

Was braucht ein GUT funktionierendes Pflegesystem ?

(Nikolaus Dimmel, Salzburg)

Ausgangssituation

Während im Jahr 2017 nur 4,9 Prozent der Österreicher 80 Jahre oder älter waren, werden es bis 2030 schon 6,7 % (Statistik Austria) sein. Im Jahr 2050 wird bereits mehr als jeder zehnte Österreicher das 80. Lebensjahr überschritten haben. Nun steigt die Pflegebedürftigkeit ab dem 75 Lebensjahr steil an. Bei den 80-85%-Jährigen liegt die Quote bei 20%, bei den 90-Jährigen bei 43% (Kolland 2024; Loidl 2018).

Die Reform des Pflegesystems 2019 wie von der Regierung Kurz avisiert, fasste eine Pflegeversicherung statt einer Steuerfinanzierung der Pflege ins Auge. Derzeit ist das Pflegegeld bekanntlich als Annexleistung zu einer Grundleistung nach dem Pensionsversicherungssystem ausgestaltet, ergänzt durch Leistungsansprüche zugunsten von geistig, körperlich und psychisch behinderten Menschen einschließlich behinderter Kinder.¹ Allerdings wird das Pflegegeld als pauschalierte Abgeltung eines typisierten durchschnittlichen Mehraufwandes verstanden. Es wird also nur ein Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen durch diese Geldleistung abgegolten. Seit Inkrafttreten des Pflegegeldgesetzes 1993 ist strittig, ob dadurch die notwendige Pflege gesichert und ein möglichst selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben überhaupt ermöglicht werden kann. Das gilt selbst dann, wenn Erschwerniszuschläge berücksichtigt werden.

So wird bei der Pflegegeldeinstufung von schwer geistig oder schwer psychisch behinderten, insbesondere an Demenz erkrankten Personen bekanntlich ab dem vollendeten 15. Lebensjahr ein Erschwerniszuschlag pauschal in der Höhe von 25 Stunden angerechnet. Die besonders intensive Pflege von schwerst behinderten Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird ebenfalls mit pauschalen Erschwerniszuschlägen berücksichtigt.²

¹ <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564259&version=1391184548>

² https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegegeld/#intertitle-1

In grundsätzlicher Weise muss indes gefragt werden, ob die kommenden Herausforderungen der Pflege, für 2050 wird von 650.000 Pflegebedürftigen ausgegangen, während bereits jetzt massive Nachbesetzungsprobleme im stationären aber auch im mobilen Pflegebereich verzeichnet werden, mit einer Pflegeversicherung gelöst werden können oder ob nicht ein rechtsansprüchlich bewehrter Sachleistungsanspruch mit einem (Aus)Wahlrecht der hilfebedürftigen Person die adäquatere Lösung wäre. Zudem ist auch die Umstellung von einem steuerfinanzierten auf ein beitragsfinanziertes System mit erheblichem Aufwand verbunden.

In der laufenden Reformdebatte dominiert eine fiskalische Perspektive, nicht nur sichtbar an der Idee der Einführung einer Pflegeversicherung. Gehen wir aber davon aus, dass nach Studie zwischen 75% und 80% der Pflege informelle Pflege im familiären Kontext ist, die zu knapp 90% von Frauen verrichtet wird, dann wird klar, dass ein ganzheitlicher Zugang zweckmäßig ist. Ich werde im abschließenden Perspektiven-Teil darauf genauer zu sprechen kommen.

1. Pflegepraxis

Die Entwicklung von Perspektiven auf die Herausforderungen der Pflege muss mit einer Bestandsaufnahme beginnen. Bereits vorweg zeigt sich, dass Pflegepolitik, Armutspolitik und Arbeitsmarktpolitik eng miteinander zusammenhängen: so ist ein Drittel des pflegenden Frauen im Alter von 31 bis 65 Jahren, also der erwerbsfähigen Bevölkerung zuzurechnen. Das Durchschnittsalter aller pflegenden Frauen allerdings liegt bereits bei 62 Jahren; folgerichtig gehen 51% aller informell pflegenden Frauen keiner Berufstätigkeit nach.³

In Wien gehen etwa zwei Drittel der informell pflegenden Frauen im Erwerbsalter in Wien einer Berufstätigkeit nach. Neben ihrer Erwerbstätigkeit widmen sich diese Angehörigen durchschnittlich 13 Stunden pro Woche für

³ BMASGK, Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege 2018 www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegegeld/#intertitle-10).

Pflege und Betreuung der hilfsbedürftigen älteren Personen. In 40% der Fälle wird dabei tägliche Betreuungsarbeit geleistet.⁴

Der überwiegende Anteil an Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, nämlich etwa 80% wird von Familienangehörigen erbracht; der Rest von professionellen sozialen Diensten einschließlich der 24-h-Betreuung, während die Nachbarschaftshilfe faktisch bedeutungslos wird. In Österreich waren 2017 947.000 Personen in die Pflege und Betreuung einer/eines Angehörigen involviert.

Es ist hinreichend erörtert, dass informell pflegende Frauen in gesonderter Weise mehrfach belastet sind. Neben dem EU-weit höchsten Gender-Pay-Gap in Höhe von 15,6% (2019)⁵ führen Halbtagsjobs, Kindererziehung, Haushaltsführungspflichten sowie die Pflege von Angehörigen zu Einbußen in der Pension von bis zu 50%⁶ bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung. Dass Männer in der informellen Angehörigenpflege drastisch unterrepräsentiert sind passt in das Bild der schiefen Verteilung der Arbeitslast im Bereich Haushalt, Kindererziehung und Pflege/Betreuung. Wenn überhaupt sind Männer aus mittlere und oberen Mittelschicht an dieser Aufgabenerfüllung beteiligt.

Ein der Österr. Situation strukturell vergleichbares Gutachten des Sozialverbands Deutschland aus 2019⁷ geht von 70% Frauenanteil in der informellen Pflege aus, deren Beiträge zur Rentenversicherung 30-50% unter den Werten nicht-pflegender Frauen liegen. 60% der Menschen, die im Alter nur Grundsicherung der Sozialhilfe beziehen, sind weiblich. Grundsicherung erhalten Personen nach Erreichen des Rentenalters oder nach dauerhaftem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, wenn sie ihren ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können.

⁴ WU Wien – Forschungsinstitut für Altersökonomie, 2009, www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/ri/altersoekonomie/FB12009.pdf.

⁵ <https://www.equal-pay-day.at/at/epd2019/>; Zahlen: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/jaehrliche_personen_einkommen/index.html

⁶ https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180308_OTS0046/pflege-ist-weiblich-psychologische-unterstuetzung-fuer-burnout-gefaehrdete-pflegende-angehoerige

⁷ https://www.sovd.de/fileadmin/downloads/pdf/sonstiges/SoVD_Gutachten_Altersarmut_Frauen2019.pdf

Boll et al. (2016,15ff; 2017)⁸ zeigen, dass Pflegezeiten, die den im Pflegezeitgesetz vorgesehenen Zeitraum (10 Tage) hinausgehen, zu einem unaufholbaren Einkommensunterschied im Vergleich zu Personen führen, die keine Sorgearbeit übernehmen. Familienbedingte Pflege ist also nicht lohnneutral. Eine EU-weite Studie des European Institute for Gender Equality (2016) stellt die Familien- und Pflegearbeit sogar als einen der zentralen Faktoren für (Alters-)Armut heraus: je höher das Alter und die Berufserfahrung, desto drastischer wirken sich Unterbrechungen der Erwerbsarbeit auf den Lebenslauf aus, weil hier das Anciennitäts-Prinzip zum Tragen kommt. Hinzu kommt, dass Frauen, die als Verheiratete einen Teil des Verdienstes ihres Mannes genutzt haben, um den eigenen Einkommensverlust bedingt durch häusliche Pflege zu kompensieren, nach einer Scheidung grundsätzlich keinen Ausgleich ihrer Nachteilslagen erfahren.

Daran ändert auch der Versicherungsschutz für pflegende Angehörige⁹ (Ehepartner, eingetragene Partner, Lebensgefährten), nämlich sowohl

- die beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung,
- die Möglichkeit der Selbstversicherung nach § 16 Abs 2b ASVG als pflegende Angehörige als auch
- die freiwillige Pensionsversicherung,

substantiell wenig.¹⁰ Zwar werden Versicherungszeiten und Pensionsansprüche erworben, übernimmt der Bund hier die Beiträge zum Pensionkonto zur Gänze, werden bei der Pflege behinderter Kinder¹¹ zur Gänze aus dem Familienlastenausgleichsfonds bezahlt. Die Beitragsgrundlage liegt aber nur bei 819 €/Monat bzw. 6.090 €/Jahr (2019).

⁸ Boll, Christina, Jahn, Malte & Lagemann, Andreas (2017). The gender lifetime earnings gap – exploring gendered pay from the life course perspective. *Journal of Income Distribution*, 26 (1); Boll, Christina, Jahn, Malte, Lagemann, Andreas & Puckelwald, Johannes. (2016). Dauerhaft ungleich – berufsspezifische Lebenserwerbseinkommen von Frauen und Männern in Deutschland (Paper 98). Hamburg: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI).

⁹ <https://www.oegkk.at/cdscontent/?contentid=10007.771517&viewmode=content>

¹⁰ Voraussetzung dafür ist, dass ein Anspruch auf Pflegestufe 3 vorliegen muss, die Pflege in häuslicher Umgebung stattfindet und die Pflege die Arbeitskraft „überwiegend“ beansprucht. Ferner müssen zwölf Versicherungsmonate in der gesetzlichen Pensionsversicherung in den vergangenen 24 Monaten vorliegen.

¹¹ Die Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes ist bis zu 10 Jahre rückwirkend möglich.

Die Betreuung von Angehörigen, zum Beispiel von Müttern mit Demenz oder Alzheimer, kann ferner, so Wimmer-Puchinger, zu schweren psychosomatischen Krisen, Belastungsstörungen und Depressionen führen, vor allem wenn diese Pflege mit emotionalen Kränkungen und moralisch legitimer Selbstaussbeutung einhergeht. Wir wissen nicht, wo hoch der Anteil jener informell pflegenden Frauen ist, die anschließend selbst pflegebedürftig, einsam und sozial isoliert, gesundheitlich beeinträchtigt und von Altersarmut betroffen ihren Lebensabend beschließen. Die Vermutung liegt indes nahe, dass dieser Anteil hoch ist.

Die Herausforderungen pflegender Angehöriger sind noch einmal zugespitzt, wenn es um die 42.700 pflegenden Kinder und Jugendlichen¹² geht, die gesonderter Entlastungsmaßnahmen bedürfen.¹³ Immerhin beträgt das durchschnittliche Alter der pflegenden Kinder, die zu 69,8% weiblich sind, ca. 12,5 Jahre.¹⁴ Die Studie von Nagl-Cupal et al (2012)¹⁵ hebt hierzu etwa lebensweltnahe Kontaktpersonen an Schulen oder durch Gesundheitsprofessionen, pflegerische Unterstützung im Alltag durch aufsuchende, niederschwellige Hilfsangebote durch Case Management oder den „Family Health Nurse“ - Ansatz heraus.

Insgesamt betreuen 801.000 pflegende Angehörige ein Familienmitglied zu Hause. 146.000 Menschen betreuen eine/einen Angehörige/n in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung.¹⁶

Der Sozialstatistik folgend finden 20% aller Pfl egetätigkeiten durch ambulante, mobile oder stationäre Pflege statt. Dies bedeutet allerdings kein „entweder-oder“ zwischen informeller und professioneller Pflege, sondern „Policy-Mix“ bzw. Dienstleistungsmix: tatsächlich werden 74% aller

¹² Parlamentskorrespondenz Nr. 45 vom 29.01.2013.

¹³ https://www.ig-pflege.at/downloads/news/2013/Kinder-und-Jugendliche-als-pflegende-Angehoerige_Webversion.pdf?m=1368013137&

¹⁴ Einsicht in die Situation pflegender Kinder und Jugendlicher in Österreich, BMASK, 2012, 2014, www.sozialministerium.at/youngcarers)

¹⁵ https://www.ig-pflege.at/downloads/news/2013/Kinder-und-Jugendliche-als-pflegende-Angehoerige_Webversion.pdf?m=1368013137&

¹⁶ Angehörigenpflege in Österreich, BMASGK, 2018 https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegende_Angehoerige/

PflegegeldbezieherInnen von Angehörigen mit punktueller oder andauernder Unterstützung von mobilen Diensten zu Hause betreut. Dabei werden regelhaft mehrere Sozialdienstleistungen verknüpft, etwa Hauskrankenpflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, Essen auf Räder, familienentlastende Dienste uam.

5,6% der Pflegebedürftigen nehmen eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch. 1,7% besuchen regelmäßig ein Tageszentrum für SeniorInnen.¹⁷ Bereits 18,7% der pflegebedürftigen Menschen leben in einer stationären Einrichtung, weisen also regelhaft einen Pflegebedarf nach Stufe 4 aus.

Dies macht die Angehörigenpflege zum größten „Pflegedienst“, ohne den die Betreuung von hilfebedürftigen Menschen zu Hause nicht möglich wäre. Allerdings sinkt die Zahl der pflegenden Angehörigen, die erforderlich wäre, um diesen Großteil der Pflegeleistungen nachhaltig zu übernehmen. Die Ursachen hierfür sind vielgestaltig. Sie liegen im strukturellen Zwang zur Doppelverdiener-Beziehung, der Atypisierung und Flexibilisierung von Beschäftigungsverhältnissen, einem erhöhten Job-Turn-Over, dem Zwang zu lebenslangem Lernen, der erhöhten räumliche Mobilität und Pendel-Belastung oder aber auch der sinkenden Kinderzahl.

Widmet man sich nun auch den Entwicklungsperspektiven des Sektors professioneller sozialer Dienste der Altenhilfe, so haben mehrere Studien die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Qualität der Pflege unterstrichen.¹⁸ So zeigt eine Studie des Instituts für Psychologie der Universität Klagenfurt, dass 23% der Fachkräfte in der stationären Altenpflege eine riskante Ausprägung der emotionalen Erschöpfung aufweisen. 17% der Pflegekräfte weisen Aversionen gegenüber ihren KlientInnen auf. Besonders belastend sind zeitliche Arbeitsbedingungen, physische Belastungen sowie emotional deprimierende Erlebnisse.¹⁹

¹⁷ BMASGK, Pflegedienstleistungsstatistik Dez. 2017

¹⁸ Bobens, C., Brunner, A., Bürg, T.M. et al. (2011) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich und bei angestellten ÄrztInnen in NÖ. Wien, SFS; Dressler, S., Schmid, T., Stross, B. (2014) Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark. Studie im Auftrag der AK Steiermark. Wien, SFS; Schmid, T. & Troy, C.-D. (2011) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen und bei angestellten ÄrztInnen in Wien und Niederösterreich, *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin*, 3, 31-41.

¹⁹ <https://site510.sitesystem.ch/files/3NJY29I/Studie-Burnout-und-Coping-in-der-stationaeren-Altenpflege.pdf>

Im Ergebnis bevorzugen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen eine Anstellung im Krankenhaus gegenüber der Arbeit in Alten- und Pflegeheimen bzw. in der mobilen (Hauskranken-)Pflege. Ausschlaggebend sind die als attraktiver wahrgenommenen Rahmenbedingungen im Krankenhaus (betrifft: Bezahlung, abwechslungsreiche Tätigkeit, Eigenverantwortung, Spezialisierungsmöglichkeiten, Karrierechancen), so eine AMS-Studie aus 2014.²⁰

In Österreich sind Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen laut Arbeitsklima-Index²¹ generell durch hohe Belastungen ausgezeichnet: 39% der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sind psychisch stark bis sehr stark belastet (11% in anderen Berufen). Dies schlägt sich in signifikant hohen Werten bei berufsindizierten Gesundheitsproblemen nieder.²² Eine Reihe von Studien zeigt für die Bundesländer in unterschiedlicher Gewichtung erhebliche Arbeitsbelastungen, indiziert durch den Zwang zur Verrichtung von Überstunden, ein schlechtes Arbeitsklima, die geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ein hohes Maß an als sinnlos empfundener Bürokratie. Hinzu kommen schwere Lasten und schwierige Körperhaltungen, so die NEXT-Studie aus 2005 („Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“)²³ im Auftrag der AK.

Laut Arbeitsklima-Index²⁴ geben mehr als 50% Befragten im Pflege-Sektor an, dass sie den Beruf eher nicht bis zum Regelpensionsalter ausüben können. Das korrespondiert den Ergebnissen einer OECD-Studie²⁵, die zudem darauf hinweist, dass die Mehrheit des Pflegepersonals in der Langzeitpflege in Teilzeit arbeitet und ein Einkommen lukriert, welche dem Durchschnittseinkommen gering qualifizierter Beschäftigter entspricht. Aufgrund des hohen Stress-Niveaus, der Burn-out-Belastung sowie der

²⁰ Arbeitsmarktservice (AMS) (2014) *Arbeitsmarkttrends - Gesundheits- und Krankenpflegeberufe weiterhin nachgefragt*. Available at: http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=212&show_detail=1&query>

²¹ <http://www.db.arbeitsklima.at/>

²² AK Oberösterreich 2013.

²³ https://www.arbeiterkammer.at/infopool/wien/Gute_Pflege_August_2015.pdf

²⁴ AK Oberösterreich 2013.

²⁵ (Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, OECD Publishing.

körperlichen Folgen arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen treten viele Pflegekräfte ihre Pension vor dem regulären gesetzlichen Pensionseintrittsalter an, so eine Studie der European Foundation.²⁶ In Deutschland ist der AOK zufolge ein Drittel aller Pflegekräfte im stationären Bereich burnout-gefährdet.²⁷ Das hat insbesondere auch mit den psychischen Belastungen zu tun. Die „European Nurses Early Exit Study (NEXT)“ ergab, dass 22% des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mindestens einmal im Monat Gewalt durch pflegebedürftige Personen oder deren Angehörigen erfahren. Es ist wenig erstaunlich, dass diese Gewalterfahrung bei Pflegehelferinnen noch häufiger auftritt.²⁸

Wenig überraschend also, dass diese vergleichsweise belastenden Arbeitsbedingungen zu Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Pflegepersonal, hoher Fluktuation und Probleme bei den Behaltestrategien der betrieblichen Personalwirtschaft führen. Zugleich liegt auf der Hand, dass die hohe Fluktuation von Pflegepersonal erheblichen Einfluss auf die Qualität der Pflege selbst und auf die Stimmung innerhalb der Belegschaft hat.²⁹

Die erwähnte EU-NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study) (2006)³⁰ ergänzt dieses Bild um einige weitere Facetten. Insgesamt klagten 40% der Befragten über widersprüchliche Arbeitsanweisungen, 35% über Fehlinformationen in stationären Einrichtungen und 25% in mobilen Diensten, 20% über die Verrichtung pflegefremder Tätigkeiten (Bestellwesen, Hol-Dienste), ganz abgesehen von der Belastung durch ein hyperthopfes Dokumentationswesen.

²⁶ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006) *Employment in Social Care in Europe*. Dublin.

²⁷ <https://www.zeit.de/2014/12/kopfgeld-pflegepersonal-klinik/komplettansicht>

²⁸ Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D. et al. (2008) Violence risks in nursing – Results from the European ‘NEXT’ Study, *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.

²⁹ McGilton, K.S., Boscart, V.M., Brown, M., Bowers, B. (2014) Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff, *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 917-926.; Castle, N.G., Engberg, J. (2005) Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical care*, 43, 616-626.

³⁰ Universität Wuppertal (2006): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland (Nurses Early Exit Study), Wuppertal.

Die Zufriedenheit mit der Bezahlung liegt je nach Berufsbild in der Pflege bei 35-42%, wobei 100% den Maximalwert an Zufriedenheit darstellt. Ähnliches gilt für die Arbeitszufriedenheit, die im stationären Bereich bei 48%, im ambulanten Bereich bei 52% liegt. Der Arbeitsfähigkeitsindex liegt (bei einem Maximum von 49 Punkten). Die Arbeitsfähigkeit wird hier bei einem Wert von 7 bis 27 Punkten als „schlecht“, von 28 bis 36 Punkten als „moderat“ von 37 bis 43 Punkten als „gut“ und von 44 bis 49 Punkten als „sehr gut“ bewertet. Dieser Index liegt stationär und mobil bei 36, kann als bloß als moderat bezeichnet werden. Der Burnout-Wert (Maximum: 100) liegt im Mittel im stationären Bereich bei 44, im mobilen Bereich bei 41. Auch der AFK-Index, welcher den Konflikt zwischen Arbeits- und Familienleben (Maximum-Wert bei 100) bezeichnet, ist stark ausgeprägt, liegt im mobilen Bereich bei 46, im stationären bei 44.

Vor diesem Hintergrund liegt die Dringlichkeit einer Reform des Pflege-Systems auf der Hand. Zugleich ist aber darauf hinzuweisen, dass der ggw Reformdiskurs innerhalb einer gewissen Pfadabhängigkeit der Reformoptionen stattfindet, sodass bestimmte Grundannahmen nicht hinterfragt werden. Das gilt etwa wie erwähnt für die Idee einer Monetarisierung des Pflegerisikos durch das Pflegegeld oder das Konzept einer fortgesetzten Ausdifferenzierung von Berufsbildern.

2. Epidemiologie und Demographie der Pflege

Kommen wir im nächsten Schritt auf die Epidemiologie und Demographie der Pflege zu sprechen.

2.1. Alterungsdynamik

2009-2019 stieg der Anteil der Personen über 65 in Österreich von 17,4% auf 18,8%. Gegengleich schrumpfte jener der Population zwischen 0 - 19 von 21,2% auf 19,4%. Die mittlere Gruppe blieb konstant.

Österreichs Bevölkerung wird bis 2040 von 8,84 auf 9,43 Mio anwachsen, weiter bis 2080 auf 9,93 Mio, wenn dies die Klimakatastrophe zulässt. Dies wird trotz negativer Geburtenbilanz durch Zuwanderung ermöglicht.

Bis 2040 wird sich der Anteil der 65+ - Jährigen von 18,8% auf 26,3% erhöhen und von dort weg bis 2080 weiter auf 29,3% erhöhen. Es kommt also zu einem Einschleifen der Alterpflegebelastung nach den Pensionsübertritten der Baby-Boomer-Generation. Die Lebenserwartung dürfte bei Männern bis 2080 von 79,3 auf 89,4 Jahre steigen, bei den Frauen von 84,0 auf 92,2 Jahre.

Bis 2050 wird der Anteil der Menschen über 80 Jahren auf 11,5% steigen. Damit verdoppelt sich der Anteil der Hochaltrigen 2020-2050 auf das Doppelte.

2018 gab es in Österreich 1.019 Hundertjährige, 85% davon Frauen. 1990 waren es noch 200 Personen gewesen. Bis 2050 wird sich die Anzahl der Hundertjährigen verzehnfachen, 50% des Geburtsjahrganges 2013 dürften ihren hundertsten Geburtstag erleben.

In den darauffolgenden 10-20 Jahren, also 2030-2050, ist also von einem Anstieg der Pflegebedürftigen auszugehen. Allerdings halte ich die Annahme einer Alter-Pflegebedürftigkeit-Relation für inkorrekt. Die Annahme einer dispersen Verteilung des Pflegerisikos ist falsch. Pflegebedürftigkeit hat zuerst mit sozialer Lage, und erst sekundär mit dem Alter zu tun.

2.2. Pflegebedürftige

Zugleich ist der beobachtbare Anstieg von Pflegebedürftigen sozialstrukturell betrachtet differentiell ausgestaltet.

Realistisch dürften die Prognosen sein, denen zufolge die Zahl der professionell zu betreuenden Personen bis 2050 auf über 650.000 steigt. Laut WIFO wird bis 2050 ein Anstieg auf 750.000 Menschen erwartet.

2.3. Pflegegeldbezieher

Die ökonomisch relevanteste Leistung des ggw. Pflegesystems ist das 1993 eingeführte Pflegegeld. Damals, 1993, bezogen diese Geldleistung rund 299.000 Personen, Ende 2018 waren es bereits 461.000 Menschen.

Per 31. Mai 2019 bezogen 462.583 Menschen Pflegegeld, was einen Anstieg um 1,02 Prozent gegenüber 2018 bedeutet.

2.4. Inzidenz der Pflegebedürftigkeit

Allerdings findet dies unter Bedingungen verschärfter sozialer Ungleichheit statt. Sämtliche OECD-Studien der letzten Jahre - „Growing Unequal“ aus 2009, „A broken Elevator“ aus 2018 und „Under pressure - Squeeze of the middle class“ aus 2019 verdeutlichen die Zunahme sozialer Ungleichheit, weniger am Einkommens-GINI und ehe am Vermögens - GINI.

Folgerichtig zeigt die gesamte Epidemiologie sowie die Armutsforschung zeigen, dass besser verdienende Versicherte im Durchschnitt im Alter deutlich seltener und weniger intensiv pflegebedürftig werden³¹. Pochobradsky et al. (2002)³² zeigen, dass soziale Ungleichheit und Pflegebedürftigkeit eng miteinander verbunden sind. Personen mit geringem sozioökonomischen Status (mit geringer Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder geringem Einkommen) weisen eine erheblich höhere Morbidität und Pflegebedürftigkeit auf als Mittel- oder Oberschichtangehörige. Ausschlaggebend hierfür sind sozialen Faktoren wie niedriges Einkommen, Bildung, Langzeitarbeitslosigkeit, der geringe Stellenwert der eigenen Gesundheit. Vor allem trägt die familiäre Transmission von ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital dazu bei, dass gesundheitliche Risiken und Belastungen im Lebenslauf akkumuliert werden.

Mittlere und obere Mittel- und Oberschichten verfügen über eine vergleichsweise bessere Gesundheit, bessere bzw. wettbewerbsfähige Ausbildung, höheres Einkommen. über stärker ausgeprägte Selbstbeobachtung. Sie nehmen häufiger an präventiven Maßnahmen teil, nehmen häufiger ärztliche Beratung und Behandlung in Anspruch, trinken und rauchen weniger, treiben mehr Sport usw. Diese Chancen, Präferenzen und sozialen Praktiken führen letztlich kumuliert zu unterschiedlichen Pflegebedarfsrisiken.

³¹ <https://taz.de/!5198854/>

³² E. Pochobradsky et al. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Studie des ÖBIG, Wien.

Barkhold/Naegele³³ sprechen von einer Schichtgebundenheit des Pflegebedürftigkeitsrisiko. Untere soziale Schichten haben demnach ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Arbeiter weisen ein 1,5 mal so hohes Pflegebedürftigkeitsrisiko auf wie ehemalige Beamte oder Selbständige. Kytir/Münz (1992) haben für Österreich gezeigt, dass ehemalige Arbeiter gegenüber ehemaligen Beamten/Angestellten ein 3,3-fach erhöhtes Pflegerisiko aufweisen. Doblhammer/Kytir (1998) haben nachgezeichnet, dass Personen mit Pflichtschulabschluss im Alter auch weniger von Pflegebedürftigkeit und Beeinträchtigung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten haben. Männer und Frauen mit keiner über die Pflichtschule hinausgehenden Bildung sind im Durchschnitt 2,2 - 2,8 Jahre gesundheitlich derart eingeschränkt, dass sie bei lebensnotwendigen Tätigkeiten auf fremde Hilfe angewiesen sind. Männliche und weibliche MaturantInnen sind im Durchschnitt nur 0,8 bzw. 1,3 Jahre pflegebedürftig. Die Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen, insbesondere das Risiko chronisch zu erkranken erfolgt also auf eklatante Weise sozial ungleich.³⁴

Auch gesunde Lebensjahre sind äußerst ungleich verteilt. Der Anteil der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre nach Erreichen des Regelpensionsantrittsalters liegt bei Unterschichtpersonen bei im Schnitt 2-3, bei Personen der oberen Mittelschicht bei 7-8. Er variiert also nach sozialer Lage.

Faktisch entscheidet dabei die Ressourcenverfügbarkeit über das relative Risiko, mit dem ein Pflegebedarf eintritt. Sozial-epidemiologischen Befunden zufolge sind von schweren und chronischen Erkrankungen ressourcenschwache Gruppen überproportional häufig betroffen. Sie verfügen über ein im Vergleich zu allen übrigen Bevölkerungsgruppen erhöhtes Risiko, pflegebedürftig zu werden und damit verbunden einer häufigeren und längeren Abhängigkeit von personellen Hilfeleistungen formeller und informeller Art.

³³ C.Barkhold/G.Naegele: Armut durch Pflegebedürftigkeit; in: W. Hanesch (Hrsg): Sozialpolitische Strategien gegen Armut, Opladen, S. 404 ff.

³⁴ U. Bauer / A. Büscher (2007): Soziale Ungleichheit und Pflege: Konzeptionelle Zugänge; in: Pflege und Gesellschaft; Bartley 2004; Richter/Hurrelmann 2006; Bauer/Bittlingmayer/Richter 2007.

Auch die Lebenserwartung im Vergleich insbesondere zwischen Männern der gesellschaftlichen Oberschicht und Unterschicht divergiert um rund zehn Jahre.³⁵

Die seit 1995 verfügbaren Daten zeigen, dass ein direkter Einfluss des sozialen Status auf Gesundheit und die Erwartung gesunder Lebensjahre nur schwach ausgeprägt ist. Der soziale Status wirkt aber stark indirekt, weil er materielle und psychosoziale Ressourcen, Arbeits- und Umweltbelastungen sowie Kompetenzen des Gesundheitsverhaltens verteilt.

Gründe dafür liegen im schicht- und milieuspezifischen Gesundheitsverhalten, in der eigenen Körperwahrnehmung, in differentiellen Behandlungs- und Versorgungsangeboten. Untere Schichten leben in gesundheitlich beeinträchtigenden Wohn- und Wohnumfeldbedingungen, weisen ein hohes Risiko für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auf. Sie sind häufiger chronisch krank und werden häufiger arbeits- bzw. erwerbsunfähig.³⁶ Insgesamt sind Pflegehaushalte mit einer ungünstigen Einkommenssituation konfrontiert:³⁷ Personen mit einem geringen Haushaltsnettoeinkommen, vor allem Working Poor (früher: Kleinverdiener), Niedriglöhner, prekär Beschäftigte, weisen mit zunehmendem Alter gegenüber Besserverdienenden einen hohen Hilfebedarf auf.³⁸

Auch das Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten vorhandener Hilfesysteme variiert nach der Verfügbarkeit über ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital³⁹, wobei gerade ressourcenschwache Gruppen Anpassungsprobleme an komplizierte Versorgungsabläufe speziell im Pflegebereich aufweisen. Es handelt sich dabei um Fähigkeits-, Mentalitäts- und Kompetenzunterschiede, die für das Agieren in und den Umgang mit

³⁵ (Mielck 2000)

³⁶ Barkhold 1992; Schmidt et al. 1987.

³⁷ SOEP-Daten; Kirner/Kiirschner 1986.

³⁸ Infratest Gesundheitsforschung 1991.

³⁹ Heusinger/Klünder 2005

den Instanzen der pflegerischen Versorgung unverzichtbar sind,⁴⁰ aber auch um Nicht-Wissen oder soziale Scham.⁴¹

Hinzu kommt, dass die Qualität der ambulanten und stationären Pflege offenkundig mit dem sozialen Status der zu Pflegenden korreliert.⁴²

Pflegebedürftige sind also in generalisierter Weise in einer prekären Situation. Ein Großteil der Menschen mit Pflegegeldbezug, und das sind zu 80% Personen über 60 Jahre (BMASK 2011) haben ein Einkommen, das die Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes nicht wesentlich übersteigt (Badelt et.al. 1997).

3. Ausgaben für die Pflege

Vordem wurde bereits eines der wesentlichen, als Sachzwang etikettierten Argumente der ggw Pflegereformdebatte, nämlich die nachhaltige Finanzierung, erwähnt. Jedenfalls aus dem skizzierten epidemiologischen Blickwinkel sollte man bei Annahme einer simplen Mechanik von Alter und Pflegebedürftigkeit Vorsicht walten lassen: in der Tat kann die Inzidenz der Pflegebedürftigkeit durch Präventionsmaßnahmen reduziert werden. Damit sind auch Prognosen über die voraussichtliche Kostenentwicklung der Pflege mit Unschärfen verbunden.

Die Gesamtkostenlast für den ´Pflegekomplex` verteilt sich auf eine Reihe unterschiedlicher Rechtsmaterien, Geld-, Sach- und Dienstleistungen. Ausgaben für die Pflege setzen sich entsprechend aus solchen für

- Pflegegeld
- Aufwendungen für die Unterbringung in Alten- und Pflegeheimen
- mobile und ambulante Pflegedienste einschließlich der funktional ergänzenden Dienste
- Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Medikation)
- Infrastrukturleistungen
- Mobilitätsleistungen

⁴⁰ Dixon et al. 2007; Heusinger/Klünder 2005; Bauer/Schaeffer 2006 .

⁴¹ Bauer/Vester 2007.

⁴² Dreißig 2007, 2005; Hart/Freeman 2005; Okken/Razum 2007; Stehling 2007.

zusammen.

Nachstehend soll indes nur vom Pflegegeld die Rede sein.

3.1. Pflegegeld

Das 1993 eingeführte Pflegegeld verfolgte den Zweck, Menschen mit Pflegebedarf durch ein Geldleistung ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings wurde eine gesetzliche Festlegung der jährlichen Abgeltung der Inflationsrate nicht vorgenommen.

3.1.1. Stufenverteilung

Der Schwerpunkt liegt auf den Pflegestufen 1 und 2; Im Mai 2019 bezogen

- 28% Pflegegeld auf Stufe 1 (mehr als 65 Stunden)
- 22% auf Stufe 2 (mehr als 95 Stunden)
- 18% auf Stufe 3,
- 15% auf Stufe 4
- 11% auf Stufe 5
- 4% auf Stufe 6
- 2% auf Stufe 7.

In diesem Kontext ist darauf zu verweisen, dass nicht nur pflegebedürftige SeniorInnen, sondern auch beeinträchtigte/behinderte Personen pflegegeldanspruchsberechtigt sind/sein können. Durch die Erhöhung der erforderlichen Stundenaufwands für die Eingangsstufen konnte die Zahl der qua Pflegegeldleistung erfassten Pflegebedürftigen bislang ´dämpfend` gesteuert werden. Dies provoziert die Frage, ob und inwieweit das Pflegegeldsystem überhaupt nachhaltig bedarfsdeckend ausgestaltet ist bzw. sein kann.

3.1.2. Höhe

Das Anfang Juli 1993 eingeführte Pflegegeld wird nach dem erforderlichen Pflegebedarf (und unabhängig von Einkommen und Vermögen) in sieben Stufen ausbezahlt

Stufe 1: 157,30 Euro;

Stufe 2: 290,00 Euro;

Stufe 3: 451,80 Euro; Stufe 4: 677,60 Euro; Stufe 5: 920,30 Euro; Stufe 6: 1.285,20 Euro; Stufe 7: 1.688,90 Euro).

1993-2018, also über 25 Jahre hinweg, wurde das Pflegegeld nicht angemessen, nämlich nur 5 mal valorisiert.⁴³ Bis 2018 mussten PflegegeldbezieherInnen mit einem um 30% in seiner Kaufkraft geminderten Fördersatz auskommen. Aus der Perspektive 2018 entspricht der Kaufkraftverlust seit 1993 in der höchsten Pflegestufe 600 €.

Um den progredierenden Wertverlust zu verhindern, ist es in grundsätzlicher Weise erforderlich, das Pflegegeld jährlich, automatisch und gesetzlich festgeschrieben zu valorisieren.⁴⁴ Der bisherige Wertverlust wäre eigentlich mit einer Einmalzahlung zu kompensieren gewesen, sodass zumindest sein ursprünglicher Wert als Zuschuss für behinderungsbedingte Mehraufwendungen wieder zur Verfügung steht.

⁴³ 1994 und 1995 erfolgten Erhöhungen um 2,5 bzw. 2,8 Prozent. Im Zuge des Sparpakets im Jahr 1996 mussten Bezieherinnen und Bezieher der Stufe 1 sogar einen Verlust hinnehmen. Erst 10 Jahre später im Jahr 2005 wurde das Pflegegeld wieder erhöht, um lediglich zwei Prozent. Die nächste Erhöhung des Pflegegeldes erfolgte im Jahr 2009 und war gestaffelt: für die Stufen 1 und 2 betrug die Anhebung 4 Prozent, für die Stufen 3 und 4 betrug sie 5 Prozent und für die Stufen 5 und 6 wurde das Pflegegeld um 6 Prozent erhöht. 2016 wurde das Pflegegeld in sämtlichen Stufen um 2% erhöht.

⁴⁴ Im Regierungsprogramm wird eine Erhöhung des Pflegegelds ab der Stufe 4 in Aussicht gestellt, das ist bei weitem nicht genug. Damit werden hauptsächlich Heime finanziert werden. Die Personen, die zuhause leben wollen, sind meist in den Stufen 1 bis 3 zu finden.

Nun wird mit 1. Jänner 2020 das Pflegegeld valorisiert und somit jährlich dem Pensionsanpassungsfaktor entsprechend erhöht ohne eine Kompensationszahlung vorzusehen. Zudem ist auch das Modell der Fortschreibung misslungen. Ursprünglich wäre die Orientierung am Verbraucherpreisindex vorgesehen gewesen, andere Stimmen forderten, da 90% der Kosten sozialer Dienste Lohnkosten sind, eine faktorielle Orientierung am SWÖ-KV; der Finanzausschuss hat indes mit Zustimmung aller Parlamentsfraktionen beschlossen, stattdessen den Pensionsanpassungsfaktor als Grundlage für die Anhebung heranzuziehen.

Dies wird zwar die Kosten für die Pflege absehbar deutlicher als bisher erhöhen, gleichwohl ist von einem Bedarfsdeckungscharakter des Pflegegeldes weiterhin nicht auszugehen. Dem Gesetzgeber bleibt zum Zweck der Kostendämpfung damit nur jene Stellschraube, den Zugang zur Leistung mittels der erforderlichen Stunden für das Erreichen einer Pflegestufe zu verengen, was bisher ja schon genutzt wurde.

3.1.3. Aufwand

Nimmt man Pflegegeld, Pflegeheime und mobile Dienste zusammen, dann lagen die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden 2010 bei 3,7 Mrd €. 2018 lagen sie bei 4,9 Mrd, was einem Plus von 32,4% binnen 8 Jahren entspricht. Allerdings sind das nur die Absolutzahlen.

Die Ausgaben für das Bundespflegegeld betragen im Jahr 2017 insgesamt rd. 2,55 Mrd. Euro inkl. Verwaltungskosten. Das entsprach einem Rückgang vom 0,7% gegenüber dem Vorjahr. Die Sozialausgaben in Österreich beliefen sich laut Statistik Austria im Jahr 2018 auf 112 Mrd. Euro

Der durchschnittliche Jahresaufwand pro Leistungsbezieher bzw. Leistungsbezieherin lag bei 5.708 €, der monatliche bei 476 €. Pflegegeld wird 12 Mal im Jahr ausbezahlt.

3.1.4. Entwicklung und Prognose

In einer längerfristigen Perspektive wird das Pflegerisiko nach ESSOS unter Funktion „Alter“ verbucht. Hier stiegen die Aufwendungen für Landes- und Bundespflegegeld 1995-2009 von 1,3 Mrd auf 1,9 Mrd um 41%. 2009 lag der Aufwand damit bei 1,5% (von insgesamt 84 Mrd). 2016 lag der Aufwand bei 2.54 Mrd € (2,4% von 107 Mrd Sozialleistungen), 2017 bei den erwähnten 2,55 Mrd.

Allerdings sind hier alle Bruttoausgaben additiv aggregiert. Rechnet man die intergouvernementalen Transfers gegen, so beliefen sich die Nettoausgaben für Pflegedienstleistungen 2016 auf 1.94 Mrd €, 2018 auf 2,2 Mrd € und 2019 auf 2,3 Mrd € sein. Maximalprognosen gehen davon aus, dass die Bruttoausgaben bis 2050 auf 13,9 Mrd € steigen könnten. Derlei `worst-case`-Szenarien sind unwahrscheinlich. Das WIFO geht in der Tat von weitaus geringeren Zahlen aus. Es rechnet für 2025 mit Kosten von 3 Mrd brutto. Die Kosten für die Pflege könnten sich von 2025 bis 2050 verdreifachen. Die öffentlichen Ausgaben für Pflege könnten dann bei 9 Mrd Euro brutto liegen.

4. Qualitätskriterien in einem funktionierenden Pflegesystem

In Anlehnung an meine Monographie „Der gute Wohlfahrtsstaat“ (2018), welche die Qualität in sozialen Diensten abhandelt, muss man im Kontext einer Pflegereformdebatte auch die Frage stellen, unter welchen Bedingungen Pflege als „gute Pflege“ beschrieben werden kann.

In Anlehnung an Donabedian könnte man sagen, dass man dabei

- Strukturmerkmale (vorhandene Rahmenbedingungen, Ausstattung, zu beachtende Regelwerke)

- Prozessmerkmale (wie die Pflege erbracht wird, auch Zwischenkontrollen) und
- Ergebnismerkmale (jeweils klare Kriterien erforderlich, Outcome-Forschung)

in Rechnung stellen muss.

Das Problem der Bemessung von Qualität und Güte ist indes, dass, dass wir zwar zwischen „Optimaler, Guter, Ausreichender und Mangelhafter Pflege“, zwischen „gefährlicher Pflege, Routinepflege, angemessener Pflege und optimaler Pflege“ differenzieren. Trotzdem aber ist dabei immer noch nicht klar, wie wir das WIE der Behandlung, Beratung, Versorgung handhaben.

Auch wenn wir Pflegequalität (in der direkten Pflege) als Grad der Verwirklichung von pflegerischen Zielen angeben, die sich auf die Förderung bzw. Erhaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden der Klienten beziehen und mit verantwortlichem zwischenmenschlichen Umgang und vertretbarem Einsatz von Mitteln angestrebt werden (Lay 2001: 20; 2004: 155), so verkennt das grundsätzlich den Charakter der Pflegeleistung als Sozialdienstleistung.

Denn auch eine Pflegeleistung ist wie jede andere Sozialdienstleistung co-produziert, vertrauensbasiert und unschlüssig. Ihre Qualität lässt sich nur mit der pflegebedürftigen Person selbst, prozessual flexibel und standardisiert zugleich bemessen. Wir lassen sich formale Kriterien standardisieren, nicht aber Interaktionen oder Gefühle.

Was also wären Qualitätskriterien einer Modernisierungsdebatte ?

4.1. Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität der Pflege ist durch die Bedarfsdeckung der Pflegebedürftigkeit indiziert. Gegenwärtig sehen wir indes, dass Pflegebedürftigkeit ein Armutsrisiko darstellt, zugleich aber auch, dass Unterschichten und untere Mittelschichten häufiger pflegebedürftig werden als mittlere und obere Mittelschichten und ihre Pflegebedarfe nicht decken können. Die Pflege weist also einen sozialen Bias auf.

Pflegeleistungen müssen konsequent leistbar ausgestaltet sein und durchgehend verhindern, dass Pflegebedürftigkeit für Betroffene oder Angehörige zu einem Armutsrisiko wird.

Pflege ist im Ergebnis ferner auch dann „gut“, wenn sie iSe Tertiärprävention eine Verschlechterung vermeidet bzw. iSe Validation körperliche bzw. psychische Befindlichkeiten verbessert.

4.2. Strukturqualität

Die Strukturqualität der Pflege liegt darin, dass Pflegeleistungen für die Bedürftigen erreichbar, gestaltbar und inhaltlich bestimmbar sind.

Dies betrifft vor allem den Zugang zur Leistung, insbesondere, ob ein Rechtsanspruch auf Leistungen eingeräumt ist.

Zugleich stellt sich die Frage, welchen ökonomischen Sinn es bei hohen Overhead-Kosten macht, wenn drei oder vier verschiedene soziale Dienste den Haushalt einer pflegebedürftigen Person anfahren.

4.3. Personalqualität

Pflege setzt differenziertes Personal voraus. Pflegepersonen sind

- Pflegeleistende als Diagnostiker/in, Planer/in, Organisator/in, Manager/in, Leader/in, Pflegende/r, Unterstützer/in, Zuhörer/in, Erzähler/in, Bezugs-/Vertrauensperson, Fürsprecher/in (Anwaltschaft), Mutter-/Vater-/Kinderersatz in u. a. der Tochter-/Sohnrolle, Erzieher/in, Vermittler/in, Übersetzer/in (Dolmetscher/in), Fremde/r, Gast im Privatbereich der unterschiedlichen Leistungsempfänger/innen bei der 24-h-Betreuung
- ExertInnen mit Fachwissen
- Coaches, die zu einen interaktiver, personenzentrierter Beratungs- und Begleitungsprozess

Die Personalqualität von Pflegeleistungen liegt darin, dass sie durch entsprechend qualifiziertes, aber auch nicht überfordertes bzw. überlastetes Personal auf professionelle Weise erbracht werden.

Was aber bedeutet „Professionalität“ an dieser Stelle ? Dem Stmk Kompetenzmodell folgend ist Altenpflege

- das Wahrnehmen, Beobachten und klinische Beurteilen von Gesundheit und Krankheit.
- Versorgung, Zuhören, Trösten, Befähigen und Anleiten
- die Wahrung der Würde des Menschen.
- das Entwickeln von Strategien und Konzepten für Einzelne und Familien mit dem Ziel, die Lebensqualität und Gesundheit zu erhalten und zu fördern, Krankheiten zu vermeiden und Leiden zu lindern.
- die Unterstützung von Menschen bei der Bewältigung von akuten und chronischen Gesundheitsproblemen sowie in Behinderung und mit Beeinträchtigungen.

4.4. Prozessqualität

Die Prozessqualität der Pflege liegt darin, dass Pflegebedürftige die Pflege co-steuernd beeinflussen können, Pflegeleistungen zugleich aber auch kurzfristig und flexibel zur Verfügung stehen. Notwendig ist daher nicht nur eine Verfahrenskonzentration, sondern auch ein Arrangement, ein Pflege-Mix, in dem der Pflegeprozess der volatilen Pflegebedürftigkeit entsprechend flexibel angepasst werden kann. Dies betrifft vor allem das Case-Management und die Hilfeplanung, aber auch Kommunikations-Methoden wie die Validation nach Feil als Ausdruck des wertschätzenden Respekts gegenüber alten, desorientierten Menschen.

Zugleich wird damit deutlich, dass Pflege ganzheitlich und nicht primär an der Differenzierung verschiedener Berufsbilder von Pflegeberufen orientiert sein muss.

4.5. Beziehungsqualität

Pflegebedürftige sind weder an Märkten noch an permanenter Kostenoptimierung interessiert. Sie sind vielmehr an langfristiger Stabilität, Vertrauen und Leistbarkeit orientiert. Sie wollen ihre Würde und Intimität gewahrt wissen.

5. Reformperspektiven

Die Reformperspektiven der Pflege hängen in gewisser Weise auch davon ab, welche Prognosen während der nächsten 30 Jahre tatsächlich eintreffen.

Zum einen prognostiziert die Schule des „better-life-Ansatzes“ eine Abnahme der Zahl multimorbider und pflegebedürftiger Menschen bedingt durch medizinischen Fortschritt, Anhebung des Wohlfahrtsniveaus und verbesserte Präventionsansätze. Ggw sprechen die Entwicklung der Pharmakologie mit individualisierten Medikamenten, die Transplantationstechnik, Keimbahntherapie sowie CRISP 3 für diesen Entwicklungspfad.

Der „longer-life-Ansatz“ besagt hingegen, dass mit der Zunahme der Lebenserwartung auch der Anteil multimorbider älterer Menschen wachsen wird („longer life – Ansatz“, siehe dazu BMAGS 1999).

Der dritte, epidemiologische Ansatz geht von einer Zunahme der sozialen Ungleichheit und damit einhergehenden Benachteiligungslagen und Morbiditäten, aber auch von einer zunehmenden Selektivität von Versorgungsniveaus durch Pflegedienste aus. Hier wird argumentiert, dass die anhaltend hohe Zahl von Armuts- und Ausgrenzungsgefährdeten sowie Working Poor, aber auch die wachsende Zahl von Geringverdienern Pflegerisiken schicht- und milieuspezifisch ausweiten wird.

Welche Pronose auch immer eintreffen mag, so ist der 2011 eingerichtete Pflegefonds⁴⁵ als Instrument beauftragt, auch nach 2021 sicherzustellen, dass

- Pflege leistbar und qualitativ angeboten wird.
- die wachsenden Kosten im Bereich der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen abgedeckt werden
- mobile Dienste, teilstationäre Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, stationäre Pflege, Case- und Caremanagement, mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste, innovative Maßnahmen, qualitätssichernde Maßnahmen ausgebaut werden

⁴⁵ <https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/151257510351306.pdf>

Vor diesem Hintergrund sind unterschiedliche Reformperspektiven und -strategien denkbar:

5.1. Aufstockung des professionellen Pflegepersonals

Auch wenn es gelingt, die bis 2030 fehlenden 24.000 professionelle Pflegekräfte in Österreich durch eine Pflegeoffensive zu gewinnen, zu schulen, durch Migration zu importieren; auch wenn es gelingt, den Pflegeberuf attraktiver zu machen, was Arbeitsbedingungen und Bezahlung betrifft: das wird nicht reichen.

Denn das WIFO schätzt bis zum Jahr 2050 den Mehrbedarf auf knapp 80.000 professionelle Pflegekräfte. Der absehbare Personalbedarf ist durch AbsolventInnen der Ausbildungseinrichtungen (Bereich Pflege und Betreuung) nur bis 2024 gedeckt. Alleine Wien sucht bis 2030 9.100 Pflegekräfte: 5.000 sind aufgrund der Pensionierungen der Babyboomer-Generation, 4.000 wegen der demografischen Entwicklung der Stadt nötig. Die mobile Pflege in Wien wird 2024-2030 um 23% steigen, die teilstationäre Pflegenutzung um 23%. Vor allem beim gehobenen Dienst (FH-Absolventen oder diplomierte Krankenpfleger) sowie bei den Pflegeassistentenberufen wird der Personal-Mangel früh eintreten.

Daher wird man u.a.

- gezielt ausländisches Personal wie in den 1970er und 1980er Jahren anwerben müssen.
- eine Aufstockung der Ausbildungsplätze für Pflegeassistenten und die Pflegefachassistenten um etwa 2.000 pro Jahr ins Auge fassen (Zahlen: Caritas).
- berufsbegleitende Ausbildungen und Verbesserungen für QuereinsteigerInnen etablieren müssen
- Ausbildungskostenbeiträge für diplomierte Pflegekräfte und Schulgeldvorschreibungen für alle übrigen Pflegeberufe vorsehen müssen
- die Einführung bzw. Erweiterung des Taschengeldes für Studierende im Bereich der Krankenpflegeberufe vorsehen müssen

5.2. Von Teilzeit auf Vollzeit

Die Teilzeitquote in der Pflege ist ggw. mit 57 % ziemlich hoch. Im Schnitt arbeiten die zu 82% weiblichen Pflegekräfte 33 Stunden pro Woche. Zielsetzung muss es daher sein, die Vollzeitbeschäftigung in der professionellen Pflege zu steigern, indem Arbeitsbedingungen verbessert, Löhne erhöht, die Rahmenbedingungen der Family-Worklife-Balance verbessert, Status und Prestige der Pflege gesteigert werden.

5.3. Attraktivierung der Pflege

Eine Attraktivierung der Pflege erfordert im Einzelnen:

- verbindliche Fall-Last-Zahlen für die Beschäftigten
- eine erhebliche Anhebung der Einkommensanreize
- Ausbildungs- und Jobgarantie für künftige Pflegekräfte
- erweitere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- proaktive Behaltestrategien der Dienstleistungsanbieter, die sich auch in der Tagsatzverhandlungen mit den Bundesländern niederschlagen müssen

5.3. Optimierte Schnittstellen zw informeller und formeller Pflege

Erforderlich sind optimierte Schnittstellen zw informeller und formeller Pflege, damit die informelle Pflege über Monate und Jahre aufrechterhalten werden kann, ohne dass die Angehörigen völlig überlastet und möglicherweise selbst krank werden.

Pflegende Angehörige sind ggw und absehbar das Rückgrat der Pflege und Betreuung. Pflegende Angehörige brauchen Coaching, Assistenz, Schulung, Training, Pausen und Urlaub. Dafür sind leistbare "Ersatzpflege-Möglichkeiten" notwendig. Daher sind Tagesbetreuungsangebote auszubauen. Gleichgerichtet sind die Bedingungen für die Inanspruchnahme von Pflegekarenz und Pflegefreistellung zu erleichtern.

5.4. Föderale Vereinheitlichung der Standards

Eine förderale Vereinheitlichung und Harmonisierung der Versorgungs-, Qualitäts- und Finanzierungsstandards ist zweckmäßig. Eine Vereinbarung gem. Art 15 a B-VG wäre anzustreben, um einen gleichartigen Zugang zu

Pflegedienstleistungen sicherzustellen. 2013 wurde ja ein einheitlicher Richtversorgungsgrad im Pflegefondsgesetz etabliert.

Zugleich ist Transparenz und Vergleichbarkeit von Pflegedienstleistungsdaten zu verbessern.

5.5. Mobil vor Stationär und Schnittstellenmanagement

Die Annahme ist zulässig, dass der Heimbelaug von öffentlich aus Mitteln der Sozialhilfe co-finanzierten Alten- und Pflegeheimen privater und öffentlicher Träger kaum noch Fehladressierungen umfasst. Die Strategie mobil vor stationär ist also weitgehend umgesetzt.

Was im Anschluss daran fehlt, ist das Management der Schnittstellen zwischen professioneller und informeller Pflege.

5.6. Prävention

Folgt man der Annahme einer sozialstrukturell differentiellen Inzidenz, auf Deutsch: der Annahme, dass Unterschichten, unter Mittelschichten und prekäre Abgehängte häufiger pflegebedürftig werden als mittlere und obere Mittelschichten sowie Oberschichten, dann ist Prävention ein Gebot der Stunde.

Einer der zentralen Ansatzpunkte für eine Pflegereform ist damit ein Eingriff in die Verteilung des Pflegerisikos und Pflegebedarfes. Wir müssen über die soziale Inzidenz des Pflegerisikos und damit auch über präventive Maßnahmen nachdenken, Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Das ist es, was ein nachhaltig funktionierendes, vor allem: nachhaltig finanzierbares Pflegesystem zuvorderst benötigt.

Selbst das Demenzrisiko (Alzheimer) ein kein ubiquitär verteiltes, sondern geht Lebensbedingungen, den Lebenswandel und im Lebenslauf kumulierte Risiken zurück. Darauf deutet etwa eine niederländische Studie, dernach weitaus mehr Zuwanderer, vor allem aus der Unterschicht, an einer Demenz erkranken als die einheimische Bevölkerung (Parlevliet et al. 2016). Wir sehen eine stark rückläufige Erkrankungswahrscheinlichkeit vor allem in den reicheren westlichen Ländern mit Verminderungen der Inzidenzraten um 11

bis 35% innerhalb eines Jahrzehnts (Schrijvers et al. 2012, Matthews et al. 2016, Grasset et al. 2016, Satizabal et al. 2016). Ursachen für ein abnehmendes Krankheitsrisiko werden vor allem in den verbesserten Lebensbedingungen, in zunehmender Bildung, gesünderer Ernährung, größerer körperlicher, sozialer und geistiger Aktivität sowie in der erfolgreicherer Behandlung von kardiovaskulären Risikofaktoren gesehen.

Demenz ist eine erworbene Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, die Gedächtnis, Sprache, Orientierung und Urteilsvermögen einschränkt. Sie verknüpft verschiedenartige neurodegenerative und vaskuläre Krankheitsprozesse.

5.7. Policy Mix

Ein weiterer Ansatzpunkt liegt in der Optimierung des Pflege-Mix, also der Kombination von Leistungen. Grundsätzlich werden in Österreich pflegebedürftige Menschen durch

- a) Geldleistungen wie das Pflegegeld,
- b) Sachleistungen, wie Plätze in Pflege- und Altenheimen
- c) soziale Dienste wie etwa die Hauskrankenpflege, Hilfen zur Weiterführung des Haushals, Essen auf Rädern, familienergänzende Dienste u.ä.

unterstützt.

Die grundsätzliche Herausforderung hierbei liegt in der Bedarfsdeckung der Pflegebedürftigkeit, nämlich in einem entsprechenden „policy-mix“, welches nicht nur Hilfeplanung sowie ein entsprechend professionelles Case-Management, sondern auch Selbsthilfe, Laienhilfe, Ehrenamt, professionelle Pflege, informelle Pflege, 24-h-Betreuung, technische Assets wie „ambient living design“ sowie Instrumente der Automatisierung und Robotisierung der Pflege verbindet.

Die bislang applizierten Maßnahmen sind vielgestaltig defizitär. Das Pflegegeld verkörpert als pauschalierte Abdeckung einen Zuschuss und ist nicht bedarfsdeckend ausgestaltet. Wenn es also Sicherungssystem aufrechterhalten wird, dann muss es den Bedarf tatsächlich decken, oder in

Verbindung mit indirekten Transfers bzw. der Co-Finanzierung sozialer Dienste durch die öffentliche Hand eine leistbare Bedarfsdeckung ermöglichen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Monetarisierung der Alten-Pflege durch ein Pflegegeld nur eingeschränkt zielführend ist. In einem mehrjährigen Projekt (Carlo Knöpfel/Martin Bellermann/Nikolaus Dimmel) haben wir die Alten-Pflegesysteme der Schweiz (Pflege als Sachleistung der Krankenversicherung), Deutschlands (Pflegeversicherung) und Österreichs (Pflegegeld + soziale Dienste auf Grundlage des MSG und SHG) verglichen. Unser Befund lautet, dass die beste Lösung ein Modell mit einem bedarfsdeckenden Rechtsanspruch auf Sachleistung ist. Es gibt keine einzige sozialwissenschaftliche Studie, in der nachgewiesen wäre, dass pflegebedürftige ältere Personen das Interesse hätten, auf Anbietermärkten als „homo oeconomicus“ optimierte Pflegeleistungen zuzukaufen. Stattdessen sind Pflegebedürftige an Stabilität, Vertrauen, Kalkulierbarkeit und Wahrung ihrer Intimität interessiert.

Bereits jetzt ist die Orientierung am Pflegemarkt eine Zumutung. Was die Unterbringung in Alten- und Pflegeheimen betrifft so ist die Höhe der Heimkosten von mehreren Faktoren abhängig, etwa davon, ob es sich um private oder öffentliche Einrichtungen handelt, in welchem Bundesland die Einrichtung liegt. Dasselbe gilt für Pflegedienste sowie die Kostenbeitragsregulative der Bundesländer.

Kritisch sei angemerkt, dass der Entfall des sog. „Pflegeregresses“ 2018, nämlich der Zugriff auf das Vermögen von in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommenen Personen, Angehörigen, Erben und Erbinen sowie Geschenknehmern und Geschenknehmerinnen im Rahmen der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten ab 1.1.2018 als unzulässig erklärt hat, nicht nur zu erheblichen Mehrkosten der Bundesländer beigetragen hat. Damit werden auch Haushalte erfasst, welche die Kosten der Pflege hätten aus eigenem bestreiten können. Diese Regelung umfasst nämlich jegliches Vermögen ohne Berücksichtigung der Höhe, also nicht nur Immobilien und Liegenschaften (Wohnungseigentum), sondern auch Sachvermögen, Anlagevermögen, Fahrnisse, Barvermögen und Sparbücher.

Zugleich sind die 300 Mio Fixbetrag des Bundes als Abgeltung der entgangenen Einnahmen zugunsten der Bundesländer zu niedrig kalkuliert. In Wien alleine sind 56 Mio an Einnahmen entfallen; nur 40 Mio wurden refundiert.

Ein funktionierendes Pflegesystem setzt aber voraus, dass sich über eine nachhaltige Präventionspolitik hinaus Personen je nach individueller Kapazität wenn auch mit erheblichen Freibeträgen an den Kosten der Pflege beteiligen. Eine ungedeckelte Vermögensfreistellung aber ist kontraproduktiv. Umgekehrt sind kumulative Belastungen bei Inanspruchnahme mehrerer sozialer Dienste prohibitiv. D.h. dass Selbstbehalte und Eigenleistungen zur einer Reduktion der Inanspruchnahme von Sozialdienstleistungen beitragen. Dies kann das Belastungsniveau der informellen Pflege massiv anheben und kontraintentionale Folgen haben.

Auf mobile soziale Dienste besteht kein Rechtsanspruch; einmal abgesehen vom Rechtsanspruch auf stationäre Heimunterbringung. Dies wäre im Rahmen der Ausführungsgesetze zum Bundesgrundsatzgesetz zur Sozialhilfe in Erwägung zu ziehen (gewesen).

Die informelle Pflege ist nur unzureichend materiell abgesichert. Das Pflegegeld deckt regelhaft den Finanzierungsbedarf nicht ab. Pflegebedürftigkeit bedeutet hier also ein distinktes Armutrisiko. Die 24-h-Betreuung ist ein instabiles Instrument der Ausbeutung in internationalisierten Care-Chains.

6. Ausblick zum Kernthema der Tagung: Technik und Pflege

Der Pflegesektor weist ggw einen Technisierungsgrad von 20% auf. Dies betrifft vor allem Mobilisierungshilfen wie Lifte, motorisierte Betten, Hebekräne, Lagerungshilfen und Rollstühle, aber auch Monitorsysteme und Notrufsysteme. Hinzu kommen die computer-unterstützte Pflegeplanung sowie Diagnoseverfahren samt elektronischer Klassifikation.

Pflege- und Service-Roboter mit künstlicher Intelligenz sind kaum verbreitet. Wenn überhaupt, dann erbringen sie Haushaltstätigkeiten, Bring- und Holtätigkeiten.

Mobilisierungshilfen haben bisher zur Arbeitserleichterung und Zeitersparnis beigetragen und damit eine höhere Pflegequalität erzeugt.

Interaktive Pflegeroboter haben bislang allerdings keine ökonomischen oder pflegerische Vorteile erzeugt. Wir unterscheiden Telepräsenz, und Therapie-Assistenz-Roboter wie PARO. Diese Roboter können Reinigungsarbeiten, Materialmanagement, Wäschetransport, Speisenausgabe, Umlagerung von Pflegebedürftigen und Transferleistungen erbringen. Diese Roboter können auch Monitoring-Funktionen übernehmen. So ist etwa der Roboter „Hobbit“ mit einem Sturz- und Notrufsystem ausgestattet. Typen wie „Marvin“ können Geschirrspüler ausräumen und Gläser nachfüllen.

Der Schwachpunkt der Entwicklung liegt indes in zweierlei: einerseits in der sozial-interaktiven Kommunikation mit PatientInnen, andererseits in der rein pflegerischen Tätigkeit, die ja taktile Fähigkeiten, komplexe Griff-Abfolgen und ein hohes Maß an Intuition und nonverbaler Kommunikation bzw. Spüren und Fühlen beinhaltet.

Care-O-Bot ist der erste Robot, der Gesichter erkennt, Musik und Gedichte abspielt, Gesten beherrscht, Gefühle erkennt und spiegelt, Gegenstände lokalisiert und greift. Aber auch er ist weder zu einem Beratungsgespräch, zu sozialer Betreuung noch zu körperlicher Pflege in der Lage. Gleichwohl zeigt eine norwegische Studie⁴⁶ zum Roboter „PARO“ (eine Robbe), dass depressive Symptome und das hohe Maß an Agitiertheit bei BewohnerInnen von Langzeiteinrichtungen reduziert werden können. Zugleich gelingt es, apathische PatientInnen zu animieren bzw. zu mobilisieren, Einsamkeitsgefühle zu reduzieren.

Insgesamt aber empfinden der Europ Kommission zufolge lediglich 4% der befragten ExpertInnen den Einsatz von Altenpflegerobotern als sinnvoll, zumal sich zugleich auch eine Reihe von erheblichen Problemen mit Datenschutz und Techniksicherheit auftut.

Im Ergebnis ist die Technisierung und Robotisierung der Pflege keine tragfähige Perspektive auf die Lösung des Pflegeproblems, versteht man sie als Ersetzung der menschlichen Pflegekraft durch die Maschine. Pflege ist

⁴⁶ Joranson et al 2015; Hirmann 2015,24.

und bleibt eine dominant menschliche Tätigkeit. Sehr wohl aber können technische Applikationen die menschliche Arbeitskraftverausgabung in der Pflege entlasten, routinisierte Aufgaben (Transport, Heben, Basisaufgaben der Reinigung, Service, standardisierte Kommunikation) übernehmen. Damit steht ein Management der Schnittstellen, der Mensch-Maschine-Kopplung im Pflegeprozess zur Debatte. Zugleich wird am Beispiel des „Ambient Living Design“, also eines Internet der Dinge in altersgerechten Wohnungen, deutlich, dass damit nicht nur erhebliche Kosten verbunden sind, sondern entsprechend Umstellungen auch weitreichende Eingriffe in Bauordnung, Bautechnikrecht uam. nach sich ziehen.

Im Ergebnis ist die Pflegereform ein Geschehen, in dem an mehreren Stellschrauben zugleich zu drehen sein wird, wobei vor allem die Bedürfnisse und Rechte älterer pflegebedürftiger Menschen im Mittelpunkt zu stehen haben.