

Armut und Pflege

Quellen

ageUK (2010) Factsheet 46: Paying for care and support at home. London

Badelt, Christoph / Holzmann-Jenkins, Andrea / Matul, Christian / Österle, August (1997):
Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Wien.

Bundesministerium für Soziale Verwaltung (1979):
Kampf gegen die Armut in Österreich. Wien.

Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) (2003):
Bericht über die Soziale Lage 2002 – 2003. Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (2010):
Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008. Wien.

Häkkinen, Hannele/ Holma, Tupu (2003). Preventive Home Visits to the Elderly.
Konferenzunterlagen der 5th Nordic Safe Community Conference, Helsinki, 26.-29. August 2003

Heitzmann, Karin; Schenk, Martin. 2009. Soziale Ungleichheit und Armut:
Alter(n) und Pflegebedürftigkeit. In: Handbuch Armut in Österreich, Hrsg. Nikolaus Dimmel,
Karin Heitzmann, Martin Schenk, 138-144. Innsbruck: Studienverlag

Holma, Tupu (2008). Care of the Elderly in Finland [Folienskript], Helsinki:
Local and Regional Government in Finland

Pfeil, Walter (1996): Bundespflegegeldgesetz und landesgesetzliche Regelungen, Wien.

Prochazkova, Lucie / Rupp, Bernhard / Schmid, Tom (2007):
Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung. Endbericht. Wien.

Richter, Veronika / Schmid, Tom (2010):
Armut macht krank. Endbericht. Wien. (Veröffentlichung im November 2010)

Schmid, Tom (2010): Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung?
In: Scheiwe, Kirsten / Krawietz, Johanna (Hrg.): Transnationale Sorgearbeit.
Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden. S. 151 – 170

Südtiroler Bürgernetz (2010) Pflegegeld – Ein Dienst der Südtiroler Landesverwaltung.
Informationen und allgemeine Beschreibung. Zugriff am 28. Juli 2010
unter https://www.egov.bz.it/service_detail_de.aspx?servid=1009600

St. Mungo's (2010) St. Mungo's – Opening doors for homeless people. Homepage der
Organisation, Zugriff am 17. Juli 2010 unter <http://www.mungos.org/>

Volkshilfe Salzburg (2010) Jahresprogramm, Salzburg

Armut und Pflege

Fakten

Zusammenhänge

Forderungen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Einleitung	4
Die österreichische Pflegevorsorge	6
Daten, Zahlen und Zusammenhänge	8
Offene Probleme	10
Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven	10
Forderungen	11
Best Practice Beispiele aus Österreich	12
Internationale Best Practice Beispiele	18
Kontakte	24
Literatur	25

Impressum:

Für den Inhalt verantwortlich: Mag. (FH) Erich Fenninger, Bundesgeschäftsführer der Volkshilfe

Herausgeberin: Volkshilfe Österreich | Auerspergstraße 4 | 1010 Wien | office@volkshilfe.at | www.volkshilfe.at
Tel.: +43 (0)1 402 62 09 | Fax: +43 (0)1 408 58 01 | ZVR 382399593 DVR 0414093

Redaktion: Veronika Richter BA, Prof. (FH) Dr. Tom Schmid, Mag.^a Verena Fabris, Mag.(FH) Erich Fenninger

Grafik: typothese-m.zinner grafik

Vorwort

Die Volkshilfe als soziale Bewegung tritt dafür ein, dass jeder Mensch Zugang zu Pflege und Betreuung haben muss – unabhängig von Einkommen und frei von jeder Diskriminierung. Würde und Selbstbestimmung sollen auch in hohem Alter noch gelebt werden können.

Die österreichische Pflegevorsorge unterstützt pflegebedürftige Personen in Österreich bereits seit bald 18 Jahren. Einige Menschen fallen jedoch immer noch durch das soziale Netz und sehen sich deshalb mit großen finanziellen und persönlichen Problemen konfrontiert. Die Volkshilfe hat sich dazu verpflichtet, sich vor allem für sozial schwache Personen einzusetzen und eine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu erwirken. Es darf nicht sein, dass Pflegebedürftigkeit arm macht oder Armut die Deckung von Pflegebedarf verhindert.

Diese Broschüre weist auf die bedrohliche Lebenslage vieler Pflegebedürftiger hin. Das Ziel ist, zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Politik für den Zusammenhang von Armut und Pflege beizutragen. Zielgruppen dieser Publikation sind neben Gesellschaft und Politik vor allem auch Vereine und Organisationen, die sich mit der Thematik Armut und Pflege in ihrer täglichen Arbeit beschäftigen. Die Veröffentlichung von Good Practice-Beispielen regt zu neuen Initiativen im Interesse älterer Menschen an.

Armut zu bekämpfen, heißt solidarisch zu handeln! Die Volkshilfe setzt sich seit ihrer Gründung im Jahr 1947 im Kampf gegen Armut und Ausgrenzung aktiv für betroffene Menschen ein und versteht sich als soziale Bewegung und Interessenvertretung jener, die keine eigene Lobby haben.

Herzlichst,

Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer
Präsident Volkshilfe Österreich

Mag. (FH) Erich Fenninger
Geschäftsführer Volkshilfe Österreich

Einleitung

Am Anfang war die Armut. Und noch vorher das Siechenhaus: Pflegebedürftigkeit war jahrhundertlang auch Armut – eigene Armut, im Sinne von Angewiesen-Sein auf Almosen der Gemeinden oder eben auf das Siechenhaus. Aber natürlich auch verbunden mit Armut oder Armutsbedrohung jener Angehörigen, die die Pflege zu übernehmen hatten. Diese Situation änderte sich in Österreich bedauerlicher Weise bis Ende des 20. Jahrhunderts nur wenig. Die Armutsenquete der österreichischen Bundesregierung verweist im Jahr 1978 auf den wesentlichen Zusammenhang von Armut und Pflegebedarf. Die damaligen Ideen und Probleme sind auch heute noch aktuell. „Wenn die Pflege eines unversorgten Schwerbehinderten einen Familienangehörigen so sehr in Anspruch nimmt, dass er kein Erwerbseinkommen erzielen kann, sollte dies für den Pflegenden keine zu großen Nachteile etwa in Form fehlender Versicherungszeiten für die Pension zur Folge haben. Da sich die Sozialversicherungsträger oder Gebietskörperschaften durch familieninterne Pflegeleistungen Kosten ersparen, müsste eine entsprechende Lösung möglich sein.“ (BMSV 1979:15f). Dies trifft nicht nur auf die Pflege von unversorgten Schwerbehinderten zu, sondern auch auf die Versorgung von Personen, die aufgrund ihres Alters pflegebedürftig sind. Die Lösung ließ noch weitere 14 Jahre auf sich warten, bis es am 1. Juli 1993 so weit war: Die Pflegevorsorge wurde Gesetz.

Dennoch muss immer wieder betont werden, dass in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich Pflege und Betreuung für alle zur Verfügung stehen und solidarisch finanziert werden sollte. Pflegebedürftigkeit darf nicht zum individuellen Risiko werden, vielmehr müssen die Kosten für Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit für alle leistbar sein.

Einkommensschwache Personen sind gesundheitlich stärker vorbelastet und haben daher einen höheren Pflegebedarf. Menschen mit geringem sozialem Status haben im Alter weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten als Menschen mit höherem sozialem Status. Männer und Frauen unterer Einkommensschichten sind im Durchschnitt 2,2 beziehungsweise 2,8 Jahre länger gesundheitlich so sehr eingeschränkt, dass sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. Nationale wie internationale Studie belegen darüber hinaus, dass arme Menschen häufiger krank sind als Personen mit ausreichenden finanziellen

Ressourcen. Umgekehrt ist Krankheit und Pflegebedürftigkeit aufgrund von hohem Alter in vielen Fällen mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden, die sich von Armut betroffene oder gefährdete Menschen nicht ohne Unterstützung leisten können. So besteht einerseits nicht nur ein wahrscheinlicher Mangel an Pflegeleistungen, sondern auch die Gefahr, weiter in die Armut abzurutschen.

Laut Daten der Statistik Austria waren im Jahr 2008 knapp über 12 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet. Als armutsgefährdet gilt, wem weniger als ein Äquivalenzeinkommen von 11.406 Euro jährlich (das sind rund 950 Euro monatlich) zur Verfügung steht. Im selben Jahr lebten etwa sechs Prozent der Bevölkerung in manifester Armut, das heißt, dass niedriges Einkommen und finanzielle Deprivation gleichzeitig auftreten. Weitere zehn Prozent der in Privathaushalten lebenden Menschen haben hingegen ein Einkommen über der Armutsgefährdungsschwelle, können sich aber trotzdem den für Österreich ermittelten Mindestlebensstandard nicht leisten.

Armutsbegriffe wie absolute Armut (bestimmt als Einkommensniveau, unter dem sich Menschen erforderliche Ernährung und lebenswichtige Bedarfsartikel des täglichen Lebens nicht mehr leisten können) und relative Armut (bezogen auf die gegebene Gesellschaft und einen errechneten Durchschnitt) sind immer in Geld ausgedrückte Definitionen und können daher alle anderen Dimensionen der Armut nicht erfassen. Zusätzliche Armutsdefinitionen versuchen, auch nichtmonetäre Faktoren in das Verständnis der Armut zu integrieren und damit Vergleichsprobleme zu kompensieren. Schlagwörter in diesem Zusammenhang sind Ausstattungsarmut (die Ausstattung eines Haushaltes mit langlebigen Konsumgütern unterschreitet einen gesellschaftlichen Durchschnittswert) und Teilhabearmut (die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist nur bedingt möglich). Exklusion beschreibt schließlich den umfassenden Prozess gesellschaftlicher Ausgrenzung, dessen Gegenstrategie die Strategie der Inklusion ist, wie sie seit dem Gipfel von Lissabon im Jahr 2000 von der EU gefordert wird.

Die österreichische Pflegevorsorge

Am 1.7.1993 trat die österreichische Pflegevorsorge in Kraft. Sie besteht aus vier Säulen:

- einem pauschalisierten Pflegegeld in sieben Stufen zur teilweisen Abgeltung des pflegebedingten Mehraufwandes (siehe Tabelle),
- dem flächendeckenden Ausbau der sozialen Dienste bis zum Jahr 2010,
- umfassender Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle,
- begünstigter Weiterversicherung für pflegende Angehörige

Durch eine so genannte 15a-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Bundesländern wurden die Regeln des Bundespflegegeldgesetzes inhaltsgleich in neun Landespflegegeldgesetze übernommen. Wer bereits eine Leistung des Bundes – wie zum Beispiel eine Pension oder eine Unfallrente – erhält, bekommt daher das Bundespflegegeld. Alle anderen können das gleich geregelte Landespflegegeld beziehen. Damit wurde eine umfassende Regelung für alle geschaffen, ohne eine neue Versicherungsbürokratie einführen zu müssen. Der monatliche Pflegeaufwand, der in Österreich ausschließlich durch ärztliches Personal festgestellt wird, entscheidet über die Einstufung und somit die Höhe des Pflegegeldes.

Pflegegeldstufen nach dem Bundespflegegeldgesetz

Stufe	Definition (monatlicher Pflegeaufwand)	Pflegegeld in €/Monat
1	mindestens 50 Stunden	154,20
2	mindestens 75 Stunden	248,30
3	mindestens 120 Stunden	442,90
4	mindestens 160 Stunden	664,30
5	mindestens 180 Stunden , wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	902,30
6	mindestens 180 Stunden , wenn a) zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und in der Nacht zu erbringen sind oder b) die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	1.242,00
7	mindestens 180 Stunden , wenn a) keine ziel gerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder b) ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	1.655,80
	Monatliches Taschengeld	43,29

Abbildung 1: Pflegegeldstufen nach dem Bundespflegegeldgesetz 2010 in Euro
Quelle: BMASK, 2010

Innovativ und vorbildhaft...

Neben der Vermeidung neuer Bürokratie wurde für alle pflegebedürftigen Menschen der gleiche Anspruch geschaffen. Den Zustand der „Nichtversicherung“ gibt es in diesem System nicht. Diese innovative Regelung hat sich bald als international vorbildhaft erwiesen und wurde in anderen Ländern in mehr oder weniger unterschiedlichen Abwandlungen übernommen, zum Beispiel in Deutschland, Südtirol oder Tschechien. Andere Staaten, zum Beispiel Slowenien, diskutieren gerade die Einführung eines Pflegegeldsystems nach österreichischem Vorbild.

Im Jahr 2007 wurde die Pflegevorsorge weiter entwickelt: Nunmehr erhalten pflegebedürftige Personen ab der Pflegestufe 3 und bei Demenz auch in den Stufen 1 und 2, einen zusätzlichen Zuschuss bei der Beschäftigung eines/einer legalen Hausbetreuers/Hausbetreuerin. Dieser Zuschuss beträgt je nach Vertragsform zwischen 500 und 1.200 Euro, wenn das Monatseinkommen der antragsstellenden Person 2.500 Euro nicht übersteigt (siehe Prochazkova/Rupp/Schmid 2007, Schmid 2010) und deckt die Sozialversicherungskosten der BetreuerInnen ab.

...jedoch nicht ohne Nachteile

Die Regelung ist jedoch nicht frei von Hemmnissen. So wird das Pflegegeld nicht „von Amts wegen“ zugeteilt, sondern nur gewährt, wenn ein Antrag gestellt wird und erst ab dem Tag der Antragstellung. Wer auf den Antrag vergisst, damit nicht zurecht kommt oder gar nicht über die Möglichkeit eines Antrages informiert ist, erhält diese Leistung nicht.

Auch der zuvor erwähnte Zuschuss bei legaler Beschäftigung von Hausbetreuung wird nur auf Antrag gewährt.

Hinzu kommt das Problem, dass die im Gesetz von 1993 ursprünglich vorgesehene automatische Dynamisierung der Geldleistungen bereits 1996 aufgegeben und seitdem erst durch zwei Einmal-Erhöhungen ersetzt wurde. In Folge dessen sinkt die Kaufkraft des Pflegegeldes. Weiters stellt das Pflegegeld keinen Kostenersatz, sondern lediglich einen Zuschuss zu pflegebedingten Mehrkosten dar. Können Pflegeleistungen trotz Förderung durch das Pflegegeld nicht abgedeckt werden und reichen auch private Mittel für deren Finanzierung nicht aus, so müssen Betroffene um Sozialhilfe des jeweiligen Bundeslandes ansuchen. Damit verbunden sind teils beachtliche Ungleichheiten, da die Sozialhilfegesetze Landesgesetze und somit in neun unterschiedlichen Ausformulierungen gültig sind.

Daten, Zahlen und Zusammenhänge

Trotz der Unterstützung durch das Pflegegeld, das unabhängig vom Einkommen gewährt wird, ist Pflegebedürftigkeit nicht vollständig solidarisch abgesichert, sondern verkörpert zu einem großen Teil immer noch individuelles Risiko. Pflegebedürftige Menschen, vor allem langzeitpflegebedürftige Personen, sind daher verstärkt von Armut bedroht. Dies wird deutlich, wenn folgende Zahlen veranschaulicht werden:

Ende 2008 wurde an etwa 358.500 Personen Pflegegeld auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes ausbezahlt. Seit der Einführung des Gesetzes hat die Anzahl der BezieherInnen stetig zugenommen – im Vergleich zu 1998 hat sie sich um 31,3 Prozent erhöht. Auch die Anzahl der BezieherInnen von Landespflegegeld steigt: 2008 konnten etwas mehr als 64.900 EmpfängerInnen gezählt werden, was im Vergleich zum Jahr 1998 eine Steigerung von 28,6% ausmacht (Daten Statistik Austria). Die stärksten Gruppen innerhalb der PflegegeldempfängerInnen konzentrieren sich auf die erste

und zweite Pflegegeldstufe. 2008 erhielten etwa 74.500 Personen Pflegegeld der Stufe 1, 116.400 bezogen Pflegegeld der Stufe 2. Somit machen diese beiden Kategorien mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen aus. Diese Zahlen deuten eindeutig darauf hin, dass der Pflegebedarf und der Bedarf an finanzieller Unterstützung wächst.

Die überwiegende Zahl der mittlerweile rund 420.000 PflegegeldbezieherInnen hat nur ein geringes Einkommen zur Verfügung. Bereits die erste Evaluierung des Pflegegeldes aus 1997 macht deutlich, dass die Mehrheit der BezieherInnen an oder unter der Armutsgrenze leben, während nur rund ein Prozent ein Einkommen bzw. eine Pension über dem damaligen Niveau der Höchstpension hatten (Badelt et al. 1997). Aber auch jüngere Zahlen des BMASK und der Statistik Austria zeigen, dass Pflegegeld vor allem den unteren Einkommensgruppen zugute kommt:

PflegegeldbezieherInn mit Pensionsbezug

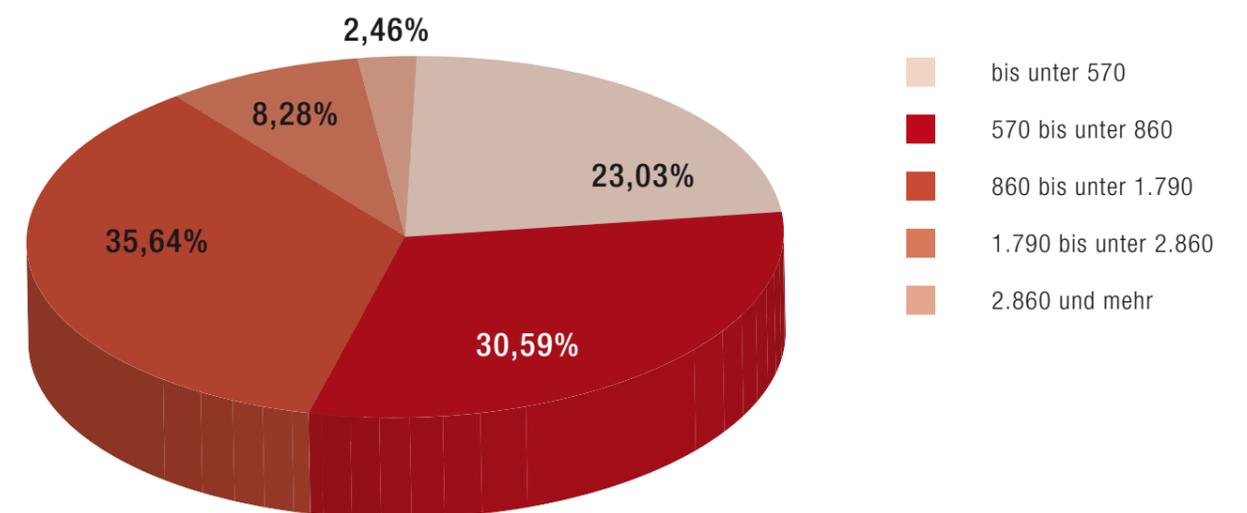


Abbildung 2: Pflegegeldbezieher mit Pensionsbezug, Bruttobezüge/Monat in Euro auf 10 gerundet
Quelle: BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008

- Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der PflegegeldbezieherInnen mit Pensionsbezug erhalten eine Pension von weniger als 860 Euro pro Monat.
- Fast ein Viertel (23 Prozent) der PflegegeldbezieherInnen beziehen eine Pension von weniger als 570 Euro pro Monat.
- Nur 2,46 Prozent verfügen über eine Pension von mehr als 2.860 Euro pro Monat, weniger als 1 Prozent der Pflegegeldbezieher empfangen Pensionen über der Höchstbeitragsgrundlage von 3.840 Euro pro Monat.

In diesem Zusammenhang ist die besondere Armutsgefährdung von Frauen zu nennen, die zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen ausmachen. Sie verfügen – vor allem im hohen Alter – über deutlich niedrigere Pensionen als gleichaltrige Männer (siehe BMSG 2003). Mit einem etwas größeren statistischen Aufwand könnte gezeigt werden, dass auch die Sachleistungen der Pflegevorsorge und die beitragsfreie Mitversicherung pflegender Angehöriger vor allem unteren und mittleren Einkommensgruppe zugute kommen.

Richtet sich der Blick auf den Bezug von Sozialhilfe lässt sich beobachten, dass im Jahr 2008 rund 224.900 Personen Sozialhilfe bezogen – mehr als 64.000 von ihnen waren in Altenwohn- und Pflegeheimen untergebracht (Daten Statistik Austria). Die Sozialhilfe sollte jedoch für die Überbrückung von Notlagen dienen und nicht als dauerhafte (Mit-)Finanzierung der Unterbringung in Altenwohn- und Pflegeheimen herangezogen werden müssen, um das Armutsrisiko durch Pflegebedarf abzufangen. Vergleicht man die Zahl der sozialhilfebeziehenden BewohnerInnen von Altenwohn- und Pflegeheimen (64.000) mit der Anzahl von pflegegeldbeziehenden Personen, die in solchen Einrichtungen leben – laut ARGE Pflegefinanzierung BAG sind dies 70.000 – kann erkannt werden, dass nur etwa 6.000 Personen in der Lage sind, den Pflegeplatz alleine durch Unterstützung aus dem Pflegegeld zu finanzieren. Das zeigt nicht nur die finanzielle Belastung, die eine erforderliche Unterbringung in Altenwohn- und Pflegeheimen für viele BewohnerInnen mit sich bringt, sondern bedeutet für die Betroffenen auch ein Stück weit Entmündigung,

da ihnen außer einem geringen Taschengeld und einem sehr kleinen Teil des Ersparten, das für Begräbniskosten zurückbehalten werden darf, kein Geld für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung steht.

Das erhöhte Armutsrisiko erstreckt sich nicht nur auf die jeweilige pflegebedürftige Person, sondern kann ein ganzes Familiensystem betreffen, vor allem wenn Angehörige die Pflege und Betreuung übernehmen. Mehrheitlich wird in Studien festgestellt, dass pflegende Angehörige nicht erwerbstätig sind (siehe Kytir/Schrittewieser 2003, Prochobradsky et al. 2005). Dem Argument, es würde sich dabei hauptsächlich um PartnerInnenpflege unter bereits pensionierten Personen handeln, muss widersprochen werden. In einer Untersuchung von Prochobradsky et al. gaben mehr als die Hälfte der nicht erwerbstätigen pflegenden Angehörigen an, vor Übernahme der Pflege Tätigkeit sehr wohl einer Erwerbstätigkeit nachgegangen zu sein. Die fehlenden Versicherungsjahre können in Folge jedoch die eigenen Pensionsbezüge negativ beeinflussen, was im weiteren Verlauf das Risiko der eigenen Altersarmut erhöht. Vor allem Frauen, die etwa 80 Prozent der Pflege und Betreuung in Privathaushalten übernehmen, sind davon betroffen, da Männer meist erst nach ihrer Pensionierung für Pflegetätigkeiten zur Verfügung stehen. Oft sind sich die BetreuerInnen vor Übernahme der Pflegetätigkeit nicht bewusst, wie wichtig eine eigenständige finanzielle und sozialrechtliche Absicherung ist und fühlen sich durch die Mitversicherung beim Partner/bei der Partnerin ausreichend versorgt oder sind über die Möglichkeit der beitragsfreien Selbstversicherung nicht informiert.

Offene Probleme

Die Pflegevorsorge deckt einen Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen, löst aber das Problem der materiellen Grundsicherung nicht – oder salopp gesagt: „Wenn ich kein Geld für Kohlen habe, was hilft mir der Mensch, der sie mir aus dem Keller trägt?“.

Die Sozialhilfe, gedacht als Einzelhilfe in besonderen Notlagen, ist denkbar ungeeignet zur Finanzierung der stationären Pflege. Eine echte Wahlfreiheit der Angebote würde außerdem ein Überangebot erfordern, da nur von einem tatsächlichem Auswählen gesprochen werden kann, wenn das Angebot größer ist als die Nachfrage. Weiters

regelt die Pflegevorsorge fast ausschließlich Pflege, aber kaum die ebenso notwendige pflegeergänzende Betreuung. Die Hausbetreuung ist daher, trotz Legalisierung und Förderung, nur für eine Minderheit erschwinglich.

Besonders ausgegrenzte Personen, wie zum Beispiel Wohnungslose, werden von der Pflegevorsorge nur unzureichend erfasst, AsylwerberInnen fast gar nicht. Das generelle Antragsprinzip führt zum Ausschluss nicht (ausreichend) informierter Menschen. Hier könnte nachgehende Beratung rasche Abhilfe schaffen, wie ein auf Seite 12 dargestelltes Good Practice Beispiel aus Finnland zeigt.

Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven

Im Zuge der Budgetkonsolidierung will der Bund im Jahr 2011 im Bereich „Pflege und Behinderung“ 80 Millionen Euro einsparen. Zum Redaktionsschluss dieser Broschüre sind keine detaillierten Pläne bekannt. Zu befürchten ist, dass die Einsparungen vor allem den positiven Effekt, durch die Pflegevorsorge auch einen Beitrag im Kampf gegen die Armut zu leisten, nachteilig beeinflussen werden. Sowohl eine Abschaffung niedriger Stufen als auch eine Erhöhung der notwendigen Stundenzahl zur Erreichung der Stufen 1 und 2 würden keinen „Pflegenotstand“ schaffen. Aber sie würden die Armutsbedrohung und akute Armut von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien erhöhen.

Die oft diskutierte Umstellung der Pflegesicherung auf eine Pflegeversicherung wäre keine wünschenswerte Option. Zwar könnte sie als Versicherungsleistung deutlich schwerer gekürzt werden als Leistungen, die aus dem Budget finanziert werden, jedoch würde eine Pflegeversicherung die Lohnnebenkosten erhöhen und das Problem schaffen, wie jene abzusichern sind, die nicht sozialversichert sind (rund 2 Prozent der Bevölkerung). Außerdem passt eine Versicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen nicht mit einer einkommensunabhängigen Geldleistung in sieben Stufen zusammen.

Eine intelligente gemeinsame Finanzierung der Pflegevorsorge durch Bund, Länder und Sozialversicherung ist aber nötig. Statt der Versicherungslösung sollte ein „Pflegefonds“ geschaffen werden, wie dies im Koalitionsabkommen verankert ist. Denn auch der Pflegefonds wäre dem direkten Zugriff des Finanzministers entzogen, hätte aber im Gegensatz zur Versicherung den Vorteil, die gesamte Bevölkerung mit gleichen Leistungen einkommensunabhängig zu versorgen, ohne die Lohnnebenkosten zu erhöhen.

Die Funktion der Pflegevorsorge als Mittel zur Armutsreduktion darf nicht der Budgetkonsolidierungen geopfert werden. Nötig ist vielmehr eine Weiterentwicklung; zum Beispiel muss besser als bisher gewährleistet werden, dass auch Personen in besonders prekären Lebenssituationen, wie zum Beispiel wohnungslose Personen bei Pflegebedarf, umfassend versorgt werden. Und es müssen auch jene Personen erreicht werden, die heute auf Grund fehlender, unzureichender oder falscher Informationen keinen Antrag auf Pflegegeld oder Soziale Dienste stellen.

Forderungen

Um die positive Wirkung des österreichischen Pflegegeldes zu erhalten, ist eine jährliche Valorisierung erforderlich. Weiters muss erkannt werden, dass nicht nur der Pflegebedarf an sich gedeckt werden will, sondern auch pflegeergänzende Betreuung Aufwände verursacht, die für einkommensschwache Personen nur schwer zu leisten sind. Durch die Gründung eines Pflegefonds könnten diese Kosten gefördert werden.

Eine wesentliche Forderung ist auch der Ausbau von finanziell erschwinglichen Dienstleistungen. Zur Gestaltungsfreiheit des/der Einzelnen müssen ein vielfältiges Betreuungsangebot und extramurale Leistungen zur Verfügung stehen. Nur so können Eigenständigkeit und Würde älterer Menschen bewahrt und pflegende Angehörige vor der Armutsfalle geschützt werden.

Für pflegebedürftige Personen in besonderen Lebenslagen sind spezifische Versorgungsangebote erforderlich – ein Good Practice Modell aus London (siehe Seite 13) soll dazu Anregungen geben.

Damit aber bestehende und hoffentlich entstehende Angebote zielgerecht genutzt werden können, bedarf es ausreichender Information – sowohl bei den Betroffenen selbst als auch bei deren Angehörigen. Dazu müssen einerseits ausreichend Beratungsstellen vorhanden sein und andererseits die MitarbeiterInnen dieser Stellen umfassend sensibilisiert sein. Denn Armut ist nichts, was man gerne zugibt – im Gegenteil, oft bemühen sich von Armut bedrohte oder betroffene Menschen, diesen Umstand zu verbergen.

Zu einem erfüllten, selbstbestimmten Leben bedarf es jedoch nicht nur einer guten pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung, sondern auch die Möglichkeit zur Integration und Teilhabe am sozialen Leben. Seniorenfreundliche Politik muss dies auf allen Ebenen und für alle SeniorInnen ermöglichen, auch für jene mit begrenzten Ressourcen. Dass dies umsetzbar ist, zeigen einige der folgenden Good Practice Beispiele.

Marktgemeinde Götzis: Haus der Generationen

Die Marktgemeinde Götzis, die mit knapp über 10.000 Einwohnern zu den größeren Gemeinden Vorarlbergs zählt, hat im Jahr 2008 den Preis Seniorenfreundliche Gemeinde in der Kategorie „Große Gemeinden“ gewonnen. Der Anteil der SeniorInnen in Götzis beträgt etwa 15 Prozent.

SeniorInnenpolitik und generationenübergreifendes Miteinander werden in Götzis groß geschrieben. Ziel ist die Integration und Beteiligung von SeniorInnen in der Gemeinde. Im Rahmen der offenen Jugendarbeit wurde zum Beispiel ein Sinnesparcours für SeniorInnen angelegt, der zur Sturzprophylaxe beitragen soll, es werden themenspezifische Vorträge – speziell auch zum Thema Demenz – organisiert und die Sozialdienste Götzis bieten eine breite Palette an unterstützenden Leistungen an.

Das im Zentrum von Götzis errichtete Haus der Generationen ist das soziale Kompetenzzentrum der Gemeinde. Dort werden Menschen auf mehreren Ebenen beraten und unterstützt. Für SeniorInnen stellt sich oft die Frage, wie sie länger ein selbstbestimmtes Leben im eigenen zu Hause führen können – auch in diesen Belangen kann man sich an das Haus der Generationen wenden.

Im Haus der Generationen befinden sich neben Beratungseinrichtungen auch ein Pflegeheim, sechs betreute Wohneinheiten, eine Tagesbetreuung und die ambulanten Betreuungseinrichtungen „Mobiler Hilfsdienst“ und „Krankenpflegeverein“. Weiters gehören eine Kinderbetreuungseinrichtung, die Einrichtung offene Jugendarbeit, eine SchülerInnenbetreuung sowie eine Gemeinschaftspraxis des Gemeindefacharztes mit einer Fachärztin für Innere Medizin, eine Logopädin und der Arbeitskreis Sozialmedizin zum Haus der Generationen. Die Schwerpunkte in der Angebotserstellung richten sich nach den Bedürfnissen der BewohnerInnen von Götzis.

Ziele sind eine qualifizierte, ganzheitliche Beratung und Betreuung von KlientInnen. Grundsätze sind eine ehrliche, offene und partnerschaftliche Beziehung mit den KlientInnen und deren Angehörigen. Die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sind Leitbilder des Hauses der Generationen. In der Altenarbeit liegt der Schwerpunkt darin, KlientInnen dabei zu unterstützen,

möglichst lange im Eigenheim leben zu können. Es ist ein besonderes Anliegen der Gemeinde, auch Angehörige in diese Entscheidungen und Prozesse mit einzubeziehen. Eine weitere Aufgabe erkennt die Gemeinde in ihrer sozialen Stützfunktion. Dazu zählen Angebote wie Pflege auf Zeit, zum Beispiel Tagesbetreuung, Urlaubspflege und Übergangspflege und eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten.

Sollte ein Leben in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich sein, so können die betroffenen SeniorInnen ein neues zu Hause im Pflegeheim finden. Das Pflegeheim bietet in erster Linie betagten, kranken und behinderten BewohnerInnen aus Götzis Mäder und Koblach ein Daheim. Die Zimmer stehen aber auch Personen aus anderen Landesteilen zur Verfügung, sofern freie Betten vorhanden sind. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten der Inanspruchnahme: als Dauergast und BewohnerIn, als Urlaubsangebot zur Entlastung von Angehörigen oder als Rehabilitationsaufenthalt nach einer Operation oder schweren Krankheit. Auch als Palliative Care Einrichtung kann das Pflegeheim im Haus der Generationen eine Form der Unterstützung sein.

Gemeinsam mit den ambulanten Diensten soll für die Bevölkerung ein starkes Pflegenetz zur Verfügung stehen. Um die Angebote näher kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen, können Betroffene zur Probe wohnen oder Tagesbetreuung testen.

Die Sozialdienste Götzis bieten attraktive Angebote zur Unterstützung zu Hause, die ambulante Dienste ergänzen. Der Schwerpunkt liegt hier in der reaktivierenden und rehabilitierenden Pflege und Betreuung der Menschen.

Die Tagesbetreuungseinrichtung bietet SeniorInnen abwechslungsreiche Unterhaltung, Geselligkeit und Bewegung. Das Tageszentrum ist unabhängig vom Pflegeheim, das bedeutet, als BesucherIn des Zentrums muss man nicht pflegebedürftig sein. Das Ziel der Tagesbetreuung ist die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und die Erhaltung von Sozialkontakten. Die Angebote der Tagesbetreuung umfassen ganzheitliches Gedächtnistraining, Teilnahme an Ausflügen und Veranstaltung, Vollverpflegung, Halb- oder

Ganztagsbetreuung und ermöglichen einen geregelten Alltag. Auf Wunsch können BesucherInnen abgeholt und nach Hause gebracht werden.

Der offene Mittagstisch ist eine Einrichtung, die es älteren BürgerInnen ermöglicht, ihr Mittagessen im Haus der Generationen in angenehmer Atmosphäre und Gesellschaft einzunehmen. Ähnlich wie bei Essen auf Rädern werden sie in ihrem Tagesablauf unterstützt und aktiviert, durch den Kontakt in der Einrichtung wird die soziale Einbindung gefördert.

Pflegende Angehörige oder andere Personen, die sich für das Wohl eines Hochbetagten verantwortlich fühlen, können in der professionellen Hilfe des Haus der Generationen einen Partner sehen. Enge Zusammenarbeit mit anderen AnbieterInnen von Dienstleistungen rund um den Bereich

Pflege und Betreuung sind erwünscht und garantieren eine ganzheitliche Versorgung.

Die Sozialdienste Götzis bieten neben der regulären Betreuung und Unterstützung auch außerordentliche Pflege „auf Zeit“, zum Beispiel nach einem Spitalsaufenthalt. Ist ein Aufenthalt im Krankenhaus nicht mehr erforderlich, ein Leben zu Hause jedoch noch nicht umsetzbar, so können betroffene Personen im Pflegeheim versorgt werden. Diese Form der Unterbringung ist auch als Urlaubspflege möglich, wenn pflegende Angehörige ihrerseits selbst Erholung benötigen. Die dafür anfallenden Kosten richten sich nach der Pflegeinstufung im Heim und können durch einen Zuschuss aus dem Sozialhilfefond gefördert werden.

Volkshilfe Salzburg: Seniorenklubs

Die Volkshilfe Salzburg gilt bereits seit vielen Jahren als modernes und soziales Dienstleistungsunternehmen mit einer breiten Palette an Angeboten. Zu den Schwerpunkten zählen die Beratung, Unterstützung und Betreuung von Menschen in Notlagen, Hauskrankenpflege und Heimhilfe, Stammtische für pflegende Angehörige, Seniorenklubs, Freizeitgestaltungsprojekte für Menschen mit Behinderungen, kostenlose Rechtsberatung für Mitglieder, psychosoziale Rehabilitation und Förderung von Integration von SozialhilfebezieherInnen in den Arbeitsmarkt.

Allen Angeboten, Handlungen und Aktivitäten liegt ein Menschenbild zugrunde, das die Selbstbestimmung des/der Einzelnen zum Ziel hat. Durch bedürfnisorientierte Dienstleistungen kann die Lebenssituation Hilfesuchender und sozial benachteiligter Personen verbessert werden.

Eine Besonderheit der Volkshilfe Salzburg sind die regional organisierten Seniorenklubs für Mitglieder der Volkshilfe Salzburg. Insgesamt gibt es 22 derartige Klubs im Land Salzburg, die sich großer Beliebtheit erfreuen: so werden jährlich etwa 20.000 SeniorInnen erreicht. Die Seniorenklubs bieten ihren BesucherInnen die Möglich-

keit, regelmäßig Gleichgesinnte zu treffen und so ihre sozialen Kontakte zu pflegen. Vor allem einkommensschwache SeniorInnen können von diesen Klubs profitieren, denn für Mitglieder stehen – nach Entrichtung eines Jahresbeitrages von 18 Euro – Getränke und Speisen zu einem weit unter dem üblichen Preisniveau liegenden Preis zur Verfügung.

Mitglieder erhalten außerdem das Jahresprogramm der Volkshilfe Salzburg, welches über das breite Angebot des Vereins informiert. Dazu zählen nicht nur organisierte Tagesausflüge und verschiedene Freizeittipps sondern auch Beratungsmöglichkeiten wie die kostenlose Rechtsberatung für Mitglieder oder Informationsveranstaltungen der Kriminalpolizei zur Verbesserung der persönlichen Sicherheit. Darüber hinaus verweist das Programm auf preiswerte Einkaufsmöglichkeiten, die von der Volkshilfe organisiert werden, wie etwa der Dauerflohmarkt, wo Gegenstände des täglichen Gebrauchs erworben werden können. Durch Kooperationen mit unterschiedlichen Firmen versucht man außerdem, Lebensmittel, Bekleidung und Geschenkartikel günstiger abzugeben.

Sozial Global: Beratungszentrum Terra

Das traditionsreiche Unternehmen Sozial Global konzentriert sich seit rund 50 Jahren auf das Angebot und die Erbringung von sozialen Dienstleistungen in Wien. Ein vielfältiges Betreuungsangebot soll Menschen, die aufgrund ihrer Lebensumstände auf soziale Dienstleistungen, Beratung, Betreuung und/oder Pflege angewiesen sind, bei der Bewältigung ihres Alltags helfen. Selbstbestimmung, Verbesserung der Lebensqualität und Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind wesentliche Handlungsprinzipien für Sozial Global.

Die MigrantInnenberatung Terra richtet sich speziell an die mehrfach belastete Gruppe älterer Personen mit Migrationshintergrund. Manche haben mit schweren Schicksalsschlägen zu kämpfen, andere mussten sich den erreichten Wohlstand hart erarbeiten. Tatsache ist, dass sich selbst bestens integrierte MigrantInnen mit Misstrauen, Ablehnung oder rassistischen Einstellungen konfrontiert sehen. Eine besonders unsichere Situation finden AsylwerberInnen vor, die selten die Möglichkeit haben, sich einen Überblick über Hilfen und Leistungen zu verschaffen. Vor allem in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung ist es jedoch von großer Bedeutung, umfassend informiert zu sein.

Für zahlreiche ehemalige GastarbeiterInnen ist Österreich ein zu Hause geworden und das Älterwerden (in der Migration) wird zu einem zentralen Thema. Es muss daher auch für alternde MigrantInnen unterstützende Maßnahmen geben, um die eigene Wohnung als einen Ort des selbstbestimmten Lebens zu erhalten. Auch alternative Wohnformen für Personen mit Migrationshintergrund sollten leicht zugänglich sein, denn MigrantInnen haben im Alter mit zusätzlichen Problemen wie zum Beispiel erschwerten Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen aufgrund von Sprachbarrieren zu rechnen.

Laut der Studie „Leben und Lebensqualität in Wien“ leben 16 Prozent der älteren MigrantInnen in Mehrpersonen- und Mehrgenerationenhaushalten, was nur auf 3 Prozent der einheimischen Älteren zutrifft. Spezifische Herausforderungen sind in diesem Zusammenhang knap-

per Wohnraum, niedriger Ausstattungsgrad und die Sorge älterer Familienmitglieder, der jungen Generation zur Last zu fallen. Auf zugewanderte Personen ohne Familienanbindung im Migrationsland (trifft oft auf Männer zu) sowie auf geschiedene oder verwitwete Personen (häufig Frauen) kommen als Alleinstehende andere Schwierigkeiten zu. Hier sind sowohl die erhöhte Abhängigkeit von außerhäuslicher Unterstützung und Betreuung als auch die Gefahr sozialer Isolation und Vereinsamung zu nennen.

Tatsache ist, dass sich auch für MigrantInnen in höherem Alter, bei zunehmender Alltagsbeeinträchtigung und steigendem Pflegebedarf die Frage nach geeigneten alternativen Wohnformen stellt.

Die Erstberatungs- und Clearingstelle der MigrantInnenberatung Terra bietet profunde und verständliche Information und Beratung in der Muttersprache der KlientInnen. Der Zugang zu muttersprachlicher Information und die Vernetzung der AkteurInnen stellen zentrale Werte von Terra dar. Der hohe Stellenwert von muttersprachlicher Kommunikation bedingt sich durch die Überzeugung, dass Informationen sozial eingebettet werden müssen, um optimal genutzt werden zu können.

Das Beratungsspektrum umfasst die Bereiche:

- Angebote und Leistungen der Stadt Wien
- Beihilfen, Unterstützungen und finanzielle Vergünstigungen
- Pflege und Betreuung
- Themen rund um Pension und Ruhestand
- Allgemeine soziale Fragen

KlientInnen werden darüber hinaus beim Stellen von Pensionsanträgen, beim Lesen und Anfertigen von Schriftstücken, beim Briefverkehr und bei Telefonaten mit Ämtern und Behörden unterstützt.

Sozialversicherungsanstalt der Bauern im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege

Etwa 80 Prozent der Pflegebedürftigen werden in Privathaushalten von pflegenden Angehörigen versorgt. Um die Qualität dieser häuslichen Pflege zu sichern, führten im Jahr 2008 etwa 130 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in ganz Österreich Hausbesuche bei pflegebedürftigen Menschen durch. Besucht wurden insgesamt 17.201 Personen, die Pflegegeld – ungeachtet welcher Stufe – beziehen und im ersten Halbjahr 2007 keinen Erhöhungsantrag gestellt haben. Das Kompetenzzentrum der Sozialversicherungsanstalt der Bauern organisierte diese Qualitätssicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

In der Auswertung konnten insgesamt 17.120 Situationsberichte analysiert werden.

Hinsichtlich des Gesamteindrucks der Pflegequalität waren erfreuliche Resultate zu erkennen. Bei mehr als 65 Prozent der PflegegeldbezieherInnen war ein sehr guter, bei weiteren 34 Prozent ein guter und in nur 0,37 Prozent (das entspricht 63 Personen) ein mangelhafter pflegerischer Gesamteindruck zu verzeichnen. Nur bei vier Pflegebedürftigen wurde Verwahrlosung festgestellt. Diese Fälle und viele der als mangelhaft eingestuften Fälle wurden den zuständigen Pensionsversicherungsträgern weitergeleitet, damit in Folge durch entsprechende Maßnahmen die Situation der betroffenen Pflegebedürftigen verbessert werden konnte.

In den Hausbesuchen wurde auch nach der Belastung für pflegende Angehörige gefragt – sowohl nach Art als auch nach Ausmaß der Belastung. Die Ergebnisse der Besuche zeigten auf, dass sich 28 Prozent der Angehörigen durch Pflege und Betreuung körperlich belastet fühlten. 16 Prozent gestanden eine finanzielle Belastung ein. Die Unterstützung

durch das Pflegegeld dürfte für diesen relativ geringen Prozentsatz mitverantwortlich sein. Am stärksten war die Belastung durch die hohe Verantwortung sowie die Angst und Sorge um den pflegebedürftigen Verwandten: mehr als die Hälfte der besuchten pflegenden Angehörigen gab diese Art der Belastung an. Aber auch mangelnde soziale Teilhabe, die sich auf Grund der Pflege ergab und von einigen Verzicht und Einschränkungen bis hin zur sozialen Isolation reichte, wurde als starke Belastung erlebt.

Die hohe Belastung dürfte nach wie vor auch dadurch entstehen, dass oftmals keine professionellen Dienste zur Unterstützung herangezogen werden. Häufig ist diese Möglichkeit den betroffenen Familien auch gar nicht bekannt. In den untersuchten Fällen wurde in 75 Prozent die Pflegeleistung ausschließlich von den Angehörigen erbracht. Dabei zeigte sich, dass mit zunehmender Höhe des Pflegegeldes auch die Inanspruchnahme von sozialen Diensten steigt, und so auch die Qualität der erforderlichen Pflege zunimmt. Wird professionelle Unterstützung hinzugezogen, betrifft das meist die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden oder die Zubereitung von Mahlzeiten. Haushaltsunterstützende Tätigkeiten werden in hohem Ausmaß von den pflegenden Angehörigen übernommen.

Im Rahmen der durchgeführten Hausbesuche hatten Pflegebedürftige sowie deren pflegende Angehörige auch die Möglichkeit, sich über unterschiedliche Bereiche der Pflege zu informieren. In den vergangenen Jahren betraf das vorwiegend Themen wie Hilfsmittel, Sturzprophylaxe, das Angebot von sozialen Diensten und Kurzzeitpflegemöglichkeiten und das Pflegegeld.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Informationen zu verschiedenen Fragen gewünscht werden und der Bera-

Übersicht über die Pflegequalität

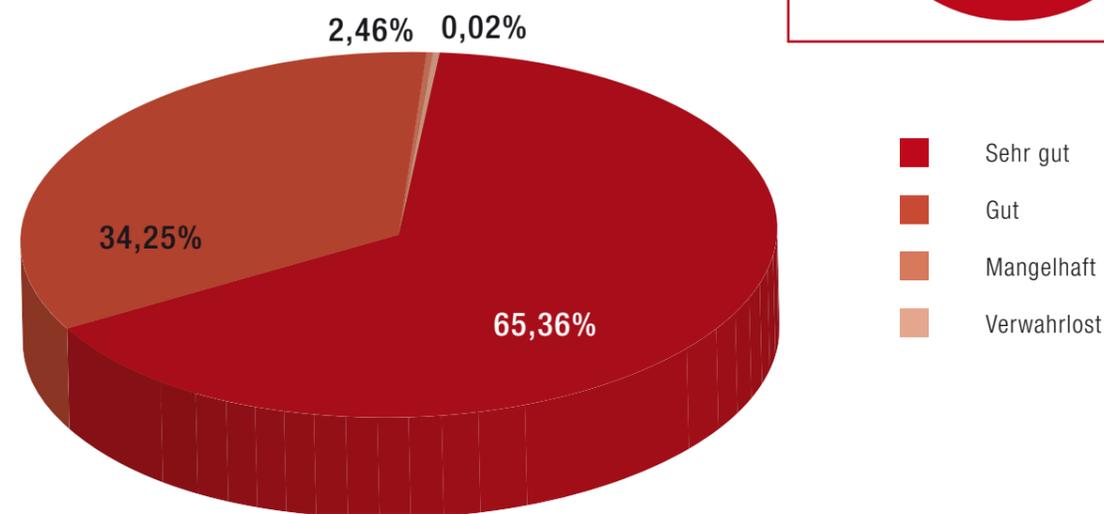
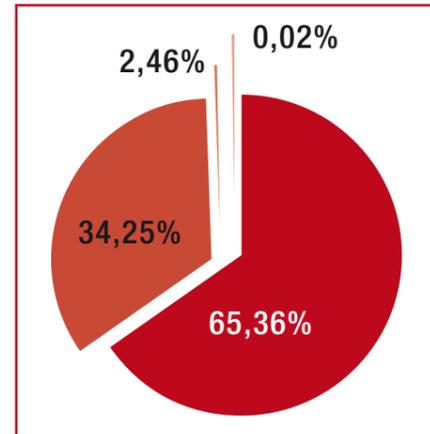


Abbildung 3: PflegegeldbezieherInnen mit Pensionsbezug, Bruttobezüge/Monat in Euro auf 10 gerundet
Quelle: BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008

tungsbedarf sehr hoch ist. In den 17.120 durchgeführten Besuchen im Jahr 2008 wurde in weniger als 10 Prozent der Fällen angegeben, dass eine Beratung nicht erforderlich ist. Bei der überwiegenden Mehrheit von 15.489 (90,47 Prozent) Besuchen wurden Beratungen durchgeführt.

Diese Art der Qualitätssicherung bietet neben dem ursprünglichen Sinn – eben der Sicherung der Qualität von häuslicher Pflege – auch den Vorteil, dass niederschwellig

Information direkt in den Haushalten vermittelt werden kann. Von diesem aufsuchenden Ansatz profitieren vor allem einkommensschwache Pflegebedürftige und deren Angehörige, die tendenziell selten von sich aus aktiv Information einholen. So können pflegende Angehörige vor Ort hilfreiche Auskünfte über qualitativvolle Pflege und Möglichkeiten finanzieller Unterstützung in Anspruch nehmen.



- Sehr gut
- Gut
- Mangelhaft
- Verwahrlost

Finnland: Preventive Homevisit For Elderly People

In Finnland sind die 342 Kommunen verantwortlich für das Sozial- und Gesundheitswesen und die Versorgung ihrer EinwohnerInnen. In den Gemeinden gibt es je nach Größe ein oder mehrere Gesundheitszentren, die oft nicht nur Gesundheits- sondern auch Sozialleistungen anbieten.

Der nationale „Action Plan for Social Welfare and Health Care 2000-2003“ hatte unter anderem zum Ziel, eigenständiges und unabhängiges Wohnen zu unterstützen. Daher folgte als Maßnahme, dass Gemeinden verstärkt Unterstützungen für ältere Personen leisten und präventive Hausbesuche für Personen ab 75 Jahren anbieten.

Im Herbst 2001 startete die Planung rund um den präventiven Hausbesuch. Da erste Erfahrungen aus anderen Ländern widersprüchlich waren, war es zunächst wichtig ein Modell zu entwickeln und zu evaluieren, wie die Hausbesuche in Finnland umsetzbar wären. Ergebnisse und gut funktionierende Modelle wurden aufbereitet und zur Information an die Gemeinden weitergeleitet.

Ziele des Hausbesuchs

- Möglichst langes, unabhängiges Leben im Eigenheim ermöglichen
- Gesundheitsgefährdende Einflüsse – zum Beispiel unzureichende Sicherheit, falsche Medikation, suboptimale Ernährung, Informationsmangel – aufzeigen und beseitigen
- Vorbeugen von Fehlversorgung – sowohl von Über- als auch Unterversorgung, aber ebenso Vereinsamung

Das Konzept sieht vor, dass ältere Personen ab 75 Jahren Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch haben, der von einem Team aus SozialarbeiterIn und MitarbeiterIn eines Gesundheitsberufes durchgeführt wird. Während des Besuchs informiert das Team über lokale Möglichkeiten der Unterstützung – sowohl im sozialen als auch im medizinischen Bereich – und schätzt den Betreuungsbedarf

der besuchten Person ein. Sollten kleinere Änderungen im Eigenheim die Sicherheit oder die Lebensqualität verbessern können, wird auch darauf hingewiesen.

Die Chancen auf ein unabhängiges Leben im Eigenheim steigen, wenn sich ältere Personen – und auch deren Angehörige – sicher und gut informiert fühlen. Durch den Besuch wird das Gefühl der Sicherheit gestärkt und alleine dadurch stellt er schon eine Bereicherung dar. Die Einschätzung des Betreuungsbedarfs soll darüber hinaus eine Fehlversorgung verhindern. Daher gilt der präventive Hausbesuche als gute Möglichkeit, das Ziel „Unterstützung selbstständigen Wohnens“ zu erreichen.

In einem ersten Pilotprojekt im Frühjahr 2002 wurden in 10 Gemeinden 1.083 älteren Personen Hausbesuche angeboten. Die TeilnehmerInnen wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt: zwischen 75 und 85 Jahren alt, aktuell keine kommunalen Leistungen im Gesundheits- oder Sozialbereich beziehend und wohnhaft in einer der teilnehmenden Gemeinden. Davon lehnten 294 Personen den Besuch ab – teils gaben sie an, sich in guter gesundheitlicher Verfassung zu befinden und daher keinen Besuch zu benötigen, andere Gründe betrafen zumeist die persönliche Zeiteinteilung. Keine/r der Befragten gab an, inhaltliche Einwände gegen den Besuch zu haben. Letztendlich wurden 789 Besuche von insgesamt 69 Gesundheits- und SozialarbeiterInnen durchgeführt. Ein gemeinsamer Fragebogen, ein Dokumentationsblatt über Dauer des Besuchs und Art der gegebenen Information sowie ein gemeinsamer Guide zum Durchführen der Besuche kamen dabei zum Einsatz. Einige Zeit nach den Hausbesuchen erhielten die besuchten Personen einen Anruf, in dem sie über die Zufriedenheit und eventuellen Auswirkungen des Besuches befragt wurden. Die erhobenen Daten wurden von der Association of Finnish Local and Regional Authorities analysiert. Anschließend fand eine Evaluation aus verschiedenen Perspektiven statt:

- **Fragestellungen der Gemeinden:** Besteht ein Bedarf für die Hausbesuche? Steht dieser Bedarf in vernünftiger Relation zu Kosten und Ergebnissen?
- **Erfolg des Projektes:**
 - Wurden die Ziele erreicht?
 - Gab es unvorhergesehene Vorteile oder Schwierigkeiten?
 - Was sind nützliche Instrumente und Methoden?
 - Wodurch wurde das Projekt gefördert oder behindert?
- **Erfahrungen und Eindrücke:** Sowohl seitens der älteren Personen als auch der Teams, von welchen die Besuche durchgeführt wurden.

Es zeigte sich, dass die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche zwei Stunden betrug und ein bis drei Besuche pro Tag für ein Team umsetzbar waren. Die meisten besuchten Personen gaben an, einfache Tätigkeiten im Haushalt wie Staub saugen, Kleidung waschen, Geschirr waschen, etc. ohne Probleme selbst erledigen zu können, jedoch Schwierigkeiten bei schwereren Tätigkeiten zu haben (etwa Betten überziehen, Fenster putzen, Handhabung des Holzofens).

Die Pilotphase des Projekts war im Winter 2003/2004 abgeschlossen. Die anschließende Auswertung zeigte, dass sich die besuchten Personen sicherer fühlten, nachdem sie über die Angebote der Gemeinde, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und die zuständigen Kontaktpersonen informiert wurden. Durch die unterschiedlichen Leistungen der Gemeinde kann das Leben im gewohnten Umfeld besser und einfacher gestaltet werden.

Die Gemeinden ihrerseits waren stolz, eine neue und hilfreiche Leistung anbieten zu können. Durch den professionell geschätzten Betreuungsbedarf wird die Planung erleichtert, durch den präventiven Charakter können Unfälle oder später erhöhter Pflegebedarf reduziert werden. Die Maßnahme entspricht den Zielen der Gesundheitspolitik und lässt sich gut in das Gemeindeleben integrieren. Durch Netzwerke mit anderen Gemeinden ist es leicht, Wissen und Erfahrungen auszutauschen um das Service weiterhin zu verbessern.

Eine unvorhergesehene positive Entwicklung zeigte sich seitens der Teams aus Gesundheits- und SozialarbeiterInnen. Sie gaben an, dass die Besuche eine Bereicherung zum Arbeitsalltag darstellen und so die Motivation erhöhen. Durch die enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen können außerdem neue Erkenntnisse und interdisziplinäre Ansetze gefördert werden (vgl. Häkkinen, Holma, 2003).

Die Erfolge und positiven Auswirkungen der präventiven Hausbesuche zeigten schnelle Konsequenzen. Bereits vier Jahre später wurden in mehr als 150 Gemeinden präventive Hausbesuche angeboten, Tendenz steigend. Prävention für ältere Mitmenschen ist fest in der Gesundheitspolitik verankert. Im Jahr 2006 konnten 90,1% der über 75jährigen selbstständig oder mit Unterstützung in ihren Eigenheimen wohnen. Das Ziel lautet nun, diesen Prozentsatz auf 91-92% bis zum Ende des Jahres 2010 zu steigern (vgl. Holma, 2008).

London, Great Britain: St. Mungo's Charity – Care Home For Elderly Homeless People

In Großbritannien findet man ein steuerfinanziertes öffentliches Gesundheitssystem vor, das nach dem Wohnsitzprinzip ausgerichtet ist. Im niedergelassenen Sektor sind AllgemeinmedizinerInnen als selbstständige UntervertragsnehmerInnen des Nationalen Gesundheitsdienstes tätig. Innerhalb des Postleitzahlenbereichs herrscht freie Arztwahl, jedoch muss die entsprechende Praxis der Behandlung zustimmen. Findet ein Patient/eine Patientin keine aufnehmende Praxis, so können die verwaltenden Stellen für medizinische Grundversorgung ihn/sie auf die Behandlungsliste einer Praxis setzen. Davon sind vor allem Wohnungslose, Suchtkranke oder andere Personengruppen am Rande der Gesellschaft betroffen, die unter Vorwänden wie zu hoher Auslastung nicht behandelt werden (siehe Richter/Schmid 2010).

Unterstützungen für Pflege und Betreuung im Eigenheim können ebenfalls über die Heimatgemeinden angefordert werden. Einer Bedarfsanalyse folgt eine Beratung über die entsprechenden Unterstützungsmöglichkeiten und in weiterer Folge die Entscheidung für eine Leistung. Auch andere Sozialleistungen wie etwa Erwerbsunfähigkeitsentschädigungen sollen bei der Finanzierung von Pflege- und Betreuungskosten unterstützen. Allerdings sind von den Gemeinden nur wenige grundlegende Richtlinien durch nationale Gesetze vorgegeben. Einen Großteil der Anspruchsvoraussetzungen zum Zugang zu finanzieller Unterstützung können die Gemeinden selbst festlegen (siehe ageUK 2010:5f). Durch regressive Zugangsregelungen kommt es dazu, dass sich auch diesbezüglich Randgruppen oft in benachteiligten Situationen wiederfinden.

Die Wohltätigkeitsorganisation St. Mungo's möchte in solchen Konstellationen helfen. Was als freiwillige Unterstützung im Jahr 1969 begann, entwickelte sich zu einer der bekanntesten Organisationen, die sich für Obdachlose einsetzt und Verbesserungen und Unterstützung für diese Personengruppe zu erreichen versucht.

Die Angebote und Leistungen spannen einen weiten Bogen:

- Eine Pflegeeinrichtung für ältere wohnungslose Männer,
- STEPS – das erste flächendeckende Arbeits- und Trainingsprogramm für Wohnungslose,
- das erste „Clubhouse“ – eine Einrichtung, in der Menschen mit mentalen Problemen arbeiten (mittlerweile gibt es davon 30 Häuser), Notschlafstellen ausschließlich für Personen mit mentalen Problemen,
- Notschlafstellen für AsylbewerberInnen,
- Notschlafstellen für schwere AlkoholikerInnen und
- Tageszentren (St. Mungo's, 2010).

Die Pflegeeinrichtung für ältere wohnungslose Männer (Care Home For Elderly Homeless People) von St. Mungos in der Hilldrop Road im Norden Londons bietet Unterkunft, Pflege und Betreuung für 29 Männer, die vormals wohnungslos waren und entweder physische und/oder psychische Probleme haben. Viele von ihnen sind oder waren zudem auch suchtkrank – sowohl Alkohol, als auch Drogen- oder Medikamentenabhängig. Das Mindestalter für die Aufnahme ins Heim beträgt 45 Jahre, durchschnittlich sind die Bewohner 60 Jahre alt. Es zeigt sich deutlich, dass wohnungslose Menschen früher Pflege und Betreuung benötigen und durchschnittlich auch früher sterben.

Die Betreuung der Klienten, die 24 Stunden durchgehend gewährleistet wird, erfolgt durch 12 MitarbeiterInnen. Jeder Einwohner bekommt eine/n „KeymitarbeiterIn“, der/die für den Betreuungsplan des Klienten verantwortlich ist. Zwei MitarbeiterInnen haben zudem auch eine Qualifikation als PflegehelferInnen. Wöchentlich werden die Bewohner von einer mobilen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft betreut.

Bei Bedarf werden die Bewohner bei Besuchen bei AllgemeinmedizinerInnen oder ins Krankenhaus begleitet. Oft bleiben die BegleiterInnen auch während der Untersuchung anwesend, da viele Bewohner unter Anzeichen von Demenz leiden oder aufgrund ihres Gesundheitszustandes einfach vieles vergessen. Durch die Anwesenheit der BegleiterInnen gehen die Ergebnisse der Untersuchung nicht verloren und können in die weitere Betreuung und Pflege der Bewohner einfließen.

Einmal pro Monat kommen ein Psychologe und ein Experte für Alkoholverbrauch, die den Bewohnern – vor allem jenen mit Suchtkrankheiten – unterstützend zur Seite stehen. Da die Bewohner des Heims tendenziell früher sterben als es die durchschnittliche Lebenserwartung erwarten lässt, soll in Zukunft auch professionelle Sterbebegleitung angeboten werden.

Die Einrichtung des Heims ist simpel und ermöglicht doch jedem Bewohner seine Privatsphäre. Jeder hat sein eigenes Zimmer, gemeinsame Badezimmer und Toiletten gibt es in jedem der drei Stockwerke. Zur Küche haben die Bewohner aus Sicherheitsgründen keinen Zutritt, jedoch wird auf eine gesunde und vielfältige Menügestaltung geachtet. Es gibt zwei Aufenthaltsräume und eine kleine Bibliothek. Zur Freizeitgestaltung werden diverse Beschäftigungs- und Bewegungsgruppen angeboten, die meist von Ehrenamtlichen organisiert werden. Die umliegende Bevölkerung gut in den Alltagsbetrieb der Einrichtung eingebunden und die Akzeptanz ist nach anfänglicher Skepsis sehr hoch.

Die Einrichtung finanziert sich teils aus Geldern der Gebietskörperschaft, teils aus Geldern der Gemeinde (community care system).

Provinz Südtirol, Italien: Pflegegeld

Den staatlichen Gesundheitsdienst „Servicio Sanitaris Nazionale“, der sich in ein zentrale, regionale und lokale Ebenen gliedert, gibt es in Italien seit 1978. Während das Gesundheitsministerium als Institution der nationalen Ebene nur übergeordnete Ziele vorgibt, werden von regionalen Ebenen regelmäßige Gesundheitspläne erstellt, die auf Berichten der lokalen Ebenen aufbauen. Ebenso verhält es sich mit der Pflege, die in den Gesundheitsbereich fällt. Auch in Italien ist der Wohnort ausschlaggebend für die Möglichkeit, Leistungen zu beziehen.

Südtirol nimmt innerhalb Italiens eine besondere Stellung ein – es ist die reichste Region. Durch diese privilegierte Situation konnten ein starkes soziales Netz und umfassende Strukturen der Sozial- und Gesundheitsversorgung geschaffen werden, denen nordische Modell als Muster gedient haben. Das Armutsrisiko konnte somit etwa im Vergleich zu Südtalien wesentlich eingedämmt werden.

Seit dem Jahr 2008 wird in der Region Bolzano-Alto-Adige Pflegegeld an pflegebedürftige Menschen zu Hause oder auch in Einrichtungen ausbezahlt. Vorbild für die Ausgestaltung dieser Unterstützungsmöglichkeit war zu einem großen Teil auch das österreichische Pflegegeld.

Das Pflegegeld dient zur Bezahlung von Pflege und Betreuungsleistungen, zur Deckung der Kosten für soziale Absicherung, zur Verwirklichung von Maßnahmen zum selbstständigen Leben und zur Kostenbeteiligung bei akkreditierten Hauspflegediensten und Aufenthalt in (teil) stationären Einrichtungen (siehe Südtiroler Bürgernetz, 2010).

Das primäre Ziel dieser Maßnahme ist, die finanzielle Entlastung von Familien und vor allem von Frauen, die sich der Pflege von Angehörigen im Eigenheim annehmen. Die angebotenen Dienste bleiben in ihrem Ausmaß gleich. Stationäre Pflege für alle Pflegebedürftigen wäre nicht nur gesellschaftlich unerwünscht, sondern de facto nicht möglich, zum einen weil es die dafür nötige Infrastruktur nicht gibt. Das Pflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen monatlich jeweils am Monatsende an die pflegebedürftige Person oder deren/dessen gesetzlichen Vertreter überwiesen.

Antragsstellende Personen müssen ununterbrochene Ansässigkeit und den ständigen Aufenthalt seit mindestens 5 Jahren in Südtirol haben oder ein 15jährige historische Ansässigkeit mit ständigen Aufenthalt und Ansässigkeit während des Jahres vor der Antragsstellung nachweisen können. Bei Minderjährigen müssen die Eltern die obigen Bedingungen erfüllen. Eine erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn mindestens eine pflegerelevante Diagnose in den Bereichen Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Zentralnervensystem oder psychische/kognitive Fähigkeiten und eine darauf basierende erhebliche und dauerhafte Funktionseinschränkung vorliegt (siehe Südtiroler Bürgernetz, 2010).

Pflegegeldstufen Provinz Südtirol 2010

Pflegestufe	Monatlicher Pflegebedarf	Höhe des Pflegegeldes
1	61-120 Stunden	521 €
2	121-180 Stunden	900 €
3	181-240 Stunden	1.350 €
4	> 240 Stunden	1.800 €

Abbildung 4: Pflegegeldstufen Provinz Südtirol 2010 in Euro

Quelle: Provinz Südtirol, 2010

Das Pflegegeld ist in vier Stufen gestaffelt und wird je nach ermitteltem Pflegebedarf ausgezahlt. Die Einstufung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach der Antragsstellung durch ein Einstufungsteam, bestehend aus einer Pflegekraft und einer Sozialfachkraft. Ein ärztliches Zeugnis muss bereits bei Antragsstellung beigelegt werden. Landesweit werden nach einem einheitlichen Erhebungsbogen Pflegebedürftigkeit und Betreuungsbedarf in den fünf wichtigsten Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Mobilität und psychosoziales Leben) ermittelt und in Zeiteinheiten angegeben. Eine erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebe-

darf täglich mehr als zwei Stunden beträgt. Der Person fällt somit das Pflegegeld der Stufe eins zu. Wie in Österreich wird je nach monatlichem Bedarf wird die Höhe des Pflegegeldes festgelegt.

Die Einstufungsteams erheben jedoch nicht nur den Pflegebedarf, sondern garantieren für eine umfangreiche Information und Beratung der pflegenden Angehörigen über sämtliche mit der Pflege verbundene Unterstützungsmöglichkeiten. Darüber hinaus bieten sie eine entsprechende Einschulung an, um pflegende Angehörige zu entlasten und in ihrer Kompetenz zu stärken. Weitere Hilfe kann durch einen sehr aktiven dritten Sektor in Anspruch genommen werden, wobei nicht alle Anbieter in öffentlicher Hand sein müssen. Für private Anbieter werden von der Region Südtirol Akkreditierungsrichtlinien zur Qualitätssicherung vorgeschrieben.

Schätzungen, die vor der Einführung des Pflegegeldes bezüglich des Gesamtvolumens getroffen wurden, haben sich als realistisch erwiesen. Sie gingen davon aus, dass etwa 12.000 bis 15.000 Personen vom Pflegegeld profitieren würden, was etwa 3% der Bevölkerung in Südtirol entspricht. Die Gesamtkosten wurden zwischen 150 und 200 Millionen Euro pro Jahr beziffert. Auch diese Zahl hat sich bewährt, das Volumen für das Pflegegeld betrug im Jahr 2009 etwa 200 Millionen Euro (siehe Leichsenring, 2008).

Die Vorarbeiten zur Einführung des Pflegegeldes wurden bereits seit dem Jahr 2000 vom Europäischen Zentrum unterstützt. Um die entsprechenden Tools zu entwickeln, wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, in der relevante Stakeholder vertreten waren. Begonnen wurde mit der Analyse von bereits bestehenden Pflegegeld-Systemen aus Österreich, Deutschland und Luxemburg. Bei der Gestaltung des Pflegegeldes und der Einstufung war unter anderem

die Überlegung ausschlaggebend, dass die Einstufung durch ein Team aus Sozialfachkraft und Pflegekraft und nicht allein durch eine/n Ärztin/Arzt stattfinden sollte. Weiters wurde festgelegt, dass die Einstufung im Beisein des Pflegers/der Pflegerin (sowohl pflegende Angehörige als auch professionelle PflegerInnen) und in der Wohnumgebung der pflegebedürftigen Person statt zu finden hat. Bei Personen, die künftig in einer Einrichtung leben, soll die Bedarfserhebung bereits vor dem Umzug in die Einrichtung erhoben werden. Damit eine leicht handhabbare und sichere Datenverwaltung möglich ist, wurde eine computergestützte Anwendung errichtet (siehe Leichsenring 2008: 3).

In drei Testläufen und einer Endevaluation wurde das System auf Schwächen analysiert und adaptiert. Seit 2008 kann das Pflegegeld in Südtirol als Unterstützung für Menschen mit Pflegebedürfnis bezogen werden. Die eingesetzten Methoden zur Einstufung werden sowohl von MitarbeiterInnen als auch von pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen als positiv empfunden. Einstufungsteams erhalten einen 10tägigen Kurs, in dem nicht nur die Einschätzung des Pflegebedarfs erklärt wird, sondern auch Kompetenztraining in den Bereichen Kommunikation und Konfliktmanagement vermittelt sowie rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen aufgezeigt werden. So soll das Entstehen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Einschätzungsteams und pflegebedürftigen sowie deren Angehörige erleichtert werden. Dieses Trainingsmodul soll sich künftig in der allgemeinen Ausbildung von Pflege- und Sozialfachkräften etablieren (siehe Leichsenring, 2008: 6).

Die wesentlichen Vorteile gegenüber dem österreichischen Pflegegeld zeigen sich in den durchgängig höheren Beträgen der Leistung sowie in der Einstufung durch ein multidisziplinäres Team.

Kontakte

Volkshilfe Österreich

Auerspergstraße 4, 1010 Wien,
Tel.: +43 (0)1 402 62 09
office@volkshilfe.at

SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle

Favoritenstraße 35/5, 1040 Wien,
Tel.: +43 (0)1 319 57 50
office@sfs-research.at

Marktgemeinde Götzis

Haus der Generationen:

Martin Herburger
martin.herburger@sozialdienste.goetzis.at

Volkshilfe Salzburg

Seniorenklubs:

Gertrude Wind, Geschäftsführerin
Volkshilfe Salzburg
gertrude.wind@volkshilfe-salzburg.at

Sozial Global

Beratungszentrum Terra:

Mag. Susanne Schaefer-Wiery
terra@sozial-global.at

Sozialversicherungsanstalt der Bauern:

Mag. Franz Ledermüller
Ghegastraße 1, 1030 Wien
e-mail: info@svb.at

Preventive Home Visit:

Hannele Häkkinen, Local and Regional Government Finland
Hannele.Hakkinen@kuntaliitto.fi

Jussi Merikallio, Local and Regional Authorities, Director of Social Welfare and Health
Jussi.Merikallio@kuntaliitto.fi

St. Mungo's Care Home for Elderly Homeless Men:

Sarah Turley, St. Mungo's Charity – Care Home for Elderly Homeless People
info@mungos.org

Pflegegeld Südtirol:

Dr. Karl Tragust, Albert Tschager
Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung für Familie und Sozialwesen
sozialwesen@provinz.bz.it

Dr. Kai Leichsenring, Europäisches Zentrum
leichsenring@euro.centre.org