die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflege(fach)assistenz, die Heimhilfe, die Haushaltshilfe sowie das mobile Hospiz etc. Ziel der mobilen Pflegedienste ist es, eine flächendeckende, bedarfsorientierte und qualitätsgerechte Sicherung der pflegerischen Versorgung

pflegebedürftiger Personen zuhause zu gewährleisten (vgl. BMSGPK, 2023, S. 258; Krenn et al., 2004, S. 1ff).

Aufgrund der Schwerpunktsetzung der vorliegenden Arbeit auf die Erhebung empirischer Daten zu den Berufsgruppen Heimhilfe und Hauskrankenpflege, wird im Folgenden auf diese und ihre Aufgabengebiete näher eingegangen.

Heimhilfen bieten Unterstützung und Betreuung bei der Haushaltsführung und zur Bewältigung des Alltags in Form von Grundversorgung. Zu den Aufgaben zählen die Unterstützung bei der Körperpflege, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Erledigung von Besorgungen und Einkäufen sowie die mentale und körperliche Förderung der zu betreuenden Person. Der Besuch von Heimhilfen erfolgt – je nach Bedarf – einmal oder mehrmals pro Woche (vgl. Mairhuber & Sardadvar, 2017, S. 19ff).

Die *Hauskrankenpflege* stellt eine zeitlich unbegrenzte Form von Betreuung und Pflege dar, die durch diplomiertes Fachpersonal sowie Pflege(fach)assistent*innen in der häuslichen Umgebung erbracht wird. Eine Behandlung erfolgt auf ärztliche Anordnung bzw. im Austausch mit einem/einer (Allgemein-)Mediziner*in und umfasst Wundpflege und Verbandwechsel, Verabreichung von Medikamenten, Injektionen und die Gabe von Insulin sowie die Beratung und Anleitung der Zu- und Angehörigen. Ergänzend dazu existiert auch die *medizinische Hauskrankenpflege* als zeitlich begrenzte Pflegeform, welche ebenfalls von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen zu Hause ausgeübt wird. Ziel dieser Pflegeform ist die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, also die institutionelle Pflege zu verringern oder sie gar zu vermeiden, und stattdessen eine unkomplizierte Nachsorge bzw. Versorgung, beispielsweise nach einem Spitalsaufenthalt anzubieten (vgl. Mairhuber & Sardadvar, 2017, S. 20ff).

Der gesellschaftliche (soziale) und demografische Wandel hatte und hat auch weiterhin Auswirkungen auf den Auf- und Ausbau sowie die Attraktivität der mobilen Pflege. Da die Entlastung kostenintensiver stationärer Pflege von hoher (struktureller) Relevanz ist, wird der Hauptfokus auf den Ausbau ambulanter Versorgungsformen gelegt. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in diesem Zusammenhang mitberücksichtigt werden muss, ist die Autonomie der jeweiligen Bundesländer in Bezug auf Pflegeangelegenheiten. Diese führt dazu, dass mobile Pflegeangebote in den einzelnen Regionen von verschiedenen Organisationen, die Pflege anbieten, unterschiedlich ausgestaltet werden. Somit ergeben sich regionale Unterschiede im Hinblick auf die Angebote, die Qualität und die Umsetzung von Pflegemaßnahmen (vgl. Krenn et al., 2004, S. 1ff; Kügler & Sardadvar, 2015, S. 89;

Leitner, 2013, S. 88). Daher ist die individuelle Selbstbestimmung über Pflegeentscheidungen nicht nur an individuelle Ressourcen, wie finanzielle Lage, Bildung und Zugang gekoppelt, sondern ebenso an das vorgegebene regionale Angebot.

Den beschriebenen unterschiedlichen Pflegeformen ist gemein, dass sie den Verbleib in der häuslichen Umgebung möglichst langfristig gewährleisten möchten und die Pflegebedürftigkeit mittels Gesundheitsförderung und mitunter präventiven Maßnahmen hinauszögern oder – wenn möglich – verhindern sollen. Darüber hinaus sind alle herausgearbeiteten Arten der Pflege als unterstützende, ergänzende und entlastende pflegerische Versorgung anzusehen, welche dem bestehenden Pflegeangebot hinzugefügt werden können bzw. sollen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Einheitlichkeit, Harmonisierung, Standardisierung und Qualitätssicherung des Pflegeangebots aufgrund der Autonomie der Bundesländer in Pflegefragen sowie der Arbeitgeber*innen und Akteur*innen beeinträchtigt werden. Unterscheiden lassen sich die Pflegeformen anhand ihrer spezifischen Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder sowie verschiedene Ausbildungs- und Qualifikationsanforderungen.

Als Fazit der theoretischen Ausarbeitung im Allgemeinen und diesem Kapitel im Speziellen werden folgende Punkte nochmals aufgegriffen und verknüpft:

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden verschiedene Pflegeangebote identifiziert, die als (alternative) Formen der Pflege bezeichnet werden können. Dazu zählen das Community Nursing, die Angehörigenpflege und der mobile Pflegedienst. Diese Angebote werden möglichst niederschwellig, bedarfs- und bedürfnisorientiert in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Personen durchgeführt. Der Einsatz dieser Maßnahmen erfolgt noch vor der Unterbringung der zu betreuenden Personen in klassischen institutionellen Pflegeeinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen. Ziel ist es, eine institutionelle Pflege langfristig hinauszuzögern oder gänzlich zu verhindern. Im Kontext dieser Forschungsarbeit werden diese als präventive Pflegeformen klassifiziert, da sie sich als präventiv und gesundheitsfördernd erweisen. Zudem sind präventive Pflegeformen in unterschiedlichem Ausmaß an den Wünschen und am Wohlergehen der zu pflegenden Personen orientiert. Dies trägt wiederum zum Erhalt der Selbstbestimmtheit im Rahmen der individuellen Pflege- und Lebensgestaltung bei. Die damit einhergehende Eigenverantwortung und die freie, erweiterte Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit entspricht ganz dem gängigen modernisierten Verständnis von Selbstsorge. Dem Konzept der präventiven Pflege steht der Staat gegenüber, der mittels neoliberaler Biopolitik und

damit einhergehender austeritätspolitischer Maßnahmen die (Pflege-)Verantwortung bei den Angehörigen und den zu betreuenden Personen selbst ansiedelt, ganz im Sinne einer Wohlfahrtspolitik des expliziten Familialismus. Mittels rahmender, vorgegebener und kosteneffizienter Pflegeangebote und -strukturen steuert der Staat indirekt die Produktivität und Langlebigkeit der Bevölkerung. Somit zeigt sich – wie auch theoretisch herausgearbeitet wurde –, dass sich präventive Pflege bzw. präventive Pflegeformen in einem Spannungsfeld zwischen biopolitischer Steuerung und individueller Selbstbestimmung im Sinne (modernisierter) Selbstsorge bewegen. Die Interpretation wird folglich durch die Kontextualisierung der Maßnahmen sowie durch den/die Akteur*in, welche/r sie initiiert, determiniert.

Da nun die theoretische Kontextualisierung des Erkenntnisinteresses sowie das Spannungsfeld, in dem sich die präventive Pflege verorten lässt, hinreichend erörtert und diskutiert wurden, folgt nun der empirische Teil der vorliegenden Arbeit, beginnend mit der methodischen Herangehensweise. Dabei werden das Forschungsdesign, die Auswahl und Durchführung der Interviews sowie das methodische Vorgehen im Rahmen der Auswertung dargestellt.

3. Empirischer Teil

Im vorliegenden Abschnitt der Arbeit erfolgt eine detaillierte Erläuterung der Empirie. Hierfür wird das methodologische Vorgehen in all seinen verschiedenen Aspekten beleuchtet, vom Untersuchungsfeld und Forschungsdesign über den methodischen Zugang und die adäquate Sampling-Strategie bis hin zur Durchführung der Materialerhebung und -auswertung. Ebenso wird die Güte und die Generalisierbarkeit bzw. (Nicht-)Verallgemeinerbarkeit der Forschungsarbeit erörtert. Abschließend erfolgt die Auswertung, Interpretation und Einordnung des gewonnenen empirischen Materials und der Ergebnisse in dem zuvor entwickelten und herausgearbeiteten theoretischen Rahmen.

3.1. Methodische Herangehensweise

Im Rahmen der qualitativen empirischen Sozialforschung besteht die Möglichkeit, aus einer Vielzahl potenziell angemessener Forschungsmethoden zu wählen. In diesem Zusammenhang sind sowohl das Ziel der Forschung als auch das zugrunde gelegte Erkenntnisinteresse von signifikanter Bedeutung, da nicht jede Methode gleichermaßen für die hinreichende Untersuchung eines bestimmten Forschungsinteresses geeignet ist. Folglich werden die für diese Forschung ausgewählten methodologischen Strategien diskutiert und begründet.

3.1.1. Forschungsdesign und Untersuchungsfeld

Das Erkenntnisinteresse sowie das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit besteht in der Untersuchung der präventiven Pflege in Österreich. Diese befinden sich gegenwärtig in einem Spannungsverhältnis zwischen strukturellen Versorgungslücken und der Individualisierung von Verantwortung. Aufgrund des spezifischen Erkenntnisinteresses, welches die Basis der ausgewählten Forschungsmethode bildet, ist die vorliegende Forschung als Einzelfallstudie einzuordnen. Die präventive Pflege in Form der drei ausgewählten (präventiven) Pflegeformen Community Nursing, mobiler Pflegedienst und Angehörigenpflege stellt den Einzelfall im gesellschaftspolitischen Kontext Österreichs dar. Ziel der Untersuchung ist es, präventive Pflege in Österreich in ihren vielfältigen Aspekten in Zusammenhang mit Selbstsorge und Biopolitik zu analysieren. Damit liegt der Fokus weder auf einem Vergleich der präventiven Pflegeformen untereinander noch auf der Untersuchung der Pflegelandschaft Österreichs im Allgemeinen; vielmehr zielt die Arbeit auf das tiefgreifende Verständnis, die Bedeutung und die Notwendigkeit der präventiven Pflege im Speziellen ab (vgl. Akremi, 2019, S. 317f.; Flick, 2008, S. 253f.).

Das konkrete Untersuchungsfeld beschränkt sich demnach in erster Linie auf Pflegepersonal aus den Bereichen des Community Nursing und der mobilen Pflegedienste in Wien, speziell im 9., 10., 11., 18. und 19. Gemeindebezirk sowie in Niederösterreich, konkret Bad Vöslau, Gainfarn, Großau, Baden bei Wien, Ebreichsdorf und Pottenstein. Im Rahmen der Untersuchung wurde zudem jeweils ein Interview mit einer Fachkraft aus dem Bereich *Acute Community Nursing*, d.h. der Behandlung von akuten (pflegerischen) Notfällen im häuslichen Umfeld sowie einer Person auf der Führungsebene geführt. Gegenstand des letztgenannten Interviews waren die (sozial-)politischen und finanziellen Aspekte der präventiven Pflege.

3.1.2. Methodischer Zugang

Angeichts der Aktualität der Thematik und der Neuheit des spezifischen Forschungsinteresses sowie der gesellschaftspolitischen Relevanz der präventiven Pflege und des noch geringen und damit unzureichenden Wissensstandes und erforschbaren Materials, wurde für die Forschungsarbeit ein qualitatives, exploratives Vorgehen anstelle eines standardisierten, quantitativen Verfahrens gewählt (vgl. Yin, 2018, S. 77). Aufgrund dieser Umstände und des vordergründig begrenzten Erkenntnisinteresses wurden (qualitative) leitfadengestützte Expert*inneninterviews als adäquate Methode herangezogen. Durch die vorab festgelegten, strukturierten Leitfäden konnte das Forschungsfeld in einem definierten Zeitraum untersucht werden. Trotz der Vorstrukturiertheit der Interviews bestand die Intention darin, tiefere Einblicke in die Lebens- und Erfahrungswelt der interviewten Personen zu erlangen. Aus diesem Grund wurden die Leitfäden entsprechend flexibel gestaltet. Die Fragen wurden klar und prägnant, einfach und neutral formuliert. Zudem wurde eine offene Gestaltung angestrebt. Somit wurden die Leitfäden dem Forschungsinteresses entsprechend begrenzt, und in diesem Rahmen gleichzeitig mit der maximal möglichen Offenheit erarbeitet (vgl. Dannecker & Voßmer, 2014, S. 154ff; Helfferich, 2014, S. 559ff). Dies erfolgte ganz nach dem Prinzip „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ (Helfferich, 2014, S. 560). Darüber hinaus wurde die Reihenfolge der Abschnitte so arrangiert, dass sie sich dem (natürlichen) Gesprächsfluss anpassten. Die Position des/der Expert*in generiert sich entweder aus dem Zugang zu einem spezifischen Wissen oder durch eine Beteiligung an der Wissensproduktion. Daher wurde aktiv tätiges Pflegepersonal aus den Feldern des (Acute) Community Nursing und der mobilen Pflege, welche Teil der präventiven Pflegeformen sind sowie eine Person im pflegerischen Tätigkeitsfeld zu ihrer jeweiligen

Sichtweise, ihrem Arbeitsalltag und den damit verbundenen Erfahrungen befragt. Als Spezialist*innen ihrer eigenen Lebenswelt, die über ein fundiertes Praxiswissen in ihrem Tätigkeitsbereich verfügen, werden sie im Rahmen vorliegender Forschung als Expert*innen angesehen und bezeichnet (vgl. Dannecker & Voßemer, 2014, S. 154ff; Helfferich, 2014, S. 559ff).

3.1.3. Sampling und Zugang zum Forschungsfeld

In der qualitativen Forschung bezeichnet *Sampling* die gezielte Auswahl von Fällen, Untergruppen oder Untersuchungseinheiten, die besonders geeignet sind, theoretisch relevante Phänomene zu beleuchten, Kontraste herauszuarbeiten oder zentrale Spannungsfelder des Forschungsfeldes zu erfassen. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung liegt der Fokus dabei nicht auf der Repräsentativität oder (statistischer) Verallgemeinerung, sondern in der Gewinnung tieferer Einblicke, analytischer Schärfung und theoretischer Reichweite (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 173ff).

Aufgrund der zeitlichen und methodischen Begrenzungen einer Masterarbeit sowie des erschwerten Zugangs zum Forschungsfeld konnte keine (idealtypische) theoretische Sättigung erreicht werden, also jener Punkt, an dem keine neuen theoretischen Erkenntnisse mehr aus dem Material gewonnen werden können. Dennoch wurde darauf geachtet, zentrale Positionen, Widersprüche und Diskurslinien des Feldes abzubilden, um eine möglichst kontextsensible und theoretisch fundierte Interpretation zu ermöglichen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 173ff).

Zur Auswahl der Stichprobe gibt es verschiedene Sampling-Strategien. Eine davon ist das *Theoretical Sampling*, bei dem die Untersuchungseinheiten nicht vorab festgelegt, sondern im Laufe des Forschungsprozesses schrittweise dort ausgewählt werden, wo sie theoretisch relevant sind. Auf diese Weise können bestehende Kategorien im Wechselspiel zwischen wiederholten Erhebungen und fortlaufender Theorieentwicklung geschärft, differenziert oder hinterfragt werden. Dieses Vorgehen ist eng mit der Grounded Theory verbunden, deren Ziel die theoriebildende Analyse ist. Für die vorliegende Arbeit ist das Theoretical Sampling jedoch nicht geeignet, da sie nicht theoriegenerierend, sondern theoriegeleitet angelegt ist. Zudem ist dieses Vorgehen in einem zeitlich begrenzten Masterarbeitskontext kaum realisierbar, da es einen repetitiven, offenen, oft langwierigen Prozess erfordert (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 177f.).

Daher wurde für die vorliegende Forschungsarbeit eine Kombination aus zwei verschiedenen Samplingmethoden herangezogen. Zum einen erfolgte die Auswahl der Untersuchungseinheit anhand des *Samplings nach bestimmten, vorab festgelegten Kriterien*, die sich aus dem konkreten forschungspraktischen Erkenntnisinteresse ableiteten (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 178ff). Allerdings beruhte diese Einschränkung weder auf Geschlecht, Alter oder Ethnizität, sondern basierte auf der Berufsgruppe bzw. der Nähe und Expertise im pflegerischen Tätigkeitsfeld, also Pflegepersonal im (Acute) Community Nursing und im mobilen Pflegedienst sowie Personen auf System- und Organisationsebene in Organisationen, die Pflegetätigkeiten anbieten. Aufgrund des erschwerten Zugangs zum Forschungsfeld sowohl auf gemeindenaher als auch auf institutioneller Ebene wurde zudem auf das *Snowball-Sampling* zurückgegriffen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 180ff). Um ausreichend geeignete Kontakte bzw. Interviewpartner*innen ausfindig zu machen, wurde zuerst im persönlichen Umfeld – im Bekannten-, Familien-, und Freundeskreis sowie bei ehemaligen Arbeitskolleg*innen nachgefragt – mit der Bitte, auch geeignete Personen in ihrem näheren Umfeld zu fragen. Zudem wurde auch mit verschiedenen österreichischen Hilfsorganisationen, wie der Volkshilfe, dem Hilfswerk, dem Roten Kreuz, dem Samariterbund, usw. und Gemeinden bzw. Community-Nurses direkt telefonisch oder schriftlich, anhand von WhatsApp oder E-Mail-Anfragen, Kontakt aufgenommen. Darüber hinaus wurden bereits interviewte Personen um weitere Kontakte gebeten.

Um der von Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010, S. 180f.) angesprochenen Problematik des Verhaftet-Seins in bestimmten Netzwerken und der damit einhergehenden Gefahr der Einschränkung auf eine begrenzte Perspektive des Untersuchungsfeldes entgegenzuwirken, wurde auf verschiedene Weise mit unterschiedlichen Personen und somit auch variierenden Netzwerken Kontakt aufgenommen.

Die Angehörigenpflege wurde in dieser Untersuchung lediglich theoretisch anhand der vorliegenden, relevanten Literatur behandelt, und dementsprechend nicht in die empirische Erhebung miteinbezogen. Maßgeblich dafür waren zum einen der erschwerte Zugang, da diese präventive Pflegeform ausschließlich im Burgenland praktiziert wird und keine Kontakte im eigenen oder näheren Umfeld zur Verfügung standen. Zum anderen wurde diese Zielgruppe aufgrund des hohen Maßes an Intimität innerfamiliärer Pflege und der damit verbundenen emotionalen Belastung der Beteiligten nicht für eine Befragung berücksichtigt.

3.1.4. Erhebung und Auswertung des Materials

Im Rahmen dieser Forschung wurden insgesamt acht leitfadengestützte (Expert*innen-) Interviews in deutscher Sprache geführt. Das neunte als Probeinterview konzipierte Gespräch mit einer in der Seniorenresidenz lebenden Verwandten der Verfasserin, diente der Erprobung der Interviewsituation und des technischen Ablaufs sowie dem Beleuchten einer zusätzlichen Perspektive auf alternative Pflegeformen. Dieses Interview wurde nicht in die eigentliche Auswertung einbezogen, sondern ausschließlich im Theorieteil zur kontextuellen Illustration herangezogen. Sieben weitere Befragungen wurden mit Pflegekräften aus der mobilen Pflege, darunter zwei Heimhilfen und eine Person aus der Hauskrankenpflege von den Organisationen Samariterbund, Hilfswerk und Rotes Kreuz sowie mit einer Acute Community Nurse und drei Community Nurses durchgeführt. Das neunte Interview wurde mit einer Person der Führungsebene der Volkshilfe mit dem Ziel geführt, Details über System- und Organisationsebene in der präventiven Pflege zu erfahren. Örtlich waren die Interviewpartner*innen – wie bereits erwähnt – auf Wien und Niederösterreich beschränkt.

Die Mehrheit der Befragungen – insgesamt sieben – wurden vor-Ort in Präsenz geführt, meist an ruhigen Orten, wie in Büroräumlichkeiten. Ein Interview fand in einem Café statt. Zwei Personen wurden online via Zoom befragt. Mögliche Herausforderungen ergaben sich in zweierlei Hinsicht: Zum einen im Zusammenhang mit der Nutzung von Aufnahmegeräten. Trotz potenzieller technischer Ausfälle und Schwierigkeiten, sowohl bei Online- als auch bei Vorortbefragungen, verliefen alle Interviews ohne merkliche Probleme. Zum anderen gab es eine Teilnehmer*in, deren Muttersprache nicht Deutsch war. Ihre Sprachkenntnisse befanden sich auf einem Niveau, bei dem eine Interviewführung möglich war, allerdings war es notwendig, die Fragen zu vereinfachen und langsam vorzugehen, um Missverständnisse zu vermeiden und aussagekräftige Antworten zu erhalten. Die Dauer der Interviews betrug zwischen minimal etwa 45 Minuten und maximal etwa zwei Stunden. Alle Interviews wurden im Zeitraum Juli und August 2025 durchgeführt. In Anbetracht der verschiedenen Interviewpartner*innen und ihrer unterschiedlichen Expertisen und Erfahrungswerte in Bezug auf den Pflegebereich wurden drei verschiedene Leitfäden entwickelt, welche eine Kombination aus folgenden Themengebieten enthielten:

- Pflege und Versorgung (a)
- Verantwortung und Zuständigkeit (b)

- politischer Rahmen und Zukunft der präventiven Pflege (c)
- Finanzierung und Ressourcen (d)
- Wohnsituation (e)
- Aktivitäten und Pflegeangebot (f)

Alter	Geschlecht	Herkunft	Beruflicher Hintergrund	Leitfaden
49	weiblich	Österreich	Community Nurse (CN)	Pflegekraft (a, b, c)
46	weiblich	Österreich	Community Nurse (CN)	Pflegekraft (a, b, c)
59	weiblich	Österreich	Community Nurse (CN)	Pflegekraft (a, b, c)
31	männlich	Österreich	Acute Community Nurse (ACN)	Pflegekraft (a, b, c)
64	weiblich	Slowenien	Heimhilfe (HH)	Pflegekraft (a, b, c)
54	weiblich	Österreich	Heimhilfe (HH)	Pflegekraft (a, b, c)
35	männlich	Österreich	Hauskrankenpflege (HKP)	Pflegekraft (a, b, c)
76	männlich	Österreich	Führungsebene (VH)	System/Organ. Ebene (b, c, d)
86	weiblich	Österreich	Seniorin	Alternatives Wohnen (b, e, f)

Wie Dannecker und Voßemer (2014, S. 169) in ihrem Beitrag über „qualitative Interviews in der Entwicklungsforschung“ betonen, ist eine vertrauensvolle Atmosphäre bei Interviews entscheidend, um der befragten Person ausreichend Raum für ihre Erzählungen zu geben. Die Beziehung zwischen Interviewer*in und Befragten spielt dabei eine zentrale Rolle: Vertraulichkeit, Respekt und eine offene, nicht wertende Haltung fördern, dass sich die befragten Personen öffnen und ihre Erfahrungen schildern.

Zu Beginn jedes Interviews wurden der Forschungszweck, die Thematik sowie die Vertraulichkeit bzw. die Anonymisierung personenbezogener Daten besprochen und um das Einverständnis für die Aufnahme der Befragung gebeten. Alle Befragten stimmten zu. Zudem war allen Teilnehmer*innen im Vorfeld eine Einverständniserklärung gesendet worden, in der all diese Punkte einschließlich einer Datenschutzerklärung verschriftlicht worden waren. Diese wurde von beiden Parteien – Forscherin und Interviewpartner*in bzw. Expert*in – vor dem Tag oder am Tag des Interviews unterfertigt, und beide erhielten eine Kopie. Im Rahmen dieser einleitenden Erklärung wurde außerdem verabredet, dass Fragen ohne jede Angabe von Gründen nicht beantwortet werden können und die Beantwortung jeglicher Fragen freiwillig erfolgt (vgl. Dannecker & Voßemer, 2014, S. 169).

Während der Interviews herrschte eine respektvolle, wertschätzende und angenehme Atmosphäre, was eine offene Gesprächsführung begünstigte. Im Vorfeld wurde jeweilig geklärt, ob „geduzt“ oder „gesiezt“ werden sollte. Gleichzeitig ist anzumerken, dass Interviewsituationen stets von einem gewissen Maß an gegenseitiger Beeinflussung geprägt sind, ein Prozess, der nur eingeschränkt planbar ist. In Befragungssituationen wirken außerdem Macht- und Statusasymmetrien, die kritisch reflektiert werden müssen, auch bei Expert*inneninterviews. Im Interviewsetting nehmen Expert*innen aufgrund ihres institutionellen Status und ihres Fachwissens eine (wissens-)autoritative Rolle ein, während die Interviewer*in die strukturierende Gesprächsleitung übernimmt. Diese Asymmetrie ist methodisch gewollt, darf aber nicht naturalisiert werden, denn sie reproduziert gesellschaftliche Hierarchien und erfordert stetige Reflexivität (vgl. Dannecker & Voßmer, 2014, S. 171; Helfferich, 2014, S. 559ff).

Die Aufgabe der Forscherin bestand neben der strukturierten Gesprächsleitung, gestützt auf die vorab entwickelten Leitfäden, vor allem darin, aufmerksam zuzuhören, zentrale Inhalte zu dokumentieren und den Gesprächsfluss mittels Erzählanregungen, Rückfragen und vertiefendem Nachfragen zu fördern. Ziel war es, alle relevanten Aspekte des Forschungsthemas umfassend zu erfassen. Aufgrund der vertrauensvollen Atmosphäre und dem gemeinsamen Interesse an der Thematik entwickelten sich in einigen Interviews phasenweise offene Gesprächsformen, die über den Leitfaden hinausgingen. In diesen Momenten galt es, die Offenheit produktiv zu nutzen, ohne den Fokus der Erhebung aus den Augen zu verlieren, etwa indem bei thematischen Abschweifungen respektvoll wieder zum Leitfaden zurückgeführt wurde (vgl. Helfferich, 2014, S. 566ff).

Die Auswertung der Interviews erfolgte in mehreren Schritten. Zuerst wurden die Audioaufnahmen mithilfe des Transkriptionsprogramms, TurboScribe, unter Einhaltung verschiedener einfacher Transkriptionsregeln automatisch verschriftlicht. Folgende Transkriptionsregeln wurden bei der Verschriftlichung der Interviews angewandt:

- Es wurde wortgetreu, aber sprachlich geglättet transkribiert, d.h. wenn möglich wurde Dialekt oder Umgangssprache sinngemäß ins Hochdeutsche übertragen.
- Füllwörter und nicht bedeutsame Pausen – beispielsweise kurze Pausen – wurden weggelassen.
- Längere Pausen oder emotionale Ausdrücke, wie Lachen oder Seufzen wurden – wenn sie für das Verständnis des Inhaltes bedeutsam waren – vermerkt.

- Unverständliche Worte oder Abschnitte wurden entsprechend mit (unv.) gekennzeichnet.
- Die Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Interviewpartner*innen erfolgte mittels Kürzel, zum Beispiel CN1, HH2, HKP (vgl. Dresing & Pehl, 2015, S. 17ff).

Anschließend wurden die Transkripte im Sinne qualitativer Standards nachbearbeitet. Sie wurden erneut angehört, gegebenenfalls entsprechend korrigiert (z.B. bei unklaren Passagen) und vollständig anonymisiert (Namen, Institutionen, Orte wurden durch Pseudonyme ersetzt). Die auf diese Weise entstandenen verschriftlichten Gesprächsprotokolle dienen als Grundlage für die weitere Interpretation und Analyse (vgl. Dresing & Pehl, 2015, S. 17ff).

3.1.5. Analyse

Nach Abschluss des Transkriptionsprozesses wurden die leitfadengestützten Expert*inneninterviews mittels deduktiv-induktiver, kategoriegeleiteter qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring und Fenzl (2014) ausgewertet. Diese Methode verbindet theoretische Fundierung mit Offenheit gegenüber neuen Befunden und erweist sich damit als besonders geeignet für das explorative Erkenntnisinteresse der vorliegenden Forschung. Dabei kamen sowohl die zusammenfassende Inhaltsanalyse – zur Reduktion und Verdichtung zentraler Aussagen – als auch die strukturierende Inhaltsanalyse – zur systematischen Ordnung des Materials entlang theoretischer Kategorien – zur Anwendung (vgl. Mayring & Fenzl, 2014, S. 543ff). Die Oberkategorien wurden dabei deduktiv aus dem theoretischen Rahmen und der Literaturrecherche abgeleitet und bereits bei der Entwicklung der Interviewleitfäden berücksichtigt. Die Unterkategorien entstanden induktiv im Verlauf der Materialsichtung durch wiederholtes Anhören der Interviews, systematisches Kodieren und kontextuelle Interpretation. Das Kategoriensystem wurde im Laufe der Analyse wiederholt überarbeitet, ergänzt und gegebenenfalls verworfen, um eine intersubjektiv nachvollziehbare und theoretisch fundierte Struktur zu gewährleisten (vgl. Mayring & Fenzl, 2014, S. 543ff). Die Kategorienbildung erfolgte in einem ersten Schritt manuell (unter Verwendung von Karteikarten) und wurde anschließend in einem zweiten Schritt mithilfe der Software MAXQDA digital verfeinert und in Beziehung zueinander gesetzt.

Im Rahmen der Kodierung wurde der Sinnabschnitt – als kleinste in sich geschlossene Bedeutungseinheit im Transkript – als Kodiereinheit festgelegt. Die Kontexteinheit umfasst jeweils das gesamte Interview, um Aussagen nicht aus ihrem Zusammenhang zu reißen,

während die Auswertungseinheit das gesamte erhobene Interviewmaterial bildete. Jede Kategorie (Ober- und Unterkategorie) wurde unter Berücksichtigung der Kodierregeln theoretisch definiert, mit einem oder mehreren Ankerbeispielen aus dem Interviewmaterial illustriert und anschließend interpretativ verdichtet. Die entstandenen Kategorien wurden abschließend kontextualisiert, theoretisch reflektiert und in Beziehung zum übergeordneten Forschungsrahmen gesetzt (vgl. Mayring & Fenzl, 2014, S. 543ff).

3.1.6. Gütekriterien

Jede Forschung – unabhängig ob quantitativ oder qualitativ – sollte ein Mindestmaß an Güte aufweisen. In der quantitativen Forschung sind seit langem die „klassischen Gütekriterien“ Reliabilität, Validität und Objektivität etabliert. Diese sind jedoch aufgrund der Verschiedenheit im methodischen Vorgehen für qualitative Forschungsvorhaben ungeeignet und finden in der qualitativen Sozialforschung keine Anwendung. (vgl. Flick, 2014, S. 412f.)

Stattdessen orientiert sich die qualitative Sozialforschung an eigenen Gütekriterien, die auf Glaubwürdigkeit, Nachvollziehbarkeit und Übertragbarkeit basieren (vgl. Flick, 2014, S. 412ff). Ein zentrales Verfahren zur Gewährleistung der Glaubwürdigkeit ist die „kommunikative Validierung“. Dabei kann beispielweise auf Basis eines Austauschs zwischen dem/der Forscher*in und Expert*innen in Form von Expert*innenvalidierung im Laufe der Forschung die Validität der Ergebnisse gesichert werden. Im Fall der vorliegenden Forschung wurde zur Gewährleistung der Güte „kommunikative Validierung“ in Form von regelmäßigem Feedback und Gesprächen mit der betreuenden Person praktiziert. Sogenannte „Member Checks“, bei denen auch vorläufige Forschungsergebnisse den Interviewpartner*innen vorgelegt werden, um deren Validität und Übereinstimmung mit ihren Ansichten zu prüfen, wurden aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens der Masterarbeit nicht durchgeführt (vgl. Flick, 2014, S. 414ff).

In der qualitativen Forschung dient auch „Triangulation“ dazu, die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse durch mehrere Perspektiven, Methoden oder Erhebungsmaterialien zu stärken (vgl. Flick, 2014, S. 418f.). In dieser Untersuchung wird Triangulation in Form von Theorie-Triangulation eingesetzt. Verschiedene theoretische Konzepte, darunter Care-Soziologie, Biopolitik, Praktiken der Selbstsorge, Neoliberalismus und Austerität, werden in ihrem Wechselverhältnis zueinander und zum Forschungsfeld der präventiven Pflege mit dem Ziel analysiert, blinde Flecken der einzelnen Theorien zu überwinden und ein detailliertes Verständnis der untersuchten Phänomene zu ermöglichen.

Ein weiteres, in der vorliegenden Arbeit angewandtes Gütekriterium ist die „intersubjektive Nachvollziehbarkeit“, d.h. die Transparenz des Forschungsprozesses. Diese wurde durch zwei Maßnahmen sichergestellt:

- 1) Zum einen durch die kontinuierliche Führung eines Forschungstagebuchs, in dem methodische Entscheidungen, theoretische Überlegungen und interpretative Zweifel festgehalten wurden.
- 2) Zum anderen durch eine nachvollziehbare und systematische Darlegung aller methodischen und theoretischen Entscheidungen im Verlauf der Arbeit (vgl. Flick, 2014, S. 420f.).

Beides ermöglicht den Leser*innen, den Forschungsprozess transparent nachzuvollziehen und die Plausibilität der Interpretationen kritisch zu prüfen.

3.1.7. Generalisierung der Forschungsergebnisse

Da es sich bei dieser Forschung um eine qualitative Einzelfallstudie handelt, ist eine statistische Verallgemeinerung, von einer ausgewählten Stichprobe auf eine (bestimmte) Grundgesamtheit zu schließen, weder möglich noch intendiert (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 173ff). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird die präventive Pflege in Österreich anhand der drei im Vorfeld ausgewählten präventiven Pflegeformen, Angehörigenpflege, Community Nursing und mobiler Pflegedienst, untersucht. Ziel ist es, diesen spezifischen Fall – präventive Pflege – in seiner Vielfalt umfassend zu beleuchten. Die im Rahmen dieser Forschung gewonnenen Erkenntnisse liefern ausschließlich kontextabhängige Einsichten in Bezug auf die Herausforderungen und Perspektiven der präventiven Pflege in Österreich mit dem Fokus auf Wien und Niederösterreich.

Eine Generalisierung im Sinne analytischer Verallgemeinerung, d.h. der theoriebezogenen Verallgemeinerung, wird dadurch ermöglicht, dass die Ergebnisse der vorliegenden Forschung herangezogen werden können, um theoretische Konzepte, wie Biopolitik oder Care-Soziologie, empirisch kritisch zu prüfen, zu schärfen oder zu modifizieren, aus der Perspektive der präventiven Pflege. Damit könnte – über diesen konkreten Einzelfall hinaus – ein besseres Verständnis der präventiven Pflege in Österreich ermöglicht werden (vgl. Yin, 2018, S. 79ff). Zudem könnte diese Forschung einen Anstoß für zukünftige weiterführende bzw. vertiefende Forschungen darstellen.

Nach der ausführlichen methodischen Darstellung des gewählten Forschungsprozesses folgt im nächsten Abschnitt die Auswertung des empirischen Materials. Im Zentrum stehen

hierbei die bedeutsamsten Themen und Deutungsmuster, die sich aus der deduktiv-induktiven qualitativen Inhaltsanalyse ergeben.

3.2. Auswertung

Im Rahmen dieses Forschungsschrittes wurde auf Basis zuvor herausgearbeiteter theoretischer Konzepte, der Interviewleifäden sowie des erhobenen Interviewmaterials ein Kategoriensystem aus deduktiven Ober- und induktiven Unterkategorien entwickelt, das anhand von Ankerbeispielen differenziert analysiert und anschließend diskutiert wird.

3.2.1. Präventive Pflege

Der Pflegeberuf wird als „krisensicherer Job [...]“ beschrieben (Interview HKP, 1:57:21-1:58:19), der zugleich „[...] auch in [allen, AT] psychischen Situationen herausfordernd und anstrengend ist“ (Interview FE, 10:26-22:44).

Damit wird der Zwiespalt des Pflegeberufs ersichtlich, da dieser einerseits als sichere und unabdingbare Tätigkeit bezeichnet wird, andererseits ist er ein emotional und körperlich stark beanspruchender Beruf. Diese Doppeldeutigkeit von Notwendigkeit und starker Belastung werden in der Care-Soziologie im Rahmen von systematischer Geringschätzung und Anerkennung diskutiert.

Die Oberkategorie *präventive Pflege* als Teil der österreichischen Pflegelandschaft umfasst die Pflegeformen „(Acute) Community Nursing“ und „mobile Pflegedienste“, speziell Heimhilfe und Hauskrankenpflege. Die Angehörigenpflege war in der empirischen Erhebung nicht vertreten, wurde allerdings im theoretischen Teil der Arbeit berücksichtigt.

Die Unterkategorien beinhalten das *Setting*, die *Zielsetzung* und das *Pflegeangebot*, wobei zwischen *pflegerischen* und *nicht-pflegerischen Angeboten* unterschieden wird sowie die *aktuelle Pflegesituation*, den *politischen Rahmen* und bestehende *Herausforderungen*.

Setting

Der Rahmen und die Versorgung in der präventiven Pflege spielt sich „[...] zu Hause in der bekannten Umgebung [...]“ (Interview HH1, 1:13-1:33) der pflegebedürftigen Person ab. Die Zielgruppe, welche bei dieser Art von Pflege abgedeckt wird, ist breit gefächert und reicht „[...] vom pflegebedürftigen Kleinkind bis zum Palliativpatienten“ (Interview ACN, 3:20-4:05). Die konkrete Zuständigkeit hängt dabei von der jeweiligen Qualifikation und dem Tätigkeitsbereich des (zuständigen) Pflegepersonals ab.

Dabei zeigt sich, dass die meisten Patient*innen aufgrund ihrer Unterstützungsbedürfnisse eher älter oder (hoch-)betagt sind. Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist „[...]“, dass präventive Pflege wirklich nicht als Konkurrenz [...]“ (Interview ACN, 11:42-12:06) zu bestehenden Angeboten und Dienstleistungen verstanden wird, sondern vielmehr als eine (entlastende) Ergänzung.

Zielsetzung

In der präventiven Pflege werden zwei ineinandergreifende Zielsetzungen verfolgt. Zum einen besteht sowohl im (Acute) Community Nursing als auch in der mobilen Pflege das Bestreben „[...]“, dass das Gesundheitssystem entlastet wird“ (Interview CN2, 22:45-23:30) und damit zugleich „[...] auf extreme Nachhaltigkeit abzielt“ (Interview CN2, 10:52-11:01).

Dies schließt sowohl die Entlastung von Angehörigen und (Haus-)Ärzt*innen als auch die Vermeidung von Hospitalisierungen durch eine adäquate Versorgung ein, welche „so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden“ (Interview CN2, 13:13-13:31) stattfinden soll. Trotz dieser Zielsetzung bestehen die Pflegekräfte darauf, dass „es in manchen Fällen nicht geht. Man muss es ja nicht übers Knie brechen“ (Interview ACN, 22:39-23:35).

Präventive Pflege ist den Expert*innen zufolge als zusätzliches und – bei angemessener Umsetzung – entlastendes Angebot zu begreifen, das eine vielfältige und niederschwellige Art der häuslichen Versorgung bereitstellt, unabhängig von der Altersgruppe der betreuenden Personen.

Pflegeangebot

„Die Bundesländer sind verschieden stark mit ihren professionellen Angeboten und Dienstleistungen aufgestellt“ (Interview FE, 1:23-9:30). Grundsätzlich besteht bei den Pflegekräften Einigkeit darüber, dass „[...] genug Angebote da sind“ (Interview CN1, 27:58-29:41).

Das (Acute) Community Nursing ist für alle Bürger*innen kostenlos und möglichst niederschwellig konzipiert, und auch in der mobilen Pflege werden zahlreiche Leistungen zumindest teilweise finanziell gefördert. Dabei gehen die „(individuellen) Bedürfnisse ganz breit auseinander“ (Interview HKP, 4:32-5:40). Dementsprechend werden „[...] nicht nur Gesundheitsthemen oder Pflege Themen, sondern auch die Sozialthemen“ abgedeckt (Interview CN2, 4:39-7:51), vom niedrigen Betreuungsbedarf bis hin zu Intensivbetreuung

und nicht-pflegerischen Notständen, beispielsweise finanzielle Notlagen, mit denen sich die befragten Community Nurses regelmäßig befassen. Angesichts dieser Bandbreite wurde die Unterkategorie „Pflegeangebote“ nochmals in *pflegerische* und *nicht-pflegerische Angebote* unterteilt.

Community Nurses übernehmen „[...] eher eine beratende Tätigkeit“ (Interview ACN, 10:27-10:38) und „[...] distanzieren sich von pflegerischen Tätigkeiten“ (Interview CN2, 0:51-1:18). „Sie sind in erster Linie da, um zuzuhören, zu unterstützen, zu helfen und zu vermitteln“ (ebd., CN2, 0:51-1:18). Dies geschieht in unterschiedlichen Formaten. „Man berät am Telefon, wenn gewünscht. Wenn es am Telefon nicht ausreichend ist, dann machen wir auch (präventive) Hausbesuche oder eben Sprechstunden und Beratungsstunden im Büro“ (Interview CN1, 2:31-3:49).

Ziel dieser Tätigkeit ist es, „[...] die Leute vorab schon zu informieren“, in einem präventiven Sinne aufzuklären, beispielsweise mittels Breitenschulungen oder Vorträgen (Interview CN1, 24:30-25:06) und „[...] nicht nur die Gesundheitskompetenz, sondern die Kompetenz der Leute allgemein zu stärken“ (Interview CN1, 52:22-52:58).

Die mobile Pflege umfasst wiederum sowohl pflegerische als auch nicht-pflegerische Tätigkeiten. Diese reichen „von Haushalt, Pflege, Körperpflege, Besorgungen, Kommunikation, Wege zum Arzt oder Begleitung ins Spital oder zu Terminen“ im Rahmen der Grundversorgung bis hin zu „[...] Wundmanagement, Medikamente und Spritzen dispensieren sowie Infusionstherapie“ (Interview HH1, 1:57-8:52; Interview HKP, 4:32-5:40). Die pflegerischen Tätigkeiten beziehen sich somit konkret auf das „[...] Am-Mensch-Arbeiten“ (Interview CN2, 20:49-22:29). Im Bereich des Acute Community Nursings liegt der Fokus hingegen darauf, „im Akutsetting pflegerische Handlungen zu machen, die sonst im Regelbetrieb die mobile Pflege macht“ (Interview ACN, 1:22-2:06).

Die Interviews verdeutlichen, dass das vielfältige (präventive) Pflegeangebot als eine Art „Buffet“ betrachtet werden kann „[...] wo man sich rausholt, was jetzt gerade für einen oder für diese Person gut ist“ (Interview HH2, 54:43-55:50), und dies somit flexibel an individuelle Pflegesituationen, Bedürfnisse und Wünschen der pflegebedürftigen Personen angepasst werden kann.

Aktuelle Pflegesituation

Die aktuelle Pflegesituation wird von den befragten Pflegekräften als zunehmend herausfordernd beschrieben. Diese Einschätzung beruht auf mehreren strukturellen und organisatorischen Umständen, die in der Pflege seit langem bekannt sind. Betont wird, dass „[d]ie Standards [...] massiv gesunken seien“ (Interview CN2, 3:42-5:14). Zugleich zeige sich in Bezug auf das Pflegepersonal, dass „[m]omentan [...] die Lage so [ist], dass sie alles nehmen müssen und alles behalten müssen“ (Interview CN1, 45:35-45:55). Dadurch werde deutlich, dass „Quantität [...] schnell einmal“ erreicht sei, es sei „aber die Qualität“ (Interview HKP, 42:48-43:22), die zunehmend fehle.

Auch die angrenzenden Versorgungsbereiche sind von dieser Überlastung betroffen. So sind „[...] die Ärzte bei uns alle, 'bummvoll', [...], vollends ausgelastet“, AT] und das Feedback der Patienten ist, dass die [Ärzt*innen, Ambulanzen, AT] halt übergehen und keine Zeit haben“ (Interview CN2, 14:59-15:08). Ebenso seien die „[...] sozialen Dienste [...] extrem überfordert und unter zeitlichem Druck“ (Interview CN2, 27:42-28:43). Folglich leidet die Qualität der Versorgung, da es sich „[...] in Wirklichkeit [um] eine Massenabfertigung“ handle (Interview CN2, 18:24-18:29), bei der der Mensch „[...] weniger im Mittelpunkt steht, sondern nur der Task [sic]“ (Interview CN2, 15:15-16:26).

Diese prekären Arbeitsbedingungen im Pflegesektor führen dazu, dass „die Pflegekräfte davonlaufen“ (Interview CN2, 3:42-5:14). Wie sich eine Interviewpartner*in ausdrückt, ist die Tätigkeit im Pflegesetting „halt ´mega unattraktiv““ (Interview ACN, 19:18-19:43).

Diese Angaben der Befragten weisen auf ein chronisch überlastetes System hin, das durch schlechte Arbeitsbedingung und hohe Fluktuation zusätzlich in Bedrängnis gerät und damit viele qualifizierte Arbeitskräfte verliert oder abschreckt. Dies wird bereits seit langem in der Care-Soziologie und unlängst auch im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs in Österreich thematisiert.

Politischer Rahmen

Der politische Rahmen der präventiven Pflege ist ein maßgebliches Kriterium für das Bestehen spezifischer Pflegeangebote, der Pflegesituation und der damit einhergehenden Herausforderungen. Aufgrund der föderalen Struktur Österreichs gibt es mit „neun Bundesländern auch neun verschiedene Gesetze“ (Interview CN, 1:10:54-1:11:01), die die jeweilige Pflegelandschaft rahmen. Wie ein/e Interviewpartner*in sagt, kocht jedes

Bundesland „[...] sein eigenes Süppchen“ (Interview CN1, 40:08-40:20) und unter Umständen auch „[...] gar nichts“ (Interview CN2, 23:39-25:06).

Zwar geben sowohl der Bund als auch die Länder einen allgemeinen gesetzlichen Rahmen vor, „[...] aber interne Richtlinien [beispielsweise in Trägerorganisationen, welche Pflege anbieten, AT] werden noch enger gesetzt“ (Interview HKP, 41:05-41:46) bzw. „gibt es oft diffuse Graubereiche, wo man sich überlegen muss, fällt das jetzt in meine Zuständigkeit“ (Interview HKP, 10:04-10:36). Das interviewte Pflegepersonal führt dies auf die „[...] schwammige Formulierung“ des gesetzlichen Rahmens zurück und beschreibt dies als einschränkend (Interview HKP, 1:31:23-1:31:53). Einen weiteren einschränkenden Faktor bildet die Bürokratie. Eine befragte Community Nurse zeigt sich über die langwierige Bearbeitungsdauer bei Behördenwegen besorgt und betrachtet die Situation in der Pflege als „[...] echt schwierig, weil der Behördengang so extrem lang ist“ (Interview CN3, 15:07-16:18).

Eine befragte Heimhilfe erwähnte, dass vor einigen Jahren eine neue gesetzliche Maßnahme zur Rotation der Patient*innen im Rahmen der Heimhilfe eingeführt wurde. Diese Pflegekraft wusste nicht genau, von wem diese Maßnahme angeordnet wurde. Allerdings sei erwähnt, dass die jeweiligen Trägerorganisationen diese Richtlinien nach eigenem Ermessen umsetzen oder auch davon absehen können. Diese Regelung hat zur Folge, dass Heimhilfen nicht mehr ausschließlich ihre Stammklient*innen betreuen, sondern regelmäßig wechseln, wodurch fortlaufend unterschiedliche Pflegekräfte zu den Patient*innen Hause kommen. Diese Veränderung kann – je nach Krankheitsbild – (besonders) belastend sein, da die Patient*innen den „Hausbrauch“ immer wieder neu erklären und zu jeder Pflegeperson erst Vertrauen aufbauen müssen. Folglich kann die Qualität der Versorgung merklich beeinträchtigt werden. In Organisation B betont die Pflegekraft jedoch, dass versucht werde, „immer wieder die gleichen zu schicken. Wir müssen nicht so arg herumspringen“ (Interview HH2, 1:07:04-1:07:09). Auch in Organisation C hebt eine Pflegekraft hervor: „Ich habe einen Patienten jahrelang betreut.“ (Interview HKP, 58:38-58:47)

Bezüglich einer österreichweiten Harmonisierung der gesetzlichen Regelungen herrscht unter den befragten „Expert*innen“ Einigkeit. „Es ist schade, dass es nicht möglich ist, dass innerhalb Österreich einheitlich zu gestalten“ (Interview HKP, 1:13:59-1:14:32). Wie im Interview mit HKP deutlich wird, könnten mehr Klarheit und Eindeutigkeit in den

gesetzlichen Vorgaben zu einer stärkeren Vereinheitlichung führen, da der Auslegungsspielraum reduziert würde.

Herausforderungen

Eine der zentralen situativen Herausforderungen in der präventiven Pflege Österreichs zeigt sich – wie gerade dargelegt – im Zusammenhang mit den politischen Rahmenbedingungen, insbesondere in der föderal bedingten Inhomogenität der gesetzlichen und institutionellen Strukturen. Zudem weisen mehrere Pflegekräfte auf ein weiteres, tiefgreifenderes Problemfeld hin, dass sie als mentalitätsbezogen beschreiben. Dieses betrifft sowohl die Haltung der Bevölkerung als auch jenen der Organisationen und entscheidenden Organe gegenüber Pflege und Prävention.

In den Befragungen wird die Mentalität der Österreicher*innen mehrfach als zurückhaltend und von einer gewissen Unzufriedenheit geprägt beschrieben. „[M]an zieht sich zurück und jammert“ (Interview CN1, 46:34-46:36). Diese Haltung äußert sich unter anderem darin, dass „die Leute sich einfach nicht helfen lassen wollen“ (Interview HH2, 1:00:22-1:01:16), oder dass „[...] die Leute selber oft sehr beschämt [sind] und [...] gar nicht um Hilfe bitten [wollen]“ (Interview FE, 50:52-52:51). Aus Sicht der befragten Pflegekräfte erschwert diese Zurückhaltung die Akzeptanz und die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen erheblich: Es sei „extrem schwierig, das Bewusstsein in den älteren Menschen zu schaffen“, weil „das Präventive [...] fast nicht angenommen [wird]“ (Interview CN3, 20:40-21:05; 21:07-21:43).

Zugleich lässt aus dem erhobenen Material auf eine allmähliche Veränderung im gesellschaftlichen Bewusstsein schließen. Einige Interviewpartner*innen beobachten in jüngerer Zeit eine zunehmende Offenheit gegenüber dem Präventionsthema. Eine Pflegekraft äußert, „dass sich die Leute auch wirklich Gedanken über ihre eigene Gesundheit und auch über ihre eigene Vorsorge machen“ (Interview HKP, 1:21:08-1:21:34). Diese Entwicklungen stehen jedoch im Kontrast zu einer politischen und administrativen Trägheit, die von den Befragten kritisch hervorgehoben wird. Eine Pflegekraft fasst zusammen, dass ein zeitnahes politisches Handeln vonnöten sei: „[E]s wurde bereits genug medial breitgetreten, die Pflege hat ein Problem. [...] Jeder weiß, es gehört in Angriff genommen, aber keiner tut es“ (Interviews HKP, 1:25:41-1:26:42).

Wie es scheint, deutet sich in den vergleichbar jüngeren Alterskohorten ein Wandel im Mindset an, der stärker auf Eigenverantwortung und selbstbestimmte Entscheidungen in

Vorsorgefragen hinweist. Diese Entwicklung könnte langfristig zu einer Normalisierung präventiver Praktiken beitragen, vorausgesetzt, dass sie durch geeignete politische und gesellschaftliche Maßnahmen gestützt wird. Diese Ergebnisse vorliegender Interviews zeigen, dass es erforderlich wäre, die älteren Generationen gezielt in diesen Wandel einzubeziehen, und den auf politischer Ebene initiierten „Vorsorgedialog“ auch gesellschaftlich breiter zu verankern. Erst durch eine solche Verflochtenheit individueller, institutioneller und struktureller Ebenen kann Prävention nachhaltig als Teil einer gemeinschaftlichen Gesundheitskultur etabliert werden.

3.2.2. Versorgungslücken

Die Oberkategorie *Versorgungslücken* umfasst sowohl strukturelle Lücken – beispielsweise den Personalmangel – als auch inhaltliche und organisatorische Defizite, wie etwa dem eingeschränkten Zugang zu Informationen, bestehende Engpässe und Mängel in der österreichischen Pflegelandschaft. Diese Faktoren beeinträchtigen eine adäquate Versorgung der Bevölkerung. Daher werden im Folgenden die ermittelten Unterkategorien *Personalmangel*, *Dienstzeiten*, *Informationen*, *Pflegemodelle* und *Netzwerke* näher erläutert.

Personalmangel

Der langjährige Mangel an (Fach-)Personal wird im Rahmen der präventiven Pflege in Österreich von den interviewten Personen als strukturelles Dauerproblem beschrieben. Eine Pflegekraft bringt dies auf den Punkt. „Also der Personalmangel bleibt immer das gleiche Gespräch [sic]“ (Interview CN1, 1:11:58-1:12:16). Die Interviewaussagen verweisen auf fortwährende Einsparungen im Pflegebereich sowie auf unzureichende Arbeits- und Rahmenbedingungen, die die Rekrutierung von Personal zusätzlich erschweren. So betont eine Pflegeperson: „Fachpersonal [ist] bei uns einfach wirklich, wirklich schwer zu kriegen“ (Interview HKP, 5:42-6:50). Auch auf Leitungsebene wird die Situation als kritisch eingeschätzt: „[D]ie Personalsituation [ist] sehr angespannt [...] und daher [besteht] auch große Skepsis meinerseits [...], ob der notwendige Bedarf gedeckt werden kann“ (Interview FE, 42:15-45:36).

In Hinblick auf diese Situation treten präventive Aufgaben und deren Implementierung häufig in den Hintergrund, da die vorhandenen personellen Ressourcen vorrangig in die akute Versorgung fließen. Mehrere Befragte zeigten sich skeptisch, ob der fortbestehende Personalmangel in absehbarer Zeit unter den gegebenen Rahmenbedingungen behoben

werden kann. Aus den Interviews lässt sich daher die Notwendigkeit einer langfristigen, strukturell ausgearbeiteten Strategie ableiten, die auf eine nachhaltige Attraktivierung des Pflegeberufs abzielt, sowohl durch verbesserte Arbeitsbedingungen als auch durch höhere gesellschaftliche Anerkennung und Besoldung.

Dienstzeiten

Während die Arbeitszeiten von Pflegekräften insgesamt als einer der Faktoren gelten, die den bestehenden Personalmangel zusätzlich verschärfen, zeigt sich im Bereich der präventiven Pflege ein differenziertes Bild. In nahezu allen untersuchten Teilbereichen – Community Nursing, Heimhilfe und Hauskrankenpflege – gelten geregelte Arbeitszeiten von Montag bis Freitag, meist mit Kernzeiten zwischen 7:00 und 20:00 Uhr. Eine Ausnahme stellt das Acute Community Nursing dar, das aufgrund seines spezifischen Akutsettings auch Nacht- und Wochenenddienste umfasst.

Wie eine Interviewpartner*in berichtet, dass „[...] Versorgungsdefizite vor allem in der Nacht sowie an den Wochenenden und den Feiertagen“ bestehen (Interview HKP, 17:56-19:46). In diesen Zeiträumen seien „[...] die Patienten und die Angehörigen auf sich gestellt, bis zum nächsten Werktag. Es gibt zwar an den Wochenenden und den Feiertagen Hauskrankenpflege, allerdings kostet diese wieder hundert Prozent Zuschlag“ (ebd. HKP, 17:56-19:46). Diese Aussagen verdeutlichen, dass außerhalb der regulären Arbeitszeiten erhebliche Lücken in der pflegerischen Versorgung besteht, die sowohl die Patient*innen als auch deren Angehörige stark belasten.

Ein weiterer Engpass ergibt sich während der Haupturlaubszeit im Sommer. Eine Pflegekraft schildert die Situation prägnant: „Sommer ist immer Horror für alle Einrichtungen“ (Interview HKP, 42:20-42:46). Während der Schulferienmonate Juli und August verschärft sich der Personalmangel zusätzlich, da zu dieser Zeit häufig reduzierte Personalressourcen mit einem Anstieg des Personalbedarf zusammenfallen. „[G]erade in dieser Zeit, wo ich auch schon weniger Personal habe, dann auch noch mehr Leute zu versorgen, und die dann auch pflegerisch adäquat und qualitativ, da wird es dann schwierig“ (Interview HKP, 42:20-42:46).

Die in der Pflege allgemein üblichen unregelmäßigen Arbeitszeiten betreffen in der präventiven Pflege somit ausschließlich auf das akute Pflegesetting zu. Allerdings steht häufig insbesondere in der Nacht, wenig oder gar kein Personal zur Verfügung, was nach Aussage der interviewten Personen zu vermehrten Hospitalisierungen und

Rettungseinsätzen führt, die im Rahmen der präventiven Pflege im Sinne der Entlastung von sämtlichen Institutionen vermieden werden sollen. Diese strukturellen Einschränkungen machen sichtbar, welche enge Verknüpfungen zwischen Personalressourcen, Arbeitszeitmodellen und der Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen Versorgung bestehen.

Informationsdefizite

Ein weiterer zentraler Problembereich in der präventiven Pflege stellt – nach Einschätzung der Befragten – der unzureichende Zugang der Bevölkerung zu relevanten Informationen dar. Mehrere Interviewpartner*innen kritisieren, dass „überhaupt keine Aufklärungsarbeit geleistet“ werde, um sich frühzeitig geeignete Unterstützung zu organisieren und sich familienintern auf eine mögliche Pflegesituation vorzubereiten (Interview CN2, 7:27-8:13).

Als zusätzlich problematisch wird die zunehmende Verlagerung von Informationsangeboten in den digitalen Raum beschrieben. Immer mehr wichtige Informationen seien ausschließlich online verfügbar, beispielsweise über Plattformen, Webseiten, soziale Medien oder spezifischen Portalen. Eine Pflegekraft merkt dazu an, dass die Digitalisierung zwar kein Problem „für unsere Generation [bis 35 Jahre, AT]“ (Interview HKP, 1:50:24-1:51:34) darstellt „aber für die ältere Generation ist das eigentlich eine Katastrophe, weil auch das Bundesministerium mittlerweile alles nur mehr online stellt“ (ebd.).

Diese Entwicklung führt nach Ansicht der Befragten zu einem Informationsvakuum, das von der öffentlichen Hand sowie den Trägerorganisationen – bewusst oder unbewusst – mitverursacht wird. Fehlende oder schwer zugängliche Informationen resultieren häufig in Ratlosigkeit, Überforderung oder vermehrten Anrufen der telefonischen Gesundheitsberatung „1450“. Folglich werden Patient*innen und Angehörige zusätzlich belastet, da sie ohne gezielte Unterstützung auf sich alleine gestellt sind.

Zur Reduktion des Informationsdefizits schlagen einige Interviewte vor, dass Trägerorganisationen und Community Nurses stärker in die direkte Informationsvermittlung eingebunden werden sollten. Auf diese Weise könnte der Zugang zu relevanten Pflege- und Unterstützungsinformationen verbessert und der bestehende Informationsmangel zumindest teilweise kompensiert werden.

Pflegemodelle

Auch im Bereich der Pflegemodelle zeigen sich strukturelle Lücken, die sich sowohl zwischen den verschiedenen präventiven Pflegeformen als auch zwischen Trägerorganisationen und politischen Rahmenbedingungen auf tun. Ein besonders häufig thematisierter Aspekt betrifft die Übergangspflege bzw. das Entlassungsmanagements vom Krankenhaus zur häuslichen Umgebung. Eine Pflegekraft schildert „[...] diese sogenannte Übergangspflege ist mit ganz vielen Voraussetzungen und Kriterien behaftet. Zum Beispiel kann das kein Mensch mit Demenz sein, sonst wird er abgelehnt“ (Interview CN1, 27:58-29:41). Damit fallen bestimmte Patient*innengruppen aus dem bestehenden Versorgungssystem heraus, wodurch Familien häufig unvorbereitet mit der Frage konfrontiert werden, wie die weitere Pflege organisiert wird. Die Einschätzungen hierzu variieren je nach Trägerorganisation und regionalem Kontext, jedoch betont eine Pflegeperson: „[...] [D]as Entlassungsmanagement hat sich in den letzten Jahren deutlich gebessert. Es ist natürlich aber immer noch für alle Seiten nicht das Gelbe vom Ei“ (Interview HKP, 30:18-30:45). Diese Anmerkung verdeutlicht, dass trotz punktueller Verbesserungen weiterhin erheblicher Handlungsbedarf besteht, um Übergänge zwischen stationärer und häuslicher Pflege zu gestalten.

Ein weiteres Defizit stellt die kurzfristige Akutversorgung im Sinne von „Ich brauche morgen Pflege“ dar, die von einer Interviewpartner*in als „[...]sicher... [d]ie größte Lücke“ bezeichnet wird (Interview ACN, 13:00-13:02). Das österreichische Gesundheitssystem ist laut den Interviewten nicht darauf ausgerichtet, kurzfristig umfassende Pflegeleistungen bereitzustellen. Betroffene und Angehörige sehen sich häufig mit bürokratischen Hürden konfrontiert, bevor eine adäquate Versorgung organisiert werden kann.

Somit lässt sich aus den Interviews ableiten, dass eine lückenlose Übergangspflege, insbesondere für Patient*innen in einem stabilen aber unterstützungsbedürftigen Zustand erforderlich wäre. Ein Ausbau der Übergangspflege würde nicht nur die Krankenhäuser entlasten, sondern auch die Angehörigen in der häuslichen Pflege besser unterstützen. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch die Notwendigkeit, (Akut-)Versorgungsmöglichkeiten auszubauen, um Versorgungslücken, insbesondere im Übergang zwischen Klinik und häuslichem Umfeld, zu schließen.

Netzwerke

In den meisten Pflegefällen – ob nun akut oder in einer regelmäßigen Betreuung – sind mehrere verschiedene Trägerorganisationen, Disziplinen bzw. Berufsgruppen und Teilbereiche gleichzeitig involviert. Dementsprechend wird die präventive Pflege von den Befragten als „[...] zu hundert Prozent interdisziplinär“ (Interview ACN, 4:09-4:31) beschrieben. Damit wird eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteur*innen sowie ein kontinuierlicher Informationsaustausch als zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient*innen hervorgehoben. All das „[...] funktioniert nur mit einem guten Netzwerk, das man sich über die Jahre selbst aufbauen muss. Und das ist das Um und Auf, dieses Netzwerk“ (Interview HKP, 26:33-28:02) meint eine Pflegekraft. Diese Aussage verweist zugleich auf ein strukturelles Defizit: Solche Netzwerke für eine reibungslose Zusammenarbeit für die optimale Versorgung von Patient*innen besteht in der Regel nicht von vornherein, sondern müssen von engagiertem Pflegepersonal eigenständig aufgebaut und gepflegt werden.

Der Aufbau dieser Beziehungen und deren fortlaufende Pflege stellen eine zusätzliche Belastung im Pflegealltag dar, da sie erhebliche Zeitressourcen beanspruchen. Allerdings können nur so Zugangs- bzw. Versorgungsunterschiede vermieden werden. Infolgedessen hängt die Qualität der Kooperation und damit auch der Kontinuität der Versorgung stark vom individuellen Engagement einzelner Pflegekräfte ab.

Allgemein lässt sich daraus schließen, dass die präventive Pflege des Community nursings eine zentrale Rolle einnimmt. Deren Aufgaben beinhalten die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Akteur*innen im Gesundheits- und Pflegesystem. Durch eine institutionalisierte Förderung derartiger Netzwerkstrukturen könnten bestehende Abhängigkeiten vom individuellen Engagement reduziert und eine stabile Grundlage für eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit in der Pflege geschaffen werden.

3.2.3. Verantwortung

Die Verantwortung (bzw. Zuständigkeit) aller Beteiligten sowie die Rolle im Rahmen des präventiven Pflegesettings sind ausschlaggebend für eine optimale Versorgung der Patient*innen. Mit der Oberkategorie *Verantwortung* sollen daher die Zuständigkeiten der einzelnen Akteur*innen, d.h. des *Pflegepersonals*, des *Staat/Regierung* sowie der *pflegebedürftigen Personen* und ihrer *Angehörigen*, die die Unterkategorien in der vorliegenden Auswertung bilden, identifizieren und erläutert werden. Als weitere

Unterkategorie hat sich die mögliche *Verschiebungen* von Verantwortung und Zuständigkeit innerhalb des Pflegerahmens herauskristallisiert, die in der Auswertung aufgezeigt wird.

Staat/Regierung

Der Staat bzw. die jeweils amtierende Regierung gibt den Rahmen für die (präventive) Pflege und Versorgung in Österreich vor. Die Meinungen der Pflegekräfte gehen allerdings auseinander, wofür und welche Verantwortung/en bzw. Zuständigkeit/en der Staat übernehmen sollte und welche nicht. So meint eine Pflegekraft im Hinblick auf die vorherrschende neoliberale Biopolitik „[M]an hätte manchmal das Gefühl: Da hast du Geld, da hast du einen Rahmen und jetzt halt bitte die Luft an, mach deine Arbeit und frag nicht nach [...]“ (Interview HKP, 1:00:16-1:01:04). „Man hat manchmal das Gefühl, die richtigen Stellen würden sich aus der Affäre ziehen und die untergeordnete Stelle muss es dann übernehmen“ (Interview HKP, 1:01:07-1:01:06). Eine Community Nurse hingegen meint: „Ich persönlich finde, dass die Leute viel zu viel dem Staat aufbinden wollen“ (Interview CN1, 52:22-52:58). Als Beispiel führt sie an, dass viele Leute vom Staat die Lösung ihrer familiären Probleme oder ihrer Probleme mit dem Nachbarn, der sie mit seinem Müll stört, erwarten. „Das ist zu viel“ (Interview CN1, 52:22-52:58). Eine andere Community Nurse findet, der Staat mache „[...] von überall ein bisschen was, aber ich habe das Gefühl, nichts ist ganz fertig“ (Interview CN3, 31:29-31:52).

Wie die Interviews zeigen, wird die Zuständigkeit des Staates bzw. der Regierung nicht ausreichend klar kommuniziert. Zudem scheint der Staat selbst keine eindeutige Linie in Fragen der Verantwortung und Zuständigkeiten zu verfolgen: Er übernimmt in verschiedenen Bereichen teilweise Verantwortung, löst die damit verbundenen Probleme jedoch nicht vollständig oder zieht sich in manchen Fällen gänzlich zurück.

Pflegepersonal

Die Personen, die als Bindeglied zwischen dem Staat, Patient*innen bzw. Klient*innen und Angehörigen fungieren, sind die Pflegekräfte. Sie bewegen sich innerhalb eines staatlich vorgegebenen Rahmen sowie den Richtlinien ihrer Arbeitgeber*innen entsprechend und versuchen, eine optimale Versorgung im Sinne der Patient*innen und deren Angehörigen sicherzustellen. Dies erfordert ein hohes Maß an Verantwortung.

Eine Führungsperson im Bereich der mobilen Pflege betont: „[...] die pflegerische Verantwortung beginnt bei der einzelnen Pflegekraft und das geht dann über die

Sozialstationsleitung, Regionalleitung bis hin zur fachlichen Leitung“ (Interview FE, 30:37-35:36). So tragen alle in der Pflege Tätigen ein gewisses Maß an Verantwortung. Die Pflegekräfte fühlen sich dabei unterschiedlichen Instanzen verpflichtet – ihrem eigenen Gewissen, den Patient*innen, den Fördergeber*innen bzw. Arbeitgeber*innen sowie dem gesamten System. Zugleich wird unterstrichen, dass die pflegerische Tätigkeit nicht auf Kontrolle ausgerichtet sei: „[...] wir [sind] kein Kontrollorgan bzw. kein Regime [...], also alles ohne Zwang“ (Interview CN1, 1:03:10-1:05:19). Eine weitere Pflegeperson aus der mobilen Pflege beschreibt ihre Arbeit folgendermaßen: „[G]erade in der mobilen Pflege ist es halt einfach so, dass du mit sehr viel Eigenverantwortung unterwegs bist“ (Interview HKP, 24:56-25:37). Dieses hohe Maß an (Eigen-)Verantwortung gegenüber Patient*innen, insbesondere in kritischen Situationen in denen akuter Handlungsbedarf besteht, wird jedoch durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die hierarchischen Strukturen innerhalb der Pflegekette häufig eingeschränkt. „[I]ch brauche eine ärztliche Freigabe. Ich brauche einen Arztstempel. Mir in der HKP [Hauskrankenpflege AT] bricht es das Genick“ (Interview HKP, 23:49-24:51). Auch im Bereich der Vernetzung zeigt sich, dass Verantwortung und Eigeninitiative eine zentrale Rolle spielen: Pflegekräfte müssen sich ihre „[...] Netzwerke selber schaffen, aber auch pflegen [...]“ (Interview HKP, 28:53-29:11).

Insgesamt wird aufgrund der Befragungen ersichtlich, dass Pflegekräfte ihre Rolle im Pflegesetting vor allem als unterstützend, beratend, vernetzend und betreuend verstehen, nicht jedoch als kontrollierend oder Zwang ausübend. Unterschiede zeigen sich vor allem in der Gewichtung der Verantwortlichkeit gegenüber verschiedenen Akteur*innen im Bereich der präventiven Pflege.

Pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen

Auch pflegebedürftigen Personen sowie deren Familienmitgliedern bzw. Angehörigen kommt im Rahmen der Pflege eine gewisse Verantwortlichkeit zu, obwohl sie in erster Linie direkte oder indirekte Nutzer*innen von Pflege und Versorgungleistungen auftreten. Wie eine Community Nurse betont, „[liegt] die Verantwortung immer bei den Angehörigen oder beim Patienten selbst [...]“ (Interview CN1, 47:43-50:01), besonders wenn es darum geht, Entscheidungen über die gewünschte Form der Pflege zu treffen.

Die Angehörigen tragen zudem eine moralische Verantwortung ihren zu pflegenden Familienmitgliedern gegenüber. Zugleich wird in den Interviews deutlich, dass viele von ihnen mit dieser Aufgabe überfordert sind. So schildern zwei Community Nurses, dass

„[...] die Leute eigentlich komplett alleine gelassen [werden]“ (Interview CN2, 7:27-8:13) und „[...] komplett überlastet [sind]“ (Interview CN1, 12:31-13:36). Diese Überforderung, bedingt durch psychische und physische Belastung sowie den eingeschränkten Zugang zu relevanten Informationen, führt laut einer Interviewpartner*in dazu, dass „wir zu viel Autorität verlieren (bzw. abgeben) oder – wie soll man sagen –: Wir wollen Selbstbestimmtheit haben und wir wollen Freiheit haben, aber eigentlich können wir nicht mehr damit umgehen“ (Interview CN1, 52:22-52:58).

Diese Dynamik begünstigt eine gewisse Trägheit und das Aufschieben notwendiger Entscheidungen bis Pflege bereits akut erforderlich ist. Daher sehen einige Befragte die Aufgabe darin, „[...] Angehörige besser darauf zu schulen, dass sie die Verantwortung nicht einfach abgeben können“ (Interview ACN, 34:01-34:56). Dementsprechend sollten „[...] sowohl die Angehörigen als auch die Patient*innen in die Pflicht genommen werden, sich frühzeitig Gedanken über ihre Versorgung zu machen“ (Interview ACN, 13:35-13:51).

Insgesamt zeigt sich, dass Verantwortung im Pflegekontext nicht allein institutionell oder professionell zu verorten ist, sondern auch im privaten Umfeld ausgehandelt werden muss. Angehörige und Pflegebedürftige nehmen – teils freiwillig, teil notgedrungen – eine aktive Rolle im Aushandlungsprozess um Pflege, Selbstbestimmtheit und Fürsorge ein.

Verschiebung

Verschiebungen im Pflegebereich erfolgen nicht nur in eine Richtung, sondern in vielfältige Weise mit unterschiedlichen Gewichtungen und Inhalten. Eine Pflegekraft beschreibt die Dynamik treffend als „[...] ein ewiges Hin- und Herschieben oder Verschieben der Probleme und Zuständigkeiten, aber es gibt keinen gescheiten Lösungsansatz“ (Interview HKP, 16:32-17:53). Da Verschiebungstendenzen in dieser Untersuchung besondere Aufmerksamkeit zukommt, wurden von einer Führungsperson aus der mobilen Pflege zwei Beispiele näher erläutert.

Das erste Beispiel bezieht sich auf die Verschiebung von Verantwortlichkeit von dem privaten in den öffentlichen Bereich, insbesondere im Zusammenhang mit der steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen und der damit verbundenen Kinderbetreuung. „[...] [D]urch die Herabsetzung des Kindergartenalters, durch die Landespolitik gehen jetzt sehr viele betreute Kinder schon früher als seinerzeit in den Kindergarten, wodurch sich der Bedarf und auch der Personalbedarf hin zu den Gemeinden bzw. zum Land verschiebt“ (Interview FE, 42:15-45:36).

Das zweite Beispiel bezieht sich auf eine aktuelle Entwicklung im Rahmen der Angehörigenpflege im Burgenland. Durch die Möglichkeit, dass Familienmitglieder bzw. Angehörige für die Pflege ihrer nahen Angehörigen beim Land Burgenland angestellt werden, verschiebt sich die Verantwortung wieder stärker in Richtung der innerfamiliären Pflege. Dies stellt laut der Interviewpartner*in zugleich „[...] eine Verschiebung von Kompetenz dar [...]“ (Interview FE, 45:39-47:15).

Aber innerhalb der professionellen Pflege in Institutionen oder Organisationen können strukturelle Verschiebungen beobachtet werden, beispielsweise durch veränderte Rahmenbedingungen oder Änderungen von „[...] vertraglichen Bedingungen und Arbeitsverträgen“ (Interview FE, 49:17-49:30).

Damit wird ersichtlich, dass Verschiebungsprozesse fortwährend stattfinden. Sie verlaufen einerseits vom Staat hin zum Individuum, im Sinne eines in Österreich strukturell tief verankerten Familialismus, der innerfamiliäre Pflege stärkt und aktuell in einen neoliberalen biopolitischen Rahmen eingebettet wird. Andererseits sind auch gegenläufige Tendenzen erkennbar, bei denen Verantwortung und Zuständigkeit wieder stärker in die öffentliche Hand – hin zum Staat – verlagert wird.

3.2.4. Gesellschaftlicher Wandel

Die Beschaffenheit und die Veränderungen in der Gesellschaft haben einen maßgeblichen Einfluss auf Politik und Wirtschaft und insbesondere auch auf den Pflegebereich. Daher werden in der deduktiven Oberkategorie *gesellschaftlicher Wandel* zentrale gesellschaftliche Transformationsprozesse und Rahmenbedingungen analysiert. Diese werden anhand der induktiven Unterkategorien *demografischer Wandel*, *Haushaltsgrößen* sowie *innerfamiliäre Pflege* erläutert.

Demografischer Wandel

Wie bereits theoretisch herausgearbeitet wurde, hat der demografische Wandel einen erheblichen Einfluss auf das gesellschaftliche Geschehen und insbesondere auf die Politik im Gesundheits- und Pflegebereich. Eine Community Nurse beschreibt dies treffend: „[W]ir wissen, dass die Leute immer älter werden, aber nicht gesund älter werden“ (Interview CN1, 17:45-18:08). Der demografische Wandel verweist auf die zunehmende Alterung der österreichischen Bevölkerung, ein Prozess, der sich seit Langem abzeichnet. Bereits seit vielen Jahren ist bekannt, dass in den 2020er Jahren die geburtenstarken Jahrgänge der sogenannten Babyboomer-Generation ein Alter erreichen würden, in dem

„große Pensionierungswellen“ (Interview HKP, 14:28-16:27) auch im Pflegebereich anstehen. Wie auch einige Interviewte hervorheben, verschärft diese Entwicklung den bereits (drastisch) bestehenden Personalmangel weiter, da gleichzeitig in den künftigen Jahren eine Vielzahl von Menschen pflegebedürftig wird.

Diese beiden Faktoren – Überalterung und der simultane Anstieg an pflegebedürftigen Personen – setzt das Pflegesystem nun doppelt unter Druck und macht bestehende Defizite und Engpässe noch deutlicher.

Haushaltsgröße

Der gesellschaftliche Wandel zeigt sich deutlich in der Veränderung der durchschnittlichen österreichischen Haushaltsgröße. Diese ist zwischen 1981 und 2025 von statistisch geschätzten 2,5 Personen auf 2,17 Personen gefallen und wird Prognosen nach weiter abnehmen (Statistik Austria, o.J.). Der Anteil der Einzelpersonenhaushalte steigt kontinuierlich an und lag 2024 bereits um rund vier Prozent höher als im Jahr 2022. Prognosen zufolge wird sich dieser Trend auch in den kommenden Jahren weiter verstärken (ebd.) Ursächlich dafür sind zum einen steigende Scheidungsraten, zum anderen die fortschreitende Alterung der Bevölkerung, die mit Multimorbidität einhergeht. Diese Entwicklungen stellen die österreichische Gesellschaft, die historisch stark familialistisch geprägt ist, vor neue Herausforderungen. Immer mehr Menschen leben allein und familiäre und soziale Netzwerke stehe nicht mehr zur Verfügung. Eine Interviewpartner*in bemerkte dazu: „Damit müssen sie sozusagen vom System aufgefangen werden [...]“ (Interview ACN, 41:08-41:57), denn „[...] sie gehen sonst niemandem ab.“ (Interview HH2, 15:18-15:53).

Zugleich weist eine andere Pflegekraft auf einen gegenläufigen Trend hin. Aufgrund der finanziellen Belastung vieler Haushalte, die sich Pflegedienstleistungen nicht oder nur begrenzt leisten können, könne sich langfristig wieder eine Tendenz in Richtung Mehrgenerationenhaushalten entwickeln. „Ich glaube oder ich bin davon überzeugt, dass sich auf lange Sicht der Trend, so wie früher, dass man Oma und Opa zu Hause mitversorgt, weil man sich irgendwann die Pflege nicht mehr so leisten kann, einstellt“ (Interview HKP, 14:28-16:27).

Der im österreichischen Wohlfahrtsstaat verankerte explizite Familialismus wird auch in Österreich durch neoliberale Regierungslogiken, insbesondere das Adult-Worker-Modell, in Frage gestellt. Dieses Modell fördert die allgemeine Frauenerwerbstätigkeit und steht in

Zusammenhang mit erhöhten Scheidungsraten sowie der Zunahme von Einzellpersonenhaushalten. Damit stellt sich gesellschafts- und pflegepolitisch die Frage, ob das historische Modell eines expliziten Familialismus (Leitner, 2013) weiterhin tragbar ist oder durch ein alternatives Modell ersetzt werden muss.

Innerfamiliäre Pflege

Wie bereits dargelegt, ist Österreich als konservativ-familialistisch geprägter Wohlfahrtsstaat zu einem hohen Maße auf die Bereitschaft zur innerfamiliären Pflege angewiesen. Eine Community Nurse hält dazu fest: „[...] diese Arbeit, die dem Staat ja viel abgenommen hat, muss nun der Staat selbst übernehmen“, da Frauen heute vermehrt erwerbstätig sind, später Kinder bekommen und „[...] dieses Familiengefüge, wie es das früher gegeben hat, so nicht mehr existiert“ (Interview CN1, 59:09-1:00:54).

Diese gesellschaftliche Veränderungen erschweren intergenerationelle Pflege innerhalb der Familie zunehmend. Viele Menschen befinden sich noch mitten im Berufsleben, wenn die eigenen Eltern pflegebedürftig werden. Daraus ergibt sich ein strukturelles und gesellschaftliches Problem, „[...] was es sicher wieder zu lösen gilt“ (Interview CN1, 59:09-1:00:54). Zugleich wird die Vorstellung, Pflege wieder stärker in die Familie zu verlagern, kritisch gesehen. Eine Interviewpartner*in betont, „[...] diese Eigenverantwortung zu übernehmen, die Pflege wieder mehr in der Familie zu lassen, das wird nicht funktionieren“ (Interview CN1, 58:13-58:31), es sei denn, Frauen würden erneut einen Schritt zurück in traditionelle Rollenbilder machen und zu Hause bleiben, was gesellschaftlich weder erwünscht noch zeitgemäß ist.

Darüber hinaus erschweren auch die zunehmenden Altersabstände zwischen den Generationen eine innerfamiliäre Pflege zusätzlich. Dadurch wird ersichtlich, dass das traditionelle Modell familiärer Pflege unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels – insbesondere im Kontext von Erwerbsarbeit, demografischer Entwicklungen und Geschlechterrollen – an seine Grenzen stößt.

3.2.5. Finanzierung der Pflege

Die Finanzierung der Pflege in Österreich ist ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Pflegelandschaft und zugleich ein zentraler Aspekt dieser Forschung. Sie beeinflusst die Vielfalt des Pflegeangebots maßgeblich sowie dessen finanzielle Rahmenbedingungen. In der folgenden Oberkategorie *Finanzierung (der Pflege)* werden die damit verbundenen

Strukturen und Herausforderungen anhand der Unterkategorien *Rahmen*, *Sparmaßnahmen* und *Unterstützung* detailliert erörtert.

Rahmen

Eine interviewte Führungsperson beschreibt die Finanzierung der Pflege in Österreich wie folgt: „Die Finanzierung der Pflege erfolgt durch die öffentliche Hand und durch den betreuten Menschen selbst, mittels Pflegegeld, Einkommen bzw. Pension“ (Interview FE, 10:26-22:44). Die Pflegeangebote seien dabei so ausgestaltet „[...]“, dass in der Regel die Pflege leistbar ist und damit auch eine Breitenwirkung gegeben ist, sodass man also niemanden ausschließen muss“ (ebd.). Dennoch wird angemerkt, dass die Pflegekosten kontinuierlich steigen.

Darüber hinaus finanziert der Staat öffentliche Pflegeanstalten und Heime zur Gänze „[...]“, weil es keinen Regress auf die Angehörigen mehr gibt“ (Interview FE, 10:26-22:44). Zugleich legt jedes Bundesland „[...]“ die Gebühren und Richtsätze fest [...]“ (Interview FE, 30:37-35:36). Seit geraumer Zeit zeigt sich jedoch, dass eine vollständige Kostendeckung kaum mehr erreicht werden kann. Infolgedessen müssen die Trägerorganisationen die entstehenden Finanzlücken direkt mit dem Staat verhandeln. In der Folge hängt die Vielfalt und Stabilität des Pflegeangebots zunehmend von der Finanzierungsbereitschaft der Gemeinden ab. Eine interviewte Leitungsperson beschreibt die aktuelle Lage als angespannt; es herrsche „[...]“ eine sehr schwierige Budgetsituation in allen Gemeinden, Bundesländern und auf Bundesebene“ (Interview FE, 23:46-29:46). Dieselbe befragte Person hält fest, diese Situation könne „einen Aus- oder Wegfall von Angeboten“ zur Folge haben (Interview FE, 42:15-45:36).

Besonders deutlich werden die finanziellen Unsicherheiten im Zusammenhang mit innovativen Projekten in der Pilotphase wie dem (Acute) Community Nursing. Deren Finanzierung und institutionelle Etablierung sind bislang nicht gesichert, was die Herausforderung einer nachhaltigen Pflegefinanzierung zusätzlich verdeutlicht.

Sparmaßnahmen

Diese zuvor herausgearbeiteten finanziellen Entwicklungen lassen den Schluss zu, dass die vorherrschende Austeritätspolitik die Pflege in Österreich maßgeblich prägt und zunehmend unter Druck setzt. Eine Community Nurse beschreibt die Auswirkungen solcher Einsparungen anhand eines Beispiels aus der Organisationspraxis im Pflegebereich: „Und was auch noch dazukommt, dass das jetzt alles zusammengelegt

worden ist. Das Rote Kreuz geht zum Beispiel jetzt über Tulln. Das heißt, du musst in Baden anrufen, und wenn du dort niemanden erreichst, geht der Anruf nach Tulln. Die rufen dann wieder zurück auf die Leitstelle, welche wiederum den Klienten anrufen. Es ist furchtbar“ (Interview CN3, 11:04-11:52).

Ein weiteres Beispiel für Kostendämpfungsmaßnahmen zeigt sich in der mobilen Pflege: Nachdienste werden vielerorts nicht (mehr) angeboten, da sie erhebliche Mehrkosten verursachen. Eine Pflegekraft hält dazu fest: „[...] [K]eine Organisation versorgt in der Nacht“ (Interview HKP, 39:19-39:54).

Diese Maßnahmen verdeutlichen den zunehmenden Spardruck innerhalb des Pflegesystems. Zugleich verweisen sie auf eine paradoxe Situation hin: Während Einsparungen kurzfristig Budget entlasten sollen, können sie langfristig zu höheren Kosten führen, etwa durch vermehrte Hospitalisierungen oder die Inanspruchnahme stationärer Pflegeformen. Im Vergleich dazu stellen Pflegeangebote im häuslichen Umfeld eine deutlich kostengünstigere und zugleich patient*innenorientiertere Alternative dar. Daher könnte die gezielte Förderung und Finanzierung präventiver Pflege langfristig für alle Akteur*innen eine nachhaltigere Lösung darstellen.

Unterstützung

Trotz der angespannten finanziellen Lage existieren in Österreich verschiedene Unterstützungsmaßnahmen im Pflegebereich, etwa in Form von Förderungen oder Spendentöpfen. Diese werden sowohl von den Bundesländern als auch von Trägerorganisationen – zum Beispiel der *Volkshilfe* – angeboten, und dienen dazu, finanzielle Engpässe bei der Pflege zu überbrücken. Dennoch bleibt diese Form der Unterstützung begrenzt „[...] ,irgendwann [ist] der Fördertopf auch aus [...]“ (Interview HKP, 39:19-39:54).

Dies Aussage verweist auf die strukturelle Fragilität solcher Hilfssysteme, die stark von temporären oder projektbasierten Mitteln abhängen. Langfristig bedarf es daher nachhaltigerer Finanzierungs- und Unterstützungsmaßnahmen, um sicherzustellen, dass pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen kontinuierlich auf notwendige Leistungen zugreifen können, unabhängig von regionalen Budgets oder zeitlich begrenzten Förderprogrammen.

3.2.6. Zukunft

Die Zukunft der Pflege in Österreich ist von kontinuierlichem Wandel geprägt. Besonders in den letzten Jahren zeichnen sich verstärkte politische und gesellschaftliche Bestrebungen ab, die Rahmenbedingungen im Pflegebereich zu verbessern und langfristig zu stabilisieren. Wie eine befragte Führungsperson anmerkt, hat „[...] aus gesellschaftspolitischer Sicht, [...] die Pflege als Beruf natürlich ungeheure Zukunft“ (Interview FE, 10:26-22:44). Zudem wird deutlich, dass „die Versorgung immer aufwendiger“ (Interview HKP, 1:36:59-1:38:13) wird, was auf einen steigenden fachlichen, organisatorischen und finanziellen Handlungsdruck hinweist.

Diese Entwicklung verdeutlicht ebenso die wachsende Relevanz der Pflege als zukunftsentscheidenden Bereich gesellschaftlicher Daseinsvorsorge. Im Rahmen der entsprechenden Oberkategorie wird daher die *Zukunft* der Pflege anhand der folgenden Unterkategorien vertieft: *Verbesserungen im Pflegeberuf*, *Verbesserungen der Pflegequalität*, *Adäquatheit der Pflege* sowie *nachhaltige Implementierung*. Diese Kategorien beleuchten sowohl strukturelle als auch qualitative Aspekte des Wandels und eröffnen Perspektiven darauf, wie Pflege in Österreich künftig gestaltet, finanziert und gesellschaftlich verankert werden kann (und soll).

Verbesserungen im Pflegeberuf

Die Pflege hat in den letzten Jahren nicht nur vermehrt Aufmerksamkeit erfahren, sondern auch auf politischer Ebene zahlreiche Veränderungen in Form von Umstrukturierungen und Reformen mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen erlebt, die zu einer Verbesserung der Situation führen sollten. Befragte betonten allerdings, dass „[...] die Pflegekräfte immer mehr [bekommen]“ (Interview HKP, 23:49-24:51). Eine Führungsperson aus der mobilen Pflege meint: „[U]nsere Forderung diesbezüglich geht immer in die Richtung, den Pflegeberuf noch attraktiver zu machen. Das ist nicht nur die Arbeitszeit, die Rahmenbedingungen, das Image, sondern natürlich auch die Besoldung muss attraktiver werden“ (Interview FE, 10:26-22:44).

In diesem Zusammenhang wurden bereits neue Kollektivverträge ausverhandelt, Lohnerhöhungen umgesetzt und Arbeitszeitverkürzungen für verschiedene Berufsgruppen im Pflegebereich beschlossen. Dennoch bestehen weiterhin Ungleichheiten und Unstimmigkeiten in der Umsetzung dieser Neuerungen.

So hätten „[...] die Fachkräfte ein finanzielles Zuckerl bekommen, aber die Heimhilfen haben gar nichts gekriegt, die sind komplett durch den Rost gefallen“ (Interview HKP, 44:14-45:28). Auch eine Einkommensdifferenz zwischen Pflegekräften in stationären Einrichtungen bzw. Krankenhäusern und in der mobilen Pflege bleibt bestehen: „Auch hier herrscht Nachholbedarf“ (Interview FE, 10:26-22:44).

Diese Diskrepanzen werfen die Frage nach Fairness und tatsächlicher Wertschätzung auf. Ein Beispiel ist, dass „[...] sowohl Community Nurses als auch Acute Community Nurses keinen Anspruch auf den Pflegebonus haben“ (Interview ACN, 28:57-29:00). Zudem wird betont, dass es „[...] mehr Ansehen im Sinne von politischem Rückhalt brauche“ (Interview ACN, 51:00-51:10) sowie „[...] politisch mehr Aufmerksamkeit bedarf und ein gesetzlich verankertes Berufsbild und eine Stellenbeschreibung für (Acute) Community Nurses“ (Interview CN3, 32:05-32:58; 50:20-50:38). Auch auf legislativer Ebene besteht weiterer Reformbedarf, insbesondere hinsichtlich „[...] der Reduktion von Bürokratie“ (Interview HH2, 1:15:01-1:15:58) sowie der Reformierung der „[...] Leistungen der Kassen“ (Interview FE, 10:26-22:44).

Da der Pflegeberuf in Österreich überwiegend von Frauen ausgeübt wird, wird von einer befragten Community Nurse angemerkt, dass dieser „[...] halt auch irgendwie familienfreundlicher gestaltet werden“ (Interview CN2, 2:09-3:28) müsse. Eine verbesserte Kinderbetreuung würde ermöglichen, dass Frauen vermehrt Vollzeit statt Teilzeit arbeiten können, denn „[...] die kriegen ja sonst keine Pension“ (Interview CN1, 33:52-34:15).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die politische und gesetzliche Situation im Pflegebereich bereits in eine positive Richtung entwickelt, insbesondere durch Maßnahmen zur Attraktivierung des Pflegeberufs und zur Verbesserung des Images der Pflege. Dennoch sind weitere Reformen erforderlich, etwa im Hinblick auf die gesetzliche Verankerung von Berufsbildern, der Anpassung von Kassenleistungen, Lohnangleichungen sowie einer ernstgemeinten Wertschätzung und Fairness gegenüber allen pflegenden Berufsgruppen. Erst dadurch kann langfristig gewährleistet werden, dass die Anzahl ausgebildeter Pflegekräfte – sowohl im Inland als auch durch Immigration – nachhaltig steigt.

Verbesserungen der Qualität

Eine zentrale Möglichkeit zur Verbesserung der aktuellen Pflegesituation in Österreich liegt in der Schließung bestehender Versorgungslücken, insbesondere durch die Steigerung der Pflegequalität mittels besserer Personalausstattung und Entschleunigung der Arbeitsprozesse. Wie eine Führungsperson betont, sei man „[...] ständig um neues, zusätzliches Personal bemüht“ (Interview FE, 10:26-22:44), ebenso um die Erhöhung der Qualität durch entsprechende Aus- und Fortbildungen.

Trotz der fortschreitenden Akademisierung der Pflege bestehen dennoch strukturelle Barrieren beim Zugang zur Ausbildung. So wird angemerkt, dass „[...] der Zugang nicht da [ist]“ (Interview HKP, 47:37-48:02), da berufstätige Pflegepersonen Schwierigkeiten haben, neben ihrer Tätigkeit die für ein Studium erforderliche Praxis zu absolvieren. Dies führt dazu, dass die Möglichkeit von Fort- und Weiterbildungen häufig nicht in Anspruch genommen wird. Hinzu kommt, dass die Drop-out-Quote in Schulen für Pflegeberufe hoch ist und nur ein geringer Teil der Auszubildenden tatsächlich in den Pflegeberuf einsteigt.

Auch die Qualität der Ausbildung selbst wird von manchen Interviewpartner*innen kritisch reflektiert. Eine Heimhilfe merkt an, dass „[...] die Aufnahme für die Ausbildung zur Heimhilfe nicht mehr so streng ist wie früher. Die Qualität würde wieder steigen, würde die Aufnahme wieder strenger sein“ (Interview HH1, 30:17-34:29).

Ein weiterer Faktor, der die Qualität der Pflege verbessern würde, ist die Reduktion des Zeitdrucks. Denn „[...] wenn die Pflegekräfte mehr Zeit haben für die Leute, können sie auch wieder in Beziehung treten“ (Interview CN2, 3:42-5:14), und auf diese Weise eine adäquate, umfassende Betreuung gewährleisten.

Insgesamt zeigt sich, dass die Akademisierung sowie die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals maßgebliche Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung darstellen. Zugleich bedarf es organisatorischer Rahmenbedingungen, die Qualität über Quantität stellen und den zeitlichen Druck auf Pflegekräfte reduzieren. Nur unter solchen Voraussetzungen kann eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität erreicht werden.

Adäquatheit der Pflege

Um eine angemessene Pflege zu gewährleisten und sicherzustellen, dass der Bedarf der Patient*innen und Pflegebedürftigen adäquat gedeckt wird, sind nach Ansicht der befragten Expert*innen zwei Aspekte von besonderer Relevanz: Erstens besteht seitens der Gesellschaft und den Pflegekräften die Forderung nach Vereinheitlichung der (gesetzlichen) Richtlinien sowie nach einer vielfältigen Angebotspalette. Eine Führungsperson betont dazu: „[...] Österreich ist ein kleines Land, vergleichbar mit Bayern, weshalb hier eine Vereinheitlichung verlangt und gewünscht wird“ (Interview FE, 10:26-22:44).

Zweitens geht es um die Frage der Zuweisung von Pflegebedürftigen in „Pflegestufen“, die jeweils die Höhe des Pflegegeldes bestimmen. In der Praxis werden Pflegestufen häufig niedriger angesetzt als es angemessen wäre, (vermutlich) um Einsparungen zu erzielen. Eine Pflegekraft merkt dazu an „[...]“, dass es wichtig wäre, die aktuellen Pflegestufen zu überprüfen und entsprechend anzupassen“ (Interview HKP, 19:58-21:08). Dies würde pflegebedürftigen Personen zugutekommen, deren Pflegegeld (und Pflege) nicht ausreicht. Ebenso ist die „[...] automatische Valorisierung des Pflegegeldes eine Forderung“ (Interview FE, 23:46-29:46), da ansonsten die meist schon kostspielige Pflege noch kostspieliger und weniger leistbar wird. Damit wäre auch weiterhin die intendierte Breitenwirkung der Pflegeangebote gegeben.

Die Interviews zeigen, dass aus Sicht der Berufsgruppen der Pflegenden in Österreich eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Richtlinien sowie die Neuevaluierung der Pflegestufen mit einer automatischen Anpassung des Pflegegeldes an die Inflation die wichtigsten Anliegen sind, um eine allgemein zugängliche und adäquate Pflegeversorgung zu gewährleisten.

Nachhaltige Implementierung

Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft die Frage der Nachhaltigkeit und damit die dauerhafte Implementierung präventiver Pflege in die Pflegelandschaft Österreichs. Nach Einschätzung der befragten Community Nurses sind dafür insbesondere „der Aufbau eines großen, stabilen und etablierten Netzwerkes“ (Interview CN2, 4:39-7:51) sowie „das weitere Aufstocken der mobilen Pflege“ (Interview CN1, 38:09-39:03) erforderlich.

Als zusätzliches strukturelles Element wird der Ausbau tagesstrukturierter Angebote angeregt. Der Vorschlag, „[...] mehr Tagesheime oder Tagesambulanzen zu schaffen“, wie

eine befragte Community Nurse empfiehlt (Interview CN2, 2:09-3:28), würde sowohl Angehörige als auch die mobilen Dienste entlasten und gleichzeitig das Gesundheitssystem insgesamt stärken. Darüber hinaus äußert eine andere Community Nurse den Wunsch, dass „[...] Community Nursing wirklich ein fixer Bestandteil in Niederösterreich wird“, und dass es „[...] eine gute Lobby, also jemanden vom Land, der wirklich für die Community Nurses einsteht und sie und ihre Interessen vertritt“, geben sollte (Interview CN1, 1:07.08-1:09.16).

Zudem wurde von zwei Pflegekräften die vielversprechende Idee einer digitalen Plattform zur Ressourcenübersicht geäußert. „Also was fehlt, ist eine Übersicht an freien Ressourcen (mobile Pflege, Anzahl der freien Betten in Heimen), der sich Pflegebedürftige oder die Leute, die das für sie organisieren, bedienen können“ (Interview ACN, 9:07-10:24). Eine solche Plattform würde nicht nur Transparenz schaffen, sondern auch eine effiziente Verteilung bestehender Kapazitäten ermöglichen.

Insgesamt zeigt die Befragung, dass die nachhaltige Implementierung präventiver Pflege in Österreich durch den Ausbau von Netzwerken, die Stärkung mobiler und teilstationärer Strukturen sowie durch die Nutzung digitaler Innovationen unterstützt werden kann. Diese Maßnahmen könnten langfristig zu einer Entlastung von Pflegekräften und Angehörigen führen und gleichzeitig die Stabilität und Resilienz des österreichischen Gesundheitssystems erhöhen.

Nachdem nun die Interviewinhalte bzw. Expert*innenaussagen mittels eines deduktiv-induktiven Kategoriensystems ausgewertet und anhand von Ankerbeispielen verdeutlicht wurden, werden im nächsten Abschnitt diese Ergebnisse im Rahmen der theoretischen Einbettung der vorliegenden Arbeit diskutiert.

3.3. Diskussion der Ergebnisse – Zusammenführung von Theorie und Praxis

Im vorliegenden Abschnitt werden die empirischen Ergebnisse im Kontext der zuvor herausgearbeiteten theoretischen Rahmung diskutiert und zusammengeführt. Um dies möglichst strukturiert und übersichtlich zu gestalten, erfolgt die Diskussion entlang der ausgearbeiteten Kategorien, die thematisch in inhaltlich zusammenhängende Blöcke gegliedert wurden.

Zu Beginn kann betont werden, dass die in den Interviews gewonnenen Perspektiven weitgehend mit den in der theoretischen Rahmung herausgearbeiteten Themen und Spannungsfeldern der präventiven Pflege übereinstimmen. Durch die Aussagen der

Expert*innen wurden zudem maßgebliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Aspekten dieses Spannungsfeldes empirisch verdeutlicht.

3.3.1. Rahmenbedingungen und politischer Kontext

Sowohl die gesellschaftliche Bedeutung des Pflegeberufs als auch die administrativ-institutionell verfolgte doppelte Zielsetzung, einerseits das Gesundheitssystem zu entlasten, und andererseits den Verbleib pflegebedürftiger Personen in der häuslichen Umgebung durch Pflegearrangements zu unterstützen, ist theoretisch und praktisch ersichtlich. Zugleich zeigt sich, dass die häusliche Pflege im Sinne des Wohlergehens des/der Patient*in an dessen/deren Bedürfnisse angepasst wird. Ist präventive Pflege in der häuslichen Umgebung nicht mehr hinreichend möglich, und Patient*in oder Angehörige streben einen Wechsel in eine stationäre Einrichtung an, wird dieser Übergang im Rahmen der bestehenden Strukturen unterstützend begleitet.

Die angestrebte Entlastung ist noch nicht vollständig ausgeschöpft, da das Community Nursing sich noch in der Entwicklung befindet und sein volles Potenzial im Bereich der Prävention sowie dessen Akzeptanz in der Bevölkerung erst allmählich entfaltet. Hier muss der durch die Politik angestoßene Präventionsgedanke noch gefestigt und stärker in die Gemeinden und in die Bevölkerung getragen werden. Zugleich ist zu betonen, dass die präventiven Pflegeformen nicht in Konkurrenz zu bereits etablierten Pflegeangeboten stehen, sondern diese als entlastend und ergänzend gelten sollen. Hinsichtlich der Vielfalt und Breite des Pflegeangebots – sowohl pflegerisch als auch nicht-pflegerisch – herrschte unter den Interviewten weitgehend Einigkeit darüber, dass ausreichende Angebote für jegliche Pflegesituation bestehe.

Der politische Rahmen präventiver Pflege wird durch die staatlich festgelegte Ordnung bestimmt, die Maßnahmen, Zuständigkeiten und Versorgungsformen definieren und regulieren. Somit lassen sich Pflegearrangements in diesem Kontext als Form staatlich (indirekter) Bevölkerungsregulierung und – im Sinne Foucaults – als Ausdruck neoliberaler Biopolitik verstehen. Zudem prägt diese politische Rahmung maßgeblich das Vorhandensein, die Vielfalt und die Ausgestaltung von Pflegeangeboten sowie die aktuelle Pflegesituation und bestehende Versorgungslücken.

Aufgrund der föderalen Struktur Österreichs variieren die pflegerischen Angebote zwischen den einzelnen Bundesländern deutlich. Diese Gegebenheiten, die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen und die damit einhergehenden

Interpretationsspielräume bedingen eine zunehmende Komplexität, Dissonanz und mangelnde Kohärenz innerhalb der österreichischen Pflegelandschaft.

Zudem ist die gegenwärtige Pflegesituation in Österreich maßgeblich durch politische Entscheidungen der vergangenen Jahre geprägt. Jahrelange Austeritätspolitik, restriktive Budgetierungen sowie die politische Vernachlässigung von Arbeitsbedingungen und gesellschaftlicher Wertschätzung im Pflegebereich haben zu einer hohen Fluktuation und sinkenden Attraktivität des Pflegeberufs geführt. Folglich verschärften sich Fachkräftemangel sowie Arbeitsdruck und Überlastung der im Pflegesetting Beschäftigten, was sich auch negativ auf die Pflegequalität auswirkte. Besonders der zwischenmenschliche Aspekt und präventive Aufgaben gerieten sukzessive in den Hintergrund.

Neben dem bislang unzureichenden verankerten Präventionsgedanken und der noch zu stärkenden Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung bestehen weitere Defizite in der präventiven Pflege. Zum einen betrifft dies die Übergangspflege und das Entlassungsmanagement, deren Ausgestaltung stark von regionalen Gegebenheiten sowie vom Engagement der Pflegekräfte und Trägerorganisationen abhängt. Zum anderen zeigt sich ein Mangel an zeitnah verfügbaren Pflegeleistungen. Die Bereitstellung entsprechender Ressourcen ist situationsabhängig, häufig inkonsistent und in der Praxis mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden, der Betroffene vor große Herausforderungen stellt.

Diese Beobachtungen machen deutlich, dass der politische Rahmen nicht nur Angebote strukturiert und schafft, sondern gleichzeitig auch konkrete Versorgungslücken erzeugt und diese verfestigt.

3.3.2. Zugang und Reproduktion von Ungleichheit

Aufklärung und Informationen stellen eine wichtige Ressource für Patient*innen und ihre Zu- und Angehörigen dar. Nur durch ausreichendes Wissen über die verfügbaren Angebote und deren Leistbarkeit können bedarfsgerechte und selbstbestimmte Versorgungsentscheidungen getroffen werden. Doch die ausschließliche Verbreitung von essenziellen Informationen über Online-Portale, Plattformen oder soziale Medien lassen maßgebliche Defizite sichtbar werden. Viele ältere und hochbetagte Personen verfügen über geringe digitale Kompetenzen oder keine (regelmäßigen) Zugang zum Internet. Dadurch wird der Zugang zu relevanten Informationen und in weiterer Folge zu

vorhandenen Leistungen erschwert. Damit entsteht ein Informationsvakuum, das bestehende Ungleichheiten nicht nur reproduziert, sondern strukturell verfestigt.

Die föderalen Unterschiede im Pflegeangebot wurden bereits herausgearbeitet. Auch hier wird deutlich, dass die Vielfalt und Verschiedenheit der Angebote zu Ungleichheiten im Zugang sowie zu qualitativen Differenzen und strukturellen Disharmonie führt. Denn die österreichische Bevölkerung hat keinen einheitlichen Zugang zu vorhandenen Pflegeangeboten, was in der Care-Soziologie im Kontext von Governance und Sozialstaatlichkeit kritisch thematisiert und diskutiert wird (vgl. Aulenbacher et al., 2018, S. 495ff).

Einen weiteren strukturellen Versorgungsengpass bilden die Arbeitszeiten des Pflegepersonals in der präventiven Pflege. Diese sind im Vergleich zu den oftmals unregelmäßigen Arbeitszeiten in anderen Pflegebereichen günstig. Der damit verbundene Vorteil für das Pflegepersonal birgt jedoch zugleich eine Einschränkung der Versorgungsmöglichkeiten der Patient*innen und Angehörigen. Denn nachts, an Wochenenden und an Feiertagen steht nur eine sehr begrenzte Zahl an Fachkräften zur Verfügung.

Hinzu kommen saisonale Engpässe – insbesondere während der Sommermonate –, die eine zeitnahe und qualitativ hochwertige Pflege zusätzlich erschweren. Dieses Versorgungsdefizit trägt vermehrt zu Hospitalisierungen, Rettungseinsätzen und längeren Wartezeiten bei, die dem präventiven Anspruch von Pflege diametral gegenüberstehen.

Insgesamt zeigt sich, dass die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflege im Sinne einer gouvernementalen Logik Foucaults wirken, indem sie durch selektive Maßnahmen und ungleich verteilte Zugangsmöglichkeiten zur Reproduktion sozialer Ungleichheiten beitragen und diese verfestigen.

3.3.3. Verantwortung und gesellschaftlicher Wandel

Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Pflege spielen eine essenzielle Rolle für eine adäquate Versorgung im Rahmen präventiver Pflege. In diesem Kontext nahmen die Befragten auf alle beteiligten Akteur*innen Bezug. Dabei ist die offenkundige Uneinigkeit zwischen den interviewten Pflegekräften hinsichtlich der Rolle und Zuständigkeit des Staates von Interesse. In diesem Zusammenhang wurde auf die Verantwortungsverlagerung und den Rückzug aus der Zuständigkeit bis hin zur Überbeanspruchung des staatlichen Verantwortungsspielraums oder auf eine Kombination aus beidem hingewiesen. Dies

verdeutlicht, dass der Staat seine Zuständigkeit nicht hinreichend nach außen kommuniziert und auch selbst keine eindeutigen Zuständigkeitsbereiche definiert. Dies resultiert in unklaren Zuständigkeitsbereichen und einer Inkonsistenz in der Verantwortungszuweisung, was wiederum die Lösung von Problemen verhindert. In diesem Kontext manifestiert sich eine ambivalente Haltung des Staates, die sich in einer Entscheidung weder für eine indirekte, neoliberale noch für eine klassische Biopolitik ausdrückt. Diese Ambivalenz führt zu Uneinigkeit, Disharmonie und Inkonsistenz.

Das Pflegepersonal fungiert als Brücke zwischen Staat, Patient*innen und Angehörigen. Im gesetzlichen Rahmen der Pflegepraxis sind Pflegekräfte für die Versorgung der Patient*innen zuständig und übernehmen damit ein hohes Maß an professioneller Verantwortung. Zugleich sehen sie aber ihre Rolle als unterstützend und beratend, nicht als kontrollierend oder autoritativ an. Übereinstimmend betonen alle befragten Pflegekräfte ihre Verantwortung gegenüber Patient*innen und Angehörigen, um eine optimale direkte und indirekte Versorgung zu gewährleisten. Unterschiede gibt es hingegen in der individuellen Gewichtung der Verantwortlichkeit bzw. Zuständigkeit weiteren Akteur*innen gegenüber. Insgesamt wurde deutlich, dass Pflegepersonen allen in der Pflege beteiligten Akteur*innen ein gewisses Maß an Verantwortung zuordnen und davon ausgehen, dass jede Akteur*innengruppe einen Beitrag zum Gesamtprozess der Versorgung leisten muss.

Auch pflegebedürftigen Personen und ihre Zu- und Angehörigen tragen in einem gewissen Ausmaß Verantwortung innerhalb des Pflegesettings. Denn Entscheidungen über die (eigene) Pflege müssen prinzipiell von den Betroffenen selbst getroffen werden. Aufgrund bestehender struktureller Defizite gestaltet sich dies oftmals schwierig, was zu Überforderung und Überlastung bei den Betroffenen pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen führen kann. Diese Überforderung und Überlastung in Verbindung mit einer in Österreich verbreiteten Haltung der Passivität und des Rückzugs scheint die Tendenzen zu Unselbstständigkeit, Kontrollverlust und Trägheit zu fördern. Im Hinblick auf den Kontext der Selbstsorge lässt dies den Schluss zu, dass Prozesse der Verantwortungszuschreibung und -übernahme im Pflegesetting komplex verlaufen und individuelle wie auch strukturelle Faktoren beeinflusst werden. Eine Verschiebung der Verantwortung hin zu den Betroffenen selbst kann dabei als Ausdruck eines gesellschaftlichen und politischen Aushandlungsprozesses verstanden werden, in dem

Fragen von Autonomie, Fürsorge und institutioneller Unterstützung neu verhandelt werden.

Verschiebungen von Verantwortung sind stets in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen Wandel und strukturellen Gegebenheiten zu verstehen. Diese bestimmen maßgeblich die Richtung, in die sich Verantwortlichkeiten verlagern, sei es vom Individuum zum Staat oder umgekehrt vom Staat zum Individuum.

Durch den kontinuierlichen Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit und die gesellschaftlichen Veränderungen in Bezug auf Wertvorstellungen, Familienformen, Ehe und individueller Karriere haben sich traditionelle Familienkonstellationen zunehmend aufgelöst. Neue Realitäten wie steigende Scheidungsraten, sinkende Geburtenzahlen, vielfältige, flexible Familienverhältnisse und eine Zunahme von Einzelhaushalten sind an deren Stelle getreten. Diese Entwicklungen stellen insbesondere den konservativen, österreichischen Wohlfahrtsstaat vor Herausforderungen, da dieser auf einem familialistischen Pflegemodell basiert, das von der innerfamiliären Bereitschaft und Pflicht zur Pflege von Familienangehörigen ausgeht.

Außerdem wirkt sich der demografische Wandel im Globalen Norden deutlich auf die Pflege- und Betreuungsstrukturen aus. Die simultane Pensionierung und Alterung der „Babyboomer-Generation“ führt zu breiten Pensionierungswellen sowie zu einer fortschreitenden Überalterung der Bevölkerung. Damit steigt die Nachfrage nach öffentlichen Pflegeeinrichtungen für betagte Personen und (öffentliche) Betreuungsmöglichkeiten für Kinder. Dem Staat kommt somit Verantwortung zu, ausreichend öffentliche Betreuungsangebote für Kinder und ältere Menschen bereitzustellen sowie entsprechendes Fachpersonal zu rekrutieren und auszubilden.

In diesem Kontext stößt der österreichische Staat allerdings an strukturelle und organisatorische Grenzen. Um dem Personaldefizit im Pflegebereich entgegenzuwirken, wird verstärkt auf die Anwerbung transnationaler Care-Arbeiter*innen zurückgegriffen, ein Phänomen, das in der Care-Soziologie vielfach analysiert und im zweiten Kapitel der vorliegenden Arbeit erläutert wird. Dieses Vorgehen ist insbesondere in Staaten mit geringer institutioneller Pflegebeteiligung verbreitet und führt zu einer wachsenden Abhängigkeit von kommodifizierter Care-Arbeit. Damit wird jedoch vorwiegend der quantitative Aspekt des Personalmangels adressiert, während qualitative Herausforderungen weitgehend bestehen bleiben.

Parallel dazu versucht der Staat durch finanzielle Unterstützungsmaßnahmen – beispielweise im Rahmen aktueller Pflegereformen mittels Angehörigenbonus, Pflegegeld, und weiteren Instrumenten –, Pflege wieder verstärkt in den familiären Raum zu verlagern und dadurch das überlastete Gesundheitssystem zu entlasten. Diese Verschiebung von Verantwortung basiert zum einen auf einem tief verwurzelten Familialismus, zum anderen auf einer neoliberalen Biopolitik, deren Einfluss in Österreich an Bedeutung gewonnen hat. Allerdings lösen diese Maßnahmen die strukturellen Defizite der Pflege nicht hinreichend; vielmehr tragen sie zur weiteren Unsichtbarmachung innerfamiliärer und informeller Pflege bei, da diese aus dem öffentlichen Verantwortungsbereich in den privaten Raum verlagert und somit auch aus dem gesellschaftlichen und staatlichen Blickwinkel gerückt werden.

Insgesamt kommt im Pflegesetting allen beteiligten Akteur*innen ein gewisses Maß an Verantwortung zu. Zentral bleibt dabei die Notwendigkeit klarer Kommunikation und der Festlegung von Zuständigkeitsgrenzen auf allen Ebenen. Der Staat trägt die Verantwortung für eine ausreichende, qualitativ hochwertige und adäquate Versorgung der Pflegebedürftigen, für den Zugang zu Informationen sowie die Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheits- und Pflegesystems. Die Betroffenen und Angehörigen wiederum sind angehalten, frühzeitig informierte Entscheidungen über ihre eigene Pflege zu treffen, diese zu organisieren, und Verantwortung dafür zu übernehmen. Die Problematik der innerfamiliären und intergenerationellen Pflege bleibt dabei bestehen und wird durch den fortschreitenden gesellschaftlichen und demografischen Wandel zusätzlich verschärft.

3.3.4. Finanzierung und Steuerung

Die Finanzierung der Pflege und Versorgung in Österreich ist ebenfalls ein entscheidender Faktor für die Ausgestaltung und Vielfalt der Pflegelandschaft. Sie erfolgt zum Teil durch staatliche Mittel, zum Teil durch Eigenleistungen der zu betreuenden Personen, und soll grundsätzlich so gestaltet sein, dass Pflegeleistungen leistbar bleiben, um eine möglichst breite Zugänglichkeit zu gewährleisten und soziale Ungleichheiten zu minimieren. Die Festlegung der Richtsätze und Gebühren obliegt den Bundesländern, was jedoch aufgrund der weiterhin verfolgten Austeritätspolitik im Pflegebereich zu angespannten Budgetsituationen in Gemeinden und Bundesländern führt. Eine vollständige Kostendeckung ist dabei häufig nicht gegeben.

Die damit einhergehende strikte Budgetierung und der zunehmende finanzielle Druck führen in vielen Fällen zu einem Rückgang oder Wegfall bestehender Pflegeangebote und schränken sowohl den Zugang zu Pflegeleistungen als auch deren Vielfalt ein. Zudem werden mit dem Argument der Effizienzsteigerung oder „Harmonisierung“ immer wieder Umstrukturierungen und „Verschlankungen“ der Pflege vorgenommen, die in der Praxis häufig mit Mehrkosten und Qualitätsverlusten verbunden sind. Zum Ausgleich versuchen sowohl die Bundesländer als auch die Trägerorganisationen, wie beispielsweise die *Volkshilfe* oder vergleichbare Einrichtungen, zusätzliche finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten in Form von Fonds oder Spendentöpfen bereit zu stellen. Diese Maßnahmen können allerdings nur temporär entlasten und adressieren die strukturellen Probleme nicht nachhaltig.

Generell zeigt sich, dass der Staat über die Budgetierung und die Zuweisung finanzieller Ressourcen ein erhebliches Steuerungspotenzial im Pflegesektor besitzt. Dieses Potenzial entfaltet sich im Kontext einer neoliberalen Bio- und Austeritätspolitik, die häufig ineinandergreifen. Der damit verbundene Sparzwang sowie das Prinzip der Eigenverantwortung prägen die Vielfalt, Innovativität und Weiterentwicklung der Pflegeangebote maßgeblich und wirken sich zugleich auf deren langfristige Leistbarkeit aus.

3.3.5. Zukunft und Perspektiven

Angesichts der zahlreichen Reformen und Umstrukturierungen im Pflegebereich in den vergangenen Jahren sowie der sich wandelnden gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen stellt sich die Frage, wie sich die Pflege in Österreich künftig entwickeln wird. In diesem Zusammenhang wurden die befragten Expert*innen um ihre Einschätzungen, Wünsche, Perspektiven und konkreten Verbesserungsvorschläge gebeten. Ihre praxisbezogenen Anregungen und Vorstellungen für die Zukunft fließen in die nachfolgende Darstellung ein.

Da Pflege eine unabdingbare gesellschaftliche Funktion erfüllt und sowohl die aktuelle als auch die zukünftige Situation einen deutlichen Ausbau der Pflegeinfrastruktur erfordert, gilt der Pflegeberuf als ein „Beruf mit Zukunft“. Um den Anforderungen gerecht zu werden, sind aus Sicht der Expert*innen jedoch umfassende Verbesserungen der Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf notwendig. Erste Schritte wurden bereits mit den Pflegereformen I-III in den Jahren 2022 bis 2024 gesetzt, die auf eine Aufwertung des Berufsbildes, eine Verbesserung der Besoldung sowie auf die Einführung regulärer

Arbeitszeiten abzielten. Allerdings zeigen sich in der Umsetzung dieser Reformen weiterhin Ungleichheiten und Unstimmigkeiten. Von Seiten der Pflegekräfte wurde betont, dass Gehaltserhöhungen alle pflegenden Berufsgruppen gleichermaßen betreffen sollten, und dass es darüber hinaus einer politisch ernstgemeinten Wertschätzung, öffentlichen Anerkennung und institutionellen Unterstützung des Pflegesektors bedarf. Ebenso wurde der Wunsch nach einer Reduktion der bürokratischen Hürden sowie einer Vereinfachung administrativer Abläufe geäußert. Auch Reformbedarf besteht zudem bei den Krankenkassenleistungen, sowohl im Sinne einer Harmonisierung als auch zur Steigerung der Versorgungsqualität.

Auch die im Pflegesetting bestehenden Arbeitsmodelle werden kritisch betrachtet. Damit wird deren Anpassung gefordert. Da der Pflegeberuf vorwiegend von Frauen ausgeübt wird, führen Betreuungspflichten gegenüber Kindern und/oder pflegebedürftigen Angehörigen häufig zu Teilzeitbeschäftigungen. Dies führt wiederum dazu, dass Frauen Nachteile im Pensionssystem und finanzielle Unsicherheit im Alter in Kauf nehmen müssen. Ein Ausbau der Kinderbetreuung sowie eine strukturelle Anpassung der Arbeitsmodelle wurden daher als zentrale Maßnahmen vorgeschlagen, um Pflegeberufe familienfreundlicher zu gestalten und zugleich den Anteil an Vollzeitkräften zu erhöhen.

Auch die sinkende Pflegequalität wurde in den Befragungen und der vorliegenden Arbeit mehrfach thematisiert. Um eine Qualitätsverbesserung zu erzielen, wurde seitens der befragten Expert*innen der Vorschlag unterbreitet, die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte zu forcieren – zum Beispiel im Rahmen der Akademisierung der Pflege –, um die Anzahl des Fachpersonals zu erhöhen. Hierbei seien Aufnahmeverfahren für Ausbildungen – beispielweise für Heimhilfen – sowie strengere Nostrifikationsverfahren zu intensivieren. Zudem sollten Maßnahmen getroffen werden, um die hohen Drop-out-Quoten in Ausbildungs- oder Studiengängen zu senken. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass es von entscheidender Bedeutung sei, den zeitlichen Druck der Pflegekräfte zu reduzieren und die Entschleunigung der Pflege voranzutreiben. Nur auf diese Weise könne die Qualität der Pflege optimiert, die Beziehung zwischen Pflegekräften und Patient*innen verbessert und eine individuell angepasste, angemessene Pflege geleistet werden.

Ein zentraler Aspekt, der sowohl in der Praxis als auch in der Forschung immer wieder betont wird, ist die Vereinheitlichung der gesetzlichen Richtlinien im Bereich der präventiven Pflege in Österreich, um einen gleichmäßigen Zugang der Bevölkerung zur Pflege zu gewährleisten. Ein weiterer wichtiger Faktor im Sinne der Finanzierbarkeit einer

angemessenen, bedürfnisorientierten Pflege ist die Neuevaluierung der Pflegestufen und damit auch die entsprechende Anpassung des Pflegegeldes. Angesichts der Teuerung und Inflation erscheint eine automatische Anpassung des Pflegegeldes von entscheidender Bedeutung, nicht nur um die steigenden Kosten von Pflege abzudecken, sondern auch zur Aufrechterhaltung der Breitenwirkung des (präventiven) Pflegeangebots.

Für eine nachhaltige und dauerhafte Implementierung bzw. einen nachhaltigen Ausbau der präventiven Pflegeformen müssen laut den interviewten Pflegeexpert*innen bestimmte Bedingungen erfüllt und Vorschläge zur Umsetzung erarbeitet werden. Zunächst ist ein stabiles, großflächiges und etabliertes Netzwerk präventiver Pflege, sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Betroffenen erforderlich, um eine optimale, interdisziplinäre Versorgung zur Verfügung stellen zu können. Derzeit liegt die Verantwortung dafür ausschließlich bei den Pflegekräften, deren persönliches Engagement die Qualität der Pflege maßgeblich beeinflusst. Dies führt jedoch häufig zur Überlastung der Pflegekräfte. Zur Entlastung, Entschleunigung und Optimierung in der präventiven Pflege werden daher auch Tageszentren oder Tagesheime vorgeschlagen, ebenso der weitere Ausbau und die Aufstockung mobiler Pflegedienste. Diese Vorgehensweise würde sowohl den Betroffenen Personen und ihren Angehörigen, als auch den Pflegekräften zugutekommen. Die Implementierung einer digitalen Plattform, die einen Überblick verfügbarer Ressourcen (Betten in Pflegeheimen; mobile Pflegedienste mit Kapazität) bieten, könnte eine gleichzeitige Entlastung aller Beteiligten – pflegebedürftige Personen, Zu- und Angehörige und Pflegekräfte – bewirken. Ebenso wäre die zeitnahe Gewährleistung des Zugangs zu akut benötigter Unterstützung hier von Vorteil.

Die Implementierung der Pilotprojekte *Acute Community Nursing* und *Community Nursing* könnte einen Beitrag zur Reduktion der bestehenden Versorgungsdefizite leisten. Es wird empfohlen, die Bevölkerung durch geeignete Maßnahmen über Thematiken der Prävention und Pflege aufzuklären und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Zudem ist die Schaffung von Netzwerken sowie die Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung von Patient*innen außerhalb der regulären Dienstzeiten in der präventiven Pflege zu berücksichtigen. Die Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs sowie die Steigerung der Qualität der Versorgung könnten potenziell den Fachkräftemangel verringern und zur Rekrutierung neuer Pflegekräfte beitragen. Die Anpassung der Pflegestufen und des Pflegegeldes könnten sich positiv auf die Leistbarkeit von Pflege auswirken und zudem die Bedarfsorientiertheit von und die Fairness in der Pflege fördern.

Präventive Pflegeformen, die in einem Rahmen von Selbstsorgepraktiken verortet werden, können einen signifikanten Beitrag zur Stärkung der Selbstbestimmung und individueller Gesundheitskompetenzen leisten. Sie schaffen damit die Grundlage für ein gesünderes, längeres Leben und ein aktiv gestaltetes Altern. Die Einführung und Implementierung solcher Maßnahmen folgt jedoch zugleich einer gouvernementalen Logik nach Foucault, die auf die Reduktion öffentlicher Ausgaben für Gesundheit und Pflege abzielt. In diesem Sinne entspricht sie der Logik neoliberaler Biopolitik, welche sich danach orientiert, Langlebigkeit und Produktivität der Bevölkerung bei minimalen Kosten zu maximieren. Diese Steuerung erfolgt vor allem indirekt über die Etablierung präventiver Maßnahmen, die Verantwortung und Handlungsoptionen auf die Individuen und ihre Familien verlagern.

Nachdem die Ergebnisse der Interviews in Zusammenhang mit den theoretisch herausgearbeiteten Konzepten der Care-Soziologie, der Bio- und Austeritätspolitik sowie der Selbstsorge diskutiert und in Beziehung gesetzt wurden, folgt in einem letzten Schritt die Konklusion. Darin werden die vorliegende Arbeit resümiert, die zugrunde gelegte Forschungsfrage beantwortet und ein pflegepolitischer sowie wissenschaftlicher Ausblick gegeben.

4. Konklusion

Der abschließende Abschnitt der vorliegenden Arbeit beinhaltet ein kurzes Resümee der einzelnen Konzepte, ihr Zusammenwirken und die wichtigsten methodischen Vorgehensweisen. Anschließend wird die zugrundeliegende Forschungsfrage auf Basis des theoretischen Rahmens und der Auswertung des Materials beantwortet, und zuletzt der Ausblick im Sinne zukünftiger, pflegepolitischer Maßnahmen und Forschung erläutert.

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde folgende Forschungsfrage als zentrales Erkenntnisinteresse bestimmt:

Inwiefern dienen präventive Pflegeformen im Kontext gesundheits- und sozialpolitischer Entwicklungen als Antwort auf strukturelle Versorgungslücken – und in welchem Maße tragen sie zugleich zur Individualisierung von Pflegeverantwortung bei?

Ziel der Arbeit war es, die präventiven Pflegeformen – Community Nursing, Angehörigenpflege und mobile Pflege – im Kontext österreichischer gesundheits- und sozialpolitischer Entwicklungen zu untersuchen sowie ihre Rolle im Rahmen der Individualisierung von Pflegeverantwortung zu analysieren. Die zentrale Fragestellung lautete dabei, inwiefern präventive Pflegeformen bestehende strukturelle Versorgungslücken in der österreichischen Pflegelandschaft kompensieren können. Basierend auf theoretischen Perspektiven neoliberaler Biopolitik, der Care-Soziologie und des Konzepts der Selbstsorge, wurde das Spannungsfeld der präventiven Pflege zunächst theoretisch herausgearbeitet und anschließend empirisch mittels leitfadengestützter Expert*inneninterviews untersucht. Zur Analyse der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Fenzl (2014) angewandt. Das erhobene Material wurde im Rahmen der Erstellung eines Kategoriensystems von deduktiven und induktive Ober- und Unterkategorien ausgewertet. Abschließend wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der theoretischen Aufarbeitung zusammengeführt und diskutiert.

Die Ergebnisse aus Theorie und Praxis zeigen, dass präventive Pflegeformen in Österreich ein erhebliches Potenzial besitzen, bestehende strukturelle Versorgungslücken zumindest teilweise kompensieren zu können. Diese Lücken und Engpässe sind vor allem die Folge des Zusammenwirkens von neoliberaler Biopolitik, Austeritätspolitik und des daraus resultierenden (Fach-)Personalmangels. Besonders Community Nurses leisten durch ihre Aufklärungs- und Präventionsarbeit, die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz sowie den Aufbau (lokaler) Unterstützungsnetzwerke einen wesentlichen Beitrag zur

Reduktion solcher Versorgungsengpässe. Acute Community Nurses können darüber hinaus eine strukturelle Entlastung unterbesetzter Versorgungszeiten – beispielsweise nachts, an Wochenenden oder Feiertagen – bewirken. Der gezielte Ausbau mobiler Pflegedienste würde darüber hinaus eine zeitnahe und bedarfsorientierte Versorgung in der häuslichen Umgebung ermöglichen, und somit sowohl Übergangspflege als auch akute Pflegesituationen und -wünsche angemessen absichern. Eine flächendeckende und nachhaltige Etablierung präventiver Pflegeformen hätte Potenzial, das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten, Versorgungslücken zu schließen und die Qualität in der pflegerischen Betreuung in Österreich insgesamt zu verbessern.

Zudem zeigt sich, dass präventive Pflegeformen zugleich zur Individualisierung von Pflegeverantwortung beitragen. Ihre Interpretation ist dabei kontext- und akteursabhängig. In der Logik neoliberaler Biopolitik können präventive Maßnahmen als Instrumente staatlicher Steuerung verstanden werden, die darauf abzielen, Verantwortung und Selbstsorge zunehmend in den privaten und familiären Bereich auszulagern. Aus der Perspektive der Selbstsorge lassen sie sich hingegen als Chance verstehen, individuelle Selbstbestimmung, Autonomie und Gesundheitskompetenz zu fördern. Somit erhalten Individuen die Möglichkeit, Verantwortung für ihre (eigene) Pflege zu übernehmen und diese aktiv zu gestalten. Die daraus resultierende Verschiebung von Verantwortung verläuft nicht einseitig, sondern dynamisch und in beide Richtungen. Sie wird wesentlich durch gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Gegebenheiten und Entwicklungen bestimmt und ist Ausdruck eines kontinuierlichen Aushandlungsprozesses zwischen staatlicher Steuerung und individueller Selbstverantwortung.

Insgesamt wird deutlich, dass präventive Pflegeformen – unabhängig von der jeweiligen theoretischen Leseart – ein zukunftsweisendes Konzept darstellen, das sowohl auf staatlichem als auch individuellem Interessen beruht. Während der Staat von einer Entlastung des Gesundheitssystems und einer erhöhten Kosteneffizienz profitiert, eröffnen sich für die Bevölkerung erweiterte Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, Versorgungsvielfalt und -sicherheit sowie zur Lebensqualität im Alter. Ihre tatsächliche Wirksamkeit hängt allerdings maßgeblich davon ab, ob sie in einem adäquat finanzierten und nicht rein auf Kosteneffizienz ausgerichteten System umgesetzt werden, da Prävention in einem von neoliberaler Sparpolitik geprägten Umfeld ihr Potenzial nur eingeschränkt entfalten kann.

Damit bildet präventive Pflege einen zentralen Ansatzpunkt für eine nachhaltige und zugleich sozial ausgewogene Weiterentwicklung des österreichischen Pflegesystems.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich mehrere Anknüpfungspunkte für künftige Forschung und pflegepolitische Maßnahmen ableiten.

Im Rahmen weiterführender Untersuchungen wäre es lohnenswert, auch die Angehörigenpflege empirisch näher zu untersuchen und den Blickwinkel pflegebedürftiger Personen stärker einzubeziehen. Ein internationaler Vergleich könnte darüber hinaus Aufschluss darüber geben, wie präventive Pflegeformen in anderen Wohlfahrtsstaaten und in unterschiedlichen wohlfahrtstaatlichen Kontexten implementiert und finanziert werden. Zudem scheint eine Analyse präventiver Pflege aus alternativen theoretischen Perspektiven, wie etwa unter Berücksichtigung sozialer Ungleichheit und intersektionaler Ansätze vielversprechend. Hiermit könnten neue Erkenntnisse über Machtverhältnisse, soziale und strukturelle Ungleichheiten sowie Zugangsbarrieren im österreichischen Pflegesystem gewonnen werden.

Auf pflegepolitischer Ebene wäre insbesondere eine Vereinheitlichung des gesetzlichen Rahmens von Bedeutung, um den Zugang zu einem vielfältigen und qualitativ angemessenen Pflegeangebots zu erleichtern. Eine klare Kommunikation von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf allen Ebenen würde darüber hinaus zu mehr Transparenz und Harmonisierung in der österreichischen Pflegelandschaft führen.

Die vollständige Ausfinanzierung und nachhaltige Implementierung des (Acute) Community nursings sowie der Ausbau der mobilen Pflegedienste könnten maßgeblich zur nachhaltigen Entlastung des Gesundheitssystems beitragen. Zusätzlich sollten Maßnahmen zur Attraktivierung des Pflegeberufs weiter vorangetrieben werden, insbesondere durch faire Entlohnung, politische Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung sowie durch gezielte Ausbildungsförderung. Darüber hinaus würde eine Neuevaluierung der bestehenden Pflegestufen sowie eine regelmäßige, automatische Valorisierung des Pflegegeldes langfristig zur Sicherung von Leistbarkeit und Gerechtigkeit im Pflegesystem führen.

Schließlich könnten innovative Strukturen, wie eine für alle Akteur*innen zugängliche Online-Plattform zur Übersicht freier Pflege- und Heimkapazitäten oder der gezielte Ausbau von Tageszentren, eine ergänzende Entlastung für Pflegekräfte, Betroffene und Angehörige bieten.

Insgesamt verdeutlicht diese Arbeit, dass präventive Pflege nicht nur als gesundheitspolitisches (Steuerungs-)Instrument, sondern auch als gesellschaftliche Zukunftsvision verstanden werden kann. Sie besitzt das Potenzial, Versorgungsgerechtigkeit, Selbstbestimmtheit und Lebensqualität in gleichem Maße zu fördern, und damit einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Weiterentwicklung des österreichischen Pflegesystems zu leisten.

Literaturverzeichnis

- Akremit, L.: „Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung“. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 2019, S. 313–331.
- Aulenbacher, B., Lutz, H. & Riegraf, B.: „Introduction: Towards a Global Sociology of Care and Care Work“. *Current Sociology Monograph*, Jg. 66, Nr. 4, 2018, S. 495–502.
- Blyth, M.: *Austerity: The History of a Dangerous Idea*, New York: Oxford University Press, 2013.
- Bourke, B.: „Positionality: Reflecting on the Research Process“. *The Qualitative Report*, Jg. 19, Nr. 33, 2014, S. 1–9.
- Dannecker, P. & Voßemer, C.: „Qualitative Interviews in der Entwicklungsforschung. Typen und Herausforderungen“. In: Dannecker, P. & Englert, B. (Hrsg.): *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*. Wien: Mandelbaum, 2014, S. 153–175.
- Dresing, T. & Pehl, T.: *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg, 2015.
- Eberle, L., Edtmayer, A., Hagmann, E., Kerschbaum, A., Kucera, S., Leuprecht, E., Mayer, L., Rappold, E., Sackl, A.: *Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2025.
- Famira-Mühlberger, U.: *Projektionen des öffentlichen Pflegeaufwands bis 2050*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), 2023.
- Famira-Mühlberger, U. & Trukeschitz, B.: *Zur öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), 2023.
- Firgo, M. & Famira-Mühlberger, U.: *Öffentliche Ausgaben für die Pflege nach Abschaffung des Regresses in der stationären Langzeitpflege*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), 2020.
- Flick, U.: „Design und Prozess qualitativer Forschung“. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2008, S. 252–265.

- Flick, U.: „Gütekriterien qualitativer Sozialforschung“. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 2014, S. 411–423.
- Foucault, M.: *Der Wille zum Wissen*. 24. Auflage. Bd. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2023a.
- Foucault, M.: *Die Sorge um sich*. 15. Auflage. Bd. Sexualität und Wahrheit 3. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2023b.
- Foucault, M.: *Hermeneutik des Subjekts*. 5. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2009.
- Foucault, M.: „Leben machen und sterben lassen. Die Geburt des Rassismus“. In: *Bio-Macht DISS-Text 25*, Duisburg: DISS, 1992, S. 27–52.
- Giullari, S. & Lewis, J.: *The Adult Worker Model Family, Gender Equality and Care. The search for new policy principles, and the possibilities and problems of a capabilities approach*. Genf: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2005.
- Gödde, G. & Zirfas, J.: „Selbstsorge in der Antike“. In: Gödde, G & Zirfas, J. (Hrsg.): *Kritische Lebenskunst*. Wiesbaden: Springer VS, 2018, S. 322–334.
- Griebler, R., Winkler, P., Delcour, J., Antosik, J., Leuprecht, E., Nowotny, M., Schmutterer, I., Sax, G., Juraszovich, B., Pochobradsky, E., Kucera, S.: *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2023.
- Gründler, K. & Potrafke, N.: *Europäischer Austeritätsdiskurs: Was bedeutet ‚Austerität‘? Wie wird der Begriff in öffentlichen und wissenschaftlichen Debatten verwendet?* München: Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München (ifo Institut), 2019.
- Haraway, D.: „Situierendes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive“. In: Scheich, E. (Hrsg.): *Vermittelte Weiblichkeit: feministische Wissenschafts- und Gesellschaftstheorie*. Hamburg: Hamburger Edition, 1996 [i.O. 1988], S. 281–296.
- Häußler, A.: „Care-Arbeit als Ressource für die Lebensführung“. *Haushalt in Bildung & Forschung*, Jg. 11, Nr. 1, 2022, S. 68–84.

- Helfferrich, C.: „Leitfaden- und Experteninterviews“. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 2014, S. 559–574.
- Kozisnik, P. & Pleschberger, S.: *Evaluierung des Pilotprojekts „Acute Community Nursing“*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH & Notruf NÖ GmbH, 2022.
- Krenn, M., Papouschek, U. & Simsa, R.: *Soziale Dienste (Mobile Pflege) in Österreich – Skizze eines Sektors*. Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), 2004.
- Kügler, A. & Sardadvar, K.: *Pflege und Betreuung: Arbeit, Werte, Erfahrungen; Ausschnitte des österreichischen Sorgesystems*. Wien: Arbeiterkammer & Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), 2015.
- Leitner, S.: „Varianten des Familialismus; Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitik in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten“. In: Klammer, U., Leiber, S. & Leitner, S. (Hrsg.): *Sozialpolitische Schriften*. Berlin: Duncker & Humblot, 2013, S. 53–90.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G.: *Preventive Medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*. 3. Auflage. New York: McGraw-Hill, 1958.
- Low, L. F., Yap M., & Brodaty H.: „A systematic review of different models of home and community care services for older persons.“ *BMC Health Services Research*, Jg. 11, 2011. S. 1–15.
- Mairhuber, I. & Sardadvar, K.: *Erwerbstätige pflegende Angehörige in Österreich: Herausforderungen im Alltag und für die Politik*. Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), 2017.
- Mavelli, L.: „Governing the resilience of neoliberalism through biopolitics“. *European Journal of International Relations*, Jg. 23, Nr. 3, 2017, S. 489–510.
- Mayring, P. & Fenzl, T.: „Qualitative Inhaltsanalyse“. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 2014, S. 543–556.
- Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V. & Stöhr, D.: *Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender*

Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke.
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
(BMASGK) & Universität Wien, 2018.

Posselt, G.: „Die Sorge um sich und die anderen“. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie (DZPhil)*, Jg. 70, Nr. 1, 2022. S. 116–138.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M.: „Sampling“. In: Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2010, S. 173–182.

Rappold, E. & Juraszovich, B.: *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2019.

Reichenbach, R.: „Die Tiefe der Oberfläche: Michel Foucault zur Selbstsorge und über die Ethik der Transformation“. *Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Pädagogik*, Jg. 76, Nr. 2, 2000, S. 177–189.

Riedel, M. & Heimerl, N.: „Prävention der Pflegebedürftigkeit.“ *Health System Watch*, Jg. 4, Wien: Institut für Höhere Studien (IHS), 2021, S. 42–51.

Riegraf, B.: „Care, Care-Arbeit und Geschlecht: gesellschaftliche Veränderungen und theoretische Auseinandersetzungen“. In: Kortendiek, B. et al. (Hrsg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*, Geschlecht und Gesellschaft, Wiesbaden: Springer VS, 2019, S. 763–772.

Rose, G.: „Situating Knowledges: Positionality, Reflexivities and Other Tactics“. *Progress in Human Geography*, Jg. 21, Nr. 3, 1997, S. 305–320.

Spicker, I. & Lang, G.: *Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen*. (Wissen 4). Wien: Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) & Gesundheit Österreich GmbH, 2011.

Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M. & McKee, M.: „Austerity and Health: The Impact in the UK and Europe“. *European Journal of Public Health*, Jg. 27, Nr. 4, 2017, S. 18–21.

- Ther, P.: „Eine Einführung in die Geschichte des Neoliberalismus“. In: Olteanu, T., Spöri, T., Jaitner, F. & Asenbaum H. (Hrsg.): *Osteuropa transformiert*. Wiesbaden: Springer VS, 2017, S. 125–150.
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health: *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. (Wissen 8). Wien: Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) & Gesundheit Österreich GmbH, 2012.
- Vanner, C.: „Positionality at the Center: Constructing an Epistemological and Methodological Approach for a Western Feminist Doctoral Candidate Conducting Research in the Postcolonial“. *International Journal of Qualitative Methods*, Jg. 14, Nr. 4, 2015, S. 1–12.
- Wallner, M., Graf, N., Guttmann, C., Schmid, K., Tauchner, M. & Gollner, E.: *Evaluierung des Anstellungsmodells für betreuende Angehörige im Burgenland*. Burgenland: Land Burgenland & FH Burgenland, 2023.
- Yin, R. K.: *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. 6. Auflage. Los Angeles: Sage, 2018.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022*, Wien: BMSGPK, 2023.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2023*, Wien: BMSGPK, 2024.
- Rechnungshof (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Prävention*. Wien: Rechnungshof der Republik Österreich. 2023.
- Rechnungshof (Hrsg.): *Reform der Sozialversicherungsträger*. Wien: Rechnungshof der Republik Österreich, 2022.

Parlament der Republik Österreich: Parlamentskorrespondenz Nr. 1508 vom 13.12.2018: *Nationalrat beschließt Sozialversicherungsreform; Regierungsfractionen loben Jahrhundertprojekt, Opposition ortet "Drei-Klassen-Medizin"*. Wien: Parlament der Republik Österreich, 2018.

URL: https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2018/pk1508 (Zugriff am 29.10.2025)

Statistik Austria (o.J.): Haushaltsprognosen.

URL: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/haushaltsprognosen>
(Zugriff am 29.10.2025)