

Diskussionspapier

PFLEGE

Der Gesundheitszustand älterer Menschen, ihre Anfälligkeit für Aktivitätseinschränkungen und das damit verbundene Risiko, das tägliche Leben nicht mehr autonom und selbstbestimmt bewältigen zu können, sind maßgeblich von sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Insbesondere Bildungsstand und Einkommen, sowie in weiterer Folge die individuellen Möglichkeiten für eine gesundheitsbewusste und gesundheitsförderliche Lebensweise zu sorgen, gelten als zentrale Einflussfaktoren (vgl. u.a. Kroll et al. 2008: 36ff; Kruse 2006: 4ff; Molla et al 2004).

Häufig sind es chronische Erkrankungen, die im höheren Alter zu Pflegebedürftigkeit führen, wobei den demenziellen Erkrankungen und deren psychosozialen Auswirkungen besonderes Augenmerk zu schenken ist (vgl. Höpfinger, Hugentobler 2003: 16). Natürlich dürfen neben pflegebedürftigen älteren Menschen auch jüngere Menschen mit besonderen Bedürfnissen in der Betrachtung von Pflege und Armut nicht aus dem Radar fallen. Der negative Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, sowie Armut und (gesunder) Lebenserwartung ist empirisch nachweisbar (vgl. Leidl et al. 2010; Lampert/Hoebel 2019). Armutsbetroffene bzw. armutsgefährdete Menschen tragen im Alter ein höheres Risiko (chronisch) krank und pflegebedürftig zu werden als Wohlhabendere und haben gleichzeitig weniger finanzielle Mittel zum Erwerb sozialer Dienstleistungen zur Verfügung. Diese benachteiligte Gruppe muss daher bei Maßnahmen und Projekten, die auf Prävention und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit abzielen, im besonderen Ausmaß berücksichtigt werden (vgl. Lampert/Hoebel 2019: 239ff; Palk et al. 2014: 174f).

Definition Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit entsteht lt. WHO-Definition, wenn Menschen aufgrund ihrer *eingeschränkten „funktionalen Gesundheit“* nicht (mehr) in der Lage sind die Anforderungen des Alltags zu erfüllen und ihre Aktionsspielräume und Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben reduziert sind. Die von professionellen Fachkräften hauptamtlich geleistete *formelle Pflege* ist von der freiwillig erbrachten *informellen Pflege* durch (zumeist) Angehörige abzugrenzen.

In sozialversicherungszentrierten Wohlfahrtssystemen, wie dem österreichischen, prolongieren sich bei mangelhafter Teilhabe am Erwerbsarbeitsmarkt (und damit verbundener Lücken in den Pensionsversicherungsbeiträgen) ökonomische Problemlagen und Armutsgefährdungen vom erwerbsfähigen Alter in die Pensionszeit hinein (vgl. Heitzmann/Eiffe 2008: 5). Von diesem Phänomen sind auch pflegende Angehörige, v.a. Töchter oder Schwiegertöchter von Pflegebedürftigen, betroffen. Diese Frauen unterbrechen, beenden oder reduzieren oftmals ihre Erwerbstätigkeit um den/die Angehörige/n pflegen und betreuen zu können und sind somit selbst einem höheren Risiko ausgesetzt, im Alter mit niedrigem Pensionseinkommen konfrontiert zu sein (vgl. Palk et al. 2014: 174f).

Soziale Ungleichheit reproduziert sich beim Auftreten von Pflegebedürftigkeit aufgrund der vorgelagerten Erwerbseinkommens-, Bildungs- und Lebensverläufe und wird auf struktureller Ebene in der Phase der Abhängigkeit neu angeheizt, zumal der Zugang zu Pflegeleistungen und Unterstützungen ein relativ hohes Ausmaß an persönlichen und sozialen Ressourcen erfordert (vgl. Behrens 2008: 183f).

Pflegegeld

Das Kernelement öffentlicher Pflegeleistungen in Österreich stellt das im Jahr 1993 eingeführte „Pflegegeld“ dar. Darüber hinaus wurden der Ausbau sozialer Dienste, umfassende Qualitätssicherungen und -kontrollen und begünstigte Weiterversicherungen für pflegende Angehörige als tragende Säulen der Pflegevorsorge ausgerufen. Die ausbezahlte Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem (von Mediziner*innen oder Pflegefachkräften) eingeschätzten Pflegeaufwand in Stunden pro Monat und ist in sieben Stufen unterteilt (vgl. BMASGK 2019: 6f). Die hier angewandte Bedarfsorientierung zielt also nicht auf finanzielle Notwendigkeit, sondern auf eine eingeschätzte (monatliche) Pflegebedarfszeit ab und wird unabhängig von Einkommen und Vermögen ausbezahlt. Die Mehrheit der Pflegegeld-Bezüge konzentrieren sich in Österreich auf die niedrigsten drei Pflegestufen. Nur relativ wenige Pflegebedürftige werden in die höheren Pflegestufen eingestuft (vgl. BMASGK 2016: 100ff).

Zu beachten ist auch, dass das Pflegegeld schon von seiner Konzeption her nicht dafür gedacht ist, die gesamten durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Mehrkosten abzudecken. Das in Österreich praktizierte Pflegegeld-System kann das Armutsrisiko pflegebedürftiger Menschen bestenfalls abmildern, aber nicht verhindern¹.

Angehörigenpflege

In der Angehörigenpflege sind die Betroffenen mit ganz unterschiedlichen individuellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen konfrontiert. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass diese zu einem überwiegenden Teil von Frauen geleistet wird und für viele von ihnen zeitliche und finanzielle Ressourcen eine zentrale Rolle in der Bewältigung der informellen Betreuungsarbeit spielen. Ein Mangel an finanziellen Ressourcen bedeutet für Betreuende und Betreute oftmals auch weitreichende persönliche Einschränkungen und Nachteile. So hängen beispielsweise die Möglichkeiten andere Arbeiten (wie z.B. Hausarbeit) „auszulagern“ oder die Erwerbstätigkeit zurückzuschrauben, um sich „Freiraum“ für die Angehörigenpflege zu schaffen, wesentlich von den finanziellen Gegebenheiten ab (vgl. Anger et al. 2015: 55f). Darüber hinaus sind Pflegehilfsmittel kostenintensiv und können sich von einkommensschwächeren Personen oder Haushalten oftmals nicht im notwendigen Ausmaß geleistet werden, auch nicht unter dem bestehenden Fördersystem bzw. Pflegegeldsystem.

Die in Österreich seit 2014 bestehende Möglichkeit der bis zu sechsmonatigen Pflegekarenz oder Pflegezeit für pflegende Angehörige (mit einem Karenzgeld von 55% des Nettoeinkommens bzw. einem Mindestbetrag von € 446,81) wird wenig genutzt (vgl. Rieder 2018), einerseits weil hierfür das Einverständnis der jeweiligen Arbeitgeber*innen notwendig ist² und andererseits wohl auch aufgrund der Tatsache, dass sie für viele keine geeignete Alternative zum Erwerbseinkommen darstellt, weil die finanziellen Einbußen zu hoch wären. Allerdings ist von der Konzeption her

¹ Bei einem eingeschätzten Pflegeaufwand von 90 Stunden pro Monat ergibt sich z.B. eine Einstufung in Pflegestufe 1 mit einem Pflegegeld-Anspruch von € 157,30 pro Monat bzw. € 1,75 pro Pflege-Stunde, wohingegen Wohlfahrtsorganisationen mit rund € 20,- bis 25,- pro Stunde für angebotene Pflegeleistungen kalkulieren. Aus diesem Zahlenbeispiel ist einerseits erkennbar, dass das Pflegegeld nur einen Teil der tatsächlichen Kosten der Pflegebedürftigkeit abdecken kann und andererseits auch, dass informelle Angehörigenpflege weitgehend unbezahlt geleistet wird.

² Mit 1.1.2020 werden Pflegekarenz und Pflegezeit neu geregelt. Ab diesem Zeitpunkt haben ArbeitnehmerInnen einen Rechtsanspruch auf bis zu vier Wochen Pflegekarenz, ohne eine Kündigung fürchten zu müssen.

die Pflegekarenz auch nicht als Langzeitlösung gedacht, sondern primär dafür, berufstätigen Angehörigen für die Neuorganisation einer Pflegesituation Freiraum zu verschaffen. Längerfristige Absicherungsmodelle für pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter fehlen. Einige unterstützende Maßnahmen (wie z.B. Zuschüsse für Pflegehilfsmittel und Wohnraumadaptierung oder diverse steuerliche Absetzbarkeiten) werden in Österreich für Familien mit pflegebedürftigen Personen angeboten. Für derartige Unterstützungen existieren allerdings ganz unterschiedliche Antragstellen und sie sind insgesamt mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden, welchem in der formalen Bildung benachteiligte Familien eventuell nicht gewachsen sind. Genau diese Menschen gehören aber zur Gruppe mit hohem Armutsrisiko und können jede Unterstützung brauchen.

Folgen der Abschaffung des Pflegeregresses

Seit 2018 ist in Österreich der sogenannte „Pflegeregress“ abgeschafft. Diese erleichternde Regelung betrifft aber weder die informelle Angehörigenpflege noch ambulante und mobile Dienste, weshalb schon sehr früh deutlich wurde, dass es zu einem „Run“ auf stationäre Einrichtungen kommen könnte. Aus heutiger Sicht zeichnet sich eine Angebotslücke im stationären Bereich ab und es könnte v.a. bei gewerblichen Anbietern folglich zu Preissteigerungen und Qualitätsproblemen kommen (vgl. BMASGK: 3f; Schoellerbank 2018: 1ff).

Diskussion über private Pflegevorsorge

In Österreich wird aktuell der Ruf nach einer privaten Pflegevorsorge lauter. Es wird jedoch kaum möglich sein, Menschen, welche mit dem laufenden Einkommen kaum oder nicht das Auskommen finden, zu einer freiwilligen Pflegeversicherung zu motivieren.

Eine andere Variante ist eine Pflegeversicherungspflicht nach deutschem Vorbild mit Arbeitgeber*innen- und Arbeitnehmer*innenanteilen. Um 4,9 Mrd Pflegeausgaben über Sozialversicherung zu finanzieren, braucht es mind. 4% auf die Arbeitskosten, das ist nicht wenig und belastet den Faktor Arbeit deutlich. Sozialversicherungsabgaben wirken in Österreich regressiv – belasten untere Einkommen stärker als obere, mit der Höchstbeitragsgrundlage werden noch dazu höchste Einkommen ausgenommen. Steuern hingegen sind progressiver und bilden Beiträge stärker nach der Leistungsfähigkeit ab, zusätzlich wären auch vermögensbezogenen Beiträge möglich.

Notwendige Maßnahmen

Achtung menschlicher Grundrechte in der Pflege

- Anerkennung der menschlichen Grundrechte auf Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe (auch außerhalb von zuhause bzw. einer Einrichtung) und Privatsphäre (z.B. abschließbare Einzelzimmer), sowie ausreichendes und bekömmliches Essen, saubere Wäsche und ordentliche Körperpflege
- Auch einkommensschwache, armutsgefährdete und –betroffene Menschen müssen das Recht auf Wahlmöglichkeit zwischen Betreuung zuhause oder in einer Einrichtung haben
- Gleichberechtigter Zugang zu Palliativmaßnahmen und Hospizen für alle

- Einheitliche Qualitätskriterien und starke, durchgriffsfähige Qualitätskontrollinstanzen in der formellen Pflege (stationär, mobil, 24-Stunden-Betreuung) zum Schutz der Rechte von Pflegebedürftigen
- Menschliche Grundrechte müssen für alle und unabhängig von den individuellen, finanziellen Möglichkeiten gelten

Faire Pflegefinanzierung unter Achtung der Menschenwürde

- Die Finanzierung einer menschenwürdigen Pflege muss unabhängig von individuellen Einzahlungen in das System (in Form von Versicherungsbeiträgen) sein
- Im Falle der informellen Pflege wird die veranschlagte Höhe des Pflegegeldes dem volkswirtschaftlichen Nutzen, welchen pflegende Angehörige erbringen, insgesamt nicht gerecht. Hier bedarf es einer Evaluierung und fairen Anpassung
- In der Pflegegeld-Einstufung ist höheres Augenmerk auf den Aufwand durch pflegeunterstützende Maßnahmen zu legen. Dies gilt insbesondere auch für demenziell erkrankte Menschen, die einen besonders hohen, zeitintensiven und über die Grundpflege hinausgehenden Betreuungsaufwand aufweisen
- Nachhaltige Finanzierungssicherheit für die Pflege schaffen

Entlastungen in der Angehörigenpflege

- Niederschwellige, gebündelte Beratung und Information über Pflegeangebote, Rechtsangelegenheiten und Förderungen
- Ausbau des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern, der mobilen Dienste, sowie Tageszentren
- Rechtsanspruch auf Pflegekarenz und Pflegeteilzeit nicht nur für vier Wochen, sondern die gesamte mögliche Karenzzeit von sechs Monaten. Pflegende Angehörige sollten diesbezüglich nicht vom „guten Willen“ ihrer Dienstgeber*innen abhängig sein
- Schaffung von dauerhaften Absicherungsmodellen für pflegende Angehörige, die ihre Berufstätigkeit für die Pflegetätigkeit unter- bzw. abrechnen oder reduzieren, damit diese nicht aus dem Wegfall oder Rückgang der Sozialversicherungsbeiträge negative Konsequenzen (Pensionshöhe, Unfall- und Krankenversicherung etc.) tragen müssen

Quellen

Anger, Nico/ Fischer, Margit/Hinterberger, Heidi/Vorhauer, Hermann (2015): Informelle Pflege und Betreuung von Eltern und Schwiegereltern: Bedingungen, Motivatoren, Bewältigung. In: Kügler, Agnes/Sardavar, Karin (Hg.): Pflege und Betreuung: Arbeit, Werte, Erfahrungen. Ausschnitte des österreichischen Sorgesystems. FORBA Forschungsbericht, Wien.

Behrens, Johannes (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer, Ulrich/Büscher, Andreas (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. VS Verlag, 180-211, Wiesbaden.

BMASGK (2016): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015. Abrufbar unter: <https://brochuere.service-sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=366> (letzter Zugriff 4.7.2019).

BMASGK (2019): Informationen zum Pflegegeld. Erklärt in leichter Sprache. Abrufbar unter: <https://brochuere.service-sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=181> (letzter Zugriff 3.7.2019).

BMASGK: FAQs zum Entfall des Pflegeregresses. Abrufbar unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/9/3/CH3434/CMS1521469286664/faqs_zum_entfall_des_pflegeregress.pdf

Heitzmann, Karin/Eiffe, Franz F (2008): „Gibt es einen Großstadtfaktor in der Armutsgefährdung und Deprivation älterer Menschen?“ Eine empirische Analyse für Österreich. Forschungsbericht des Forschungsinstituts für Altersökonomie. 2008 (3), WU Wien.

Höpfinger, Francois/Hugentobler, Valerie (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Verlag Hans Huber, Bern.

Kroll, Lars E/Lampert, Thomas/Lange, Cornelia/Ziese, Tomas (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, Berlin.

Kruse, Andreas (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. Bildungsforschung 3 (2), Deutsches Institut für internationale pädagogische Forschung, Frankfurt am Main.

Lampert, Thomas/Hoebel Jens (2019): Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Bundesgesundheitsblatt, 62 (3), 238-246, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Leidl, Ilse/Richter, Veronika/Schmid, Tom (2010): Armut macht krank. Wissenschaftliche Begleitstudie. Endbericht. Wien.

Menning, Sonja/Hoffmann, Elke (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. 62-78, Robert Koch-Institut, Berlin.

Molla, Michael T/Madans, Jennifer H/Wagener, Diane K (2004): Differentials in Adult Mortality and Activity Limitation by Years of Education in the United States at the End of the 1990s. Population and Development Review 30(4).

Palk, Daniela/Schenk, Martin/Schmid, Tom (2014): Alter – Pflegebedürftigkeit – Armut. In: Dimmel, Nikolaus/Schenk, Martin/Stelzer-Orthofer, Christine (Hg.): Handbuch Armut in Österreich. 170-183, Studien Verlag, Innsbruck, Wien, Bozen.

Rieder, Peter (2018): „4 Jahre Pflegekarenz und Pflegezeit in Österreich / Ein Zwischenstand“. HRweb. Abrufbar unter: <https://www.hrweb.at/2018/01/pflegekarenz-oesterreich-pflegefreistellung/> (letzter Zugriff 11.7.2019).

Schoellerbank (2018): Schoellerbank Analysebrief Ausgabe Nr. 334, Februar 2018. Presseinformation, Wien, Salzburg.

Schuntermann, Michael (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung, Frankfurt am Main.

Statistik Austria (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Abrufbar unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/3/CH3989/CMS1474300969368/athis_analyse_08092016_.pdf (letzter Zugriff 8.7.2019).