



Strukturelle Erfordernisse und Rahmenbedingungen für in Österreich tätige betreuende/pflegende Angehörige zur Prävention physischer, psychischer und sozioökonomischer Überforderung

Irmgard Praßl, 0257219

Universitätslehrgang Public Health
Medizinische Universität Graz

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health

Projektbetreuer: **Dipl.-HTL-Ing. Mag. Dr. Gerd Hartinger, MPH**
Geschäftsführer der Geriatrischen Gesundheitszentren Graz

Graz, November, 2012

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Abstrakt:

Der postulierte künftige Rückgang betreuender/pflegender Angehöriger erfordert optimierte Rahmenbedingungen und Strukturen auf Mesoebene (Betrieb, Gemeinde, Leistungserbringer) sowie Interventionen auf Makroebene (Bund, Länder), um für informell tätige Betreuungs-/Pflegerpersonen auf Mikroebene (Familie, enge soziale Beziehungen) geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu generieren.

Mittels standardisiertem Fragebogen nach E. Grähnel, ergänzt durch Zusatzfragen, wurde an der Albert Schweitzer Klinik I, Graz, eine Befragung zur Quantifizierung des subjektiven Belastungsempfindens trotz Inanspruchnahme von Hilfeleistungen durchgeführt. Die Forschungsfragen dienen dem Nachweis, ob a) weiterhin ein subjektives Belastungsempfinden bei Angehörigen in der Betreuung/Pflege von Demenzerkrankten, oder jenen ohne Demenz besteht; b) ob es Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht/oder nicht mehr berufstätigen informellen Betreuungs-/Pflegerpersonen in der Stärke der empfundenen Betreuungs-/Pflegebelastung gibt; c) ob sich das Ausmaß des Belastungsempfindens durch das Gefühl der Hauptverantwortlichkeit verändert; d) ob ein Korrelat zwischen dem Bildungsgrad und der empfundenen Pflegebelastung existiert; e) – und ob frühere familiäre Pflege-erfahrung das subjektive Belastungsempfinden verringert.

Ziel der Befragung ist es, kurzfristig rasch notwendige Interventionsmaßnahmen zu diagnostizieren, mittel- und langfristig Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen abzuleiten, für bestmögliche Bedingungen bei der Übernahme von Betreuungs-/Pflegerverantwortung zu sorgen, aber auch mangelhafte Rahmenbedingungen offenkundig zu machen.

Pflegeursachen außer Demenz gelten, ohne Berücksichtigung des persönlichen Verantwortlichkeitsempfindens, als belastender, insbesondere für nicht/oder nicht mehr Berufstätige. Die Außenwirkung der Pflegehauptverantwortlichkeit ist nicht immer deckungsgleich mit der persönlichen Sichtweise. Angehörige mit Universitätsabschluss leisten eher Geld- als Zeittransfer in der Betreuung/Pflege von Demenzerkrankten. Zeitmangel und innerfamiliärer Geldtransfer senken Lebensstandard und -zufriedenheit. Auf Mesoebene sind Multiprofessionalität im extramuralen Leistungsangebot und die Anbindung in- und formeller Dienste an bestehende lokale öffentliche Institutionen im Kontext der künftigen Finanzierungssicherstellung, Qualitätssicherung und -kontrolle sowie der Leistungsoptimierung zu empfehlen.

Schlüsselbegriffe: Betreuende/pflegende Angehörige, subjektives Belastungsempfinden, Optimierung des Leistungsangebots, günstige Rahmenbedingungen, Multiprofessionalität, Qualitätssicherung und -kontrolle, Nutzung bestehender Strukturen

Abstract:

The postulated decrease in family caregivers in the future demands optimal general conditions and structures on the meso level (business, community, providers) as well as intervention at the macro level (national, state), in order to generate adequate supporting measures for caregivers working informally at the micro level (family, close social relationships)

Using the standardized questionnaire by E. Gräsel supplemented by additional questions, a survey was performed at the Albert Schweitzer Klinik I, Graz, to quantify the subjective feeling of burden despite the utilization of assistance.

The research questions intend to show whether a) a subjective burden exists in relatives caring for patients with dementia, or in those caring for patients without; b) whether there are differences in the magnitude of the perceived burden between employed and not/no longer employed caregivers; c) whether the degree of the perceived burden is affected by the feeling of the primary responsibility; d) whether a correlation exists between the academic degree and the subjective perceived burden; e) – and whether previous experience in family caregiving reduces the subjective perceived burden.

The aim of the survey is to diagnose quickly measures needed for intervention on short notice, to implement intermediate and long term measures for the sustainment of the health of family caregivers, to arrange for the best possible conditions for the transfer responsibility of care and also to identify inadequate structures.

Causes for long-term care with the exception of dementia are considered to be burdening, especially for not/no longer employed persons regardless of the individual perception of responsibility. The public image of the primary responsibility of care is not always identical with the individual's point of view. Relatives with a university degree often invest money rather than time in the care of dementia patients. Lack of time and the transfer of money within the family lower the standard of living and satisfaction of one's life.

At the meso level multi-professionalisms can be recommended in extramural service offers and the linking of in- & formal services with existing local public institutions in context of securing future financing, quality assurance and control, as well as the optimization of services.

Key words: family caregivers, perceived burden, optimization of services offered, favorable general conditions, multiprofessionalism, quality assurance and control, use of existing structures

Danksagung:

Nach vielen Jahren, in denen ich das österreichische Sozial- und Gesundheitssystem im Laufe meiner Berufstätigkeit aus unterschiedlichsten Perspektiven kennen lernen durfte, wurde mir durch die Teilnahme am Universitätslehrgang Public Health ermöglicht, all meine Eindrücke und Erfahrungen in einer neuen und weitaus größeren Dimension zu erfassen.

Durch die großzügige Unterstützung von Univ.Prof.Dr. Selman Uranüs konnte ich jene Lehrveranstaltungen, die an Arbeitstagen abgehalten wurden, uneingeschränkt besuchen und oftmals auf die Ressourcen der Sektion für Chirurgische Forschung bei der Erstellung von Gruppenarbeiten zurückgreifen.

Dem Lehrgangsteam, allen voran Dr. Martin Sprenger, MPH und Mag.^a Maria Sendlhofer, gebührt mein großer Respekt für die Organisation unzähliger interessanter Vorträge und Workshops sowie für Ihr großes Einfühlungsvermögen bei der Begleitung von uns Studierenden durch die gesamte Lehrgangszeit.

Bei der Erstellung meiner Master Thesis war mir rasch klar, dass meine eigene Familiengeschichte, insbesondere der zeitgleich aufgetretene schwere Krankheitsverlauf bei meiner Mutter und bei meinem Schwiegervater über viele Jahre hindurch, einen Auftrag für mich darstellte, mich im Sinne aller pflegenden Angehörigen mit der Verbesserung unterstützender Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur Erbringung informeller Leistungen auseinanderzusetzen.

In Geschäftsführer, Dipl.-Ing. Mag. Dr. Gerd Hartinger, MPH, habe ich einen außergewöhnlich hilfsbereiten Betreuer und profunden Kenner für mein Thema gefunden. Dank seiner Expertise und unter wissenschaftlicher Begleitung durch Priv.-Doz. Primarius Univ. Prof. Dr. Walter Schippinger ist es gelungen an der Albert Schweitzer Klinik I eine Angehörigenbefragung über einen Zeitraum von sieben Monaten durchzuführen. Dies wäre im vorhandenen Umfang nicht ohne den tatkräftigen Einsatz der Leiterin der Sozialdienste und zertifizierten Case Managerin, DSAⁱⁿ Brigitta Wolfsberger und ihren Kolleginnen, DSAⁱⁿ Margit Kornberger und DSAⁱⁿ Gertraud Stocker, MA, machbar gewesen.

Letztendlich bedanke ich mich ganz besonders bei meiner Familie, die mir mit viel Rücksicht und Zusammenhalt die Zeit zum Lernen und Arbeiten freigehalten hat, sehr oft unter Verzicht auf uns wertvolle gemeinsame Aktivitäten. Nicht nur, dass sie für mich viele persönliche Opfer gebracht haben, mein Mann, Dipl.Päd. Erwin Praßl, meine Tochter, DIⁱⁿ (FH) Manuela Praßl und Dipl.Päd.ⁱⁿ Renate Bauer, langjährige Wegbegleiterin und Freundin unserer Familie, haben durch das Korrekturlesen der vorliegenden Arbeit erheblich zur Fertigstellung meiner Master Thesis beigetragen.

Eidesstattliche Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 15. November 2012

Unterschrift: 

I. THEORIE

1	Einleitung	9
2	Vorgehensweise und Zielsetzung der Arbeit	12
3	Literaturrecherche	13
4	Pflegende Angehörige in Österreich	15
4.1	Ausgangssituation	18
4.2	Problemstellung.....	24
4.2.1	Bedarfsdiagnose	27
4.2.2	Bedürfnisdiagnose.....	29
5	Belastungsfaktoren für pflegende Angehörige	30
5.1	Determinanten und Einflussfaktoren	30
5.1.1	Verhaltensdiagnose	33
5.1.2	Verhältnisdiagnose.....	35
6	Bestehendes Unterstützungsangebot unterschiedlicher Leistungserbringer	36
6.1.1	Finanzierung und Anbieter von formellen Betreuungs- und Pflegeleistungen im extramuralen Bereich	39
6.1.2	Gesundheitspolitik und Problemdiagnose.....	42
6.1.3	Gesellschaftliche Herausforderungen	44
7	Public Health Relevanz gesundheitsfördernder Maßnahmen für pflegende Angehörige	46
7.1	Strukturanalyse und Veränderungsansätze	49
7.2	Voraussetzungen und Maßnahmen zum Aufbau eines Rahmenkonzepts	51
7.3	Umsetzungsvoraussetzungen in Österreich	53
7.4	Gesundheitsförderung versus Prävention	57
8	Unterstützungsangebote pflegender Angehöriger in anderen EU-Ländern	58

II. EMPIRIE

9	Projektdesign des empirischen Teils: Quantifizierung des subjektiven Belastungsempfindens pflegender Angehöriger	61
9.1	Methodik	61
9.2	Forschungsfragen und Hypothesen	62
9.3	Projektmanagement und Projektdokumentation.....	63
9.4	Signifikanz des Projekts.....	65
9.4.1	Primärziele.....	65

9.4.2	Sekundärziele.....	66
9.5	Beschreibung des Settings und der Zielgruppe	66
9.6	Einschluss-/Ausschlusskriterien, Bias/Confounder	70
9.7	Umfang der Befragung mit Begründung.....	71
9.8	Methodenbeschreibung der Fragebogenverteilung, Datensammlung und Datenanalyse	72
9.9	Testgütekriterien	72
9.10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Projektelevaluierung) ..	74
9.11	Maßnahmen zum Datenschutz und zur Ethik.....	74
10	Ergebnisdarstellung des empirischen Teils.....	76
10.1	Interpretation der Ergebnisse	86
10.2	Persönliche Stellungnahme und Fazit	92

III. CONCLUSIO

11	Zusammenfassung der Ergebnisse	94
11.1	Resümee.....	97
11.2	Umsetzungsmöglichkeiten und Nutzen vorhandener Ressourcen	99
11.3	Handlungsempfehlungen.....	102
11.4	Abschließende persönliche Stellungnahme und Fazit.....	103
12	Verzeichnisse und Erklärungen	108
12.1	Abkürzungsverzeichnis	108
12.2	Tabellenverzeichnis	109
12.3	Abbildungsverzeichnis.....	110
12.4	Hilfreiche Links	110
13	Anhang.....	112
13.1	Häusliche-Pflege-Skala	112
13.2	Überblick über soziale Pflege- und Betreuungsdienstleistungen der Bundesländer für das Jahr 2010	145
13.3	Zeittafel.....	147
13.4	Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	149
14	Literaturquellen	151

I. THEORIE

1 Einleitung

Die Leistungen von pflegenden Angehörigen sind ein sozioökonomisch höchst relevanter Beitrag zum österreichischen Sozial- und Gesundheitssystem. Beeinflusst von einer ausgeprägten und fortschreitenden Überalterung der Bevölkerung, veränderten Familienstrukturen, mangelndem Ausbau und Vernetzung des intra- und extramuralen Versorgungsbereichs sowie vielen weiteren erschwerenden Faktoren muss dieses Potenzial an leistungswilligen Menschen bestmöglich unterstützt, gefördert, aber auch geschützt werden. Das bestehende Leistungsangebot bedarf einer kritischen Prüfung, um zu gewährleisten, dass Hilfsmaßnahmen ihr Ziel nicht verfehlen, somit effektiv und effizient eingesetzt werden. Zahlreiche Publikationen dokumentieren die gesundheitspolitische Brisanz dieser Thematik, insbesondere die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Gesundheits- und Sozialressort in Österreich im Bereich der Pflege im Kontext mit der demografischen Bevölkerungsentwicklung sowie der Finanzierbarkeit des bestehenden Unterstützungsangebots. Erst allmählich haben die Länder die notwendige Transparenz der einzelnen Leistungserbringer zur Verbesserung der Bedarfsplanung und Evaluierung des extramuralen Angebots eingefordert. Das vorrangig von Trägervereinen und privaten Initiativen bestimmte Versorgungskonzept belegt, dass die Betreuung und Pflege älterer Mitmenschen aus sozial- und gesundheitspolitischer Perspektive nicht in erster Linie als Aufgabe der öffentlichen Hand gesehen wird. Die Sozialversicherungen gewähren bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen und Eintreten normierter Risikofälle Versicherungsleistungen, welche im Bereich der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen die ärztliche Versorgung inkludieren, jedoch eine Zuzahlung zum KlientInnenbeitrag der Krankenhausersatzpflegekosten im Rahmen der Hauskrankenpflege¹ zeitlich begrenzt. Für Betreuungsleistungen von nicht diplomierten Pflegekräften oder Heimhilfen sind generell - je nach Dienst - unterschiedliche sozial gestaffelte KlientInnenbeiträge zu entrichten.

Der Staat anerkennt als öffentliche Aufgabe eine Fürsorgepflicht gegenüber bestimmten gesetzlich festgelegten Risikogruppen, denen es nicht zugemutet werden kann, ihre Versorgung aus eigenen Kräften zu sichern, ihnen gewährt er mittels Rechtsanspruch Versorgungsleistungen. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend, kommt das Fürsorgeprinzip für jene Menschen zum Tragen, wo Selbsthilfe und Familienhilfe ausfallen oder gänzlich versagen.^{2, 3} Der Staat wird somit zum ‚Ausfallsbürgen‘, wenn das System versagt.

Dem Stellenwert der Familie und dem sozialen Netzwerk kommt im Bereich der späteren Betreuungs-/Pflegebedürftigkeit unserer älteren Mitmenschen besondere Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang sind die veränderten Wohn- und Lebensverhältnisse der Bevölkerung, aber auch die Bereiche Familie und Beruf in Verbindung mit der Übernahme von Betreuungs-/Pflegeaufgaben von höchster Relevanz. Das sozialstaatliche Leistungsangebot bedarf ebenso der ständigen Evaluierung und Anpassung an aktuelle Gegebenheiten und Herausforderungen wie auch die Entwicklung neuer Finanzierungs- und Versorgungsmodelle in der extramuralen Pflege. Letztendlich muss verhindert werden, dass pflegende Angehörige durch übermäßige physische, psychische und sozioökonomische Belastung überfordert werden und selbst schwer beeinträchtigt aus dieser schwierigen Lebenssituation hervorgehen.

Das aktuell in Österreich vorrangig beanspruchte Unterstützungsangebot unterschiedlicher Leistungserbringer kann nach Leistungsadressaten, Leistungsumfang und Wirkungsebenen differenziert werden. In diesem Kontext sind eine Bedarfsabschätzung und eine Bedürfniserfassung für pflegende Angehörige von großer Bedeutung, die Treffsicherheit und Effizienz der Angebote sowie der für alle gleiche gerechte Zugang zu diesem Unterstützungsangebot muss gewährleistet sein. Größtmögliche Transparenz der Leistungserbringer ist Voraussetzung für eine strukturelle Verbesserung der Rahmenbedingungen, Finanzierung und Evaluation des bestehenden Angebots und bedeutet eine große gesundheits- und sozialpolitische sowie gesellschaftspolitische Herausforderung für die Zukunft.

Zur Quantifizierung des subjektiven Belastungsempfindens pflegender Angehöriger trotz Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wurde für die vorliegende Arbeit mittels standardisiertem Fragebogen nach E. Grähnel⁴ eine Angehörigenbefragung an der Albert Schweitzer Klinik I der Geriatrischen Gesundheitszentren Graz durchgeführt, die einen raschen Überblick verschafft, wo Hilfe ansetzen sollte. Dieser Fragebogen ist geeignet die Dringlichkeit des Entlastungsbedarfs zu erfassen und bei Wiederholung der Befragung die Wirksamkeit von Hilfsmaßnahmen zur Senkung der subjektiven Belastung zu beurteilen. Der Summenwert bildet das Maß für das individuelle Risiko der familiären Pflegeperson an psychosomatischen körperlichen Beschwerden zu leiden ab, die in Zusammenhang mit der Pflegesituation entstanden sind wie körperliche Erschöpfung, Gelenks- und Rückenschmerzen sowie Magenbeschwerden. Der Fragebogen wurde um Zusatzfragen zur Berufstätigkeit, zum Gefühl der Hauptpflegeverantwortlichkeit, zu früherer Pflegeerfahrung, Bildungsgrad, Spiritualität und zur Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen erweitert.

Die Forschungsfragen dienen in erster Linie dazu, das subjektive Belastungsempfinden bei pflegenden Angehörigen trotz Inanspruchnahme von Hilfeleistungen abzubilden, mit

Unterscheidung zwischen DemenzpatientInnen und jenen ohne Demenzerkrankung. Zudem ist von Interesse, ob es eine Unterscheidung zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen pflegenden Angehörigen und der Stärke der empfundenen Belastung durch die Pflege gibt. Zusätzlich wird untersucht, ob durch das Gefühl der Hauptverantwortlichkeit für diese schwierige Lebenssituation ein Unterschied im subjektiven Belastungsempfinden offenkundig wird. Durch die Befragung kann eine Aussage zum Bildungsgrad und der subjektiv empfundenen Pflegebelastung getroffen werden, aber auch festgestellt werden, ob frühere familiäre Pflegeerfahrung das Belastungsempfinden verringert.

Das Ergebnis der Umfrage bildet ausschließlich das subjektive Belastungsempfinden von Angehörigen, die das umfassende und hochqualifizierte akutgeriatrische Remobilisationsangebot der Albert Schweitzer Klinik I in Anspruch genommen haben, ab. Dem unspezifischen salutogenetischen Prinzip von New Public Health folgend ist nach D. Ahrens⁵ Gesundheitsförderung von Gruppen auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet, unter Beachtung von Chancengleichheit bei Erhaltung und aktiver Förderung von Gesundheit. So kann auch das Gesundheitssystem selbst Forschungsgegenstand von Public Health sein. Politische, ökologische, rechtliche und infrastrukturelle Verhältnisse und deren Auswirkung, Arbeitslosigkeit und die Qualität von Arbeitsplätzen, Bildungs- und Ausbildungschancen, das Angebot an Lebensmitteln, soziale Sicherheit und der Zugang zum System gesundheitlicher Versorgung, Wohnformen und soziales Umfeld sowie viele weitere Faktoren beeinflussender Möglichkeiten ein gesundes Leben zu führen, werden explizit genannt. Weiters wird festgehalten, dass die allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen zwischen den Bevölkerungsgruppen ungleich verteilt sind.

Die Public Health Relevanz nachhaltiger gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Gruppe der Angehörigen von älteren betreuungs-/ pflegebedürftigen Personen wird in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt, notwendige strukturelle Rahmenbedingungen und Veränderungsansätze für eine effektive und effiziente Unterstützung unter Nutzung vorhandener Strukturen werden analysiert, um daraus mögliche Handlungsempfehlungen oder Optionen ableiten zu können.

2 Vorgehensweise und Zielsetzung der Arbeit

Im theoretischen Teil wird eine Problemdarstellung anhand von Sekundärdaten erstellt sowie das bestehende Hilfsangebot und die Finanzierungsstruktur beleuchtet. Insbesondere die Bedürfnisse pflegender Angehöriger, aber auch eine Bedarfsprüfung sind Basis dieses Teils. Die Darlegung der Belastungsfaktoren fließt mit in diese Betrachtung ein. So ist es notwendig, das Unterstützungsangebot von pflegenden Angehörigen als gesundheitspolitische, aber auch gesellschaftspolitische Herausforderung in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen zu prüfen, um mögliche Ansatzpunkte für Verbesserungen zu analysieren.

Im empirischen Teil wird das subjektive Belastungsempfinden dieser Personengruppe - trotz Inanspruchnahme von Hilfeleistungen - mittels standardisiertem Fragebogen nach E. Grähnel (dem Anhang unter Punkt 13.1 beigelegt) in einem Zeitraum von sieben Monaten an der Grazer Albert Schweitzer Klinik I erhoben. Summenwerte geben in Verbindung mit festgelegten Referenzwerten Auskunft über den aktuellen Belastungsgrad, Einzelwerte können der Fragestellung entsprechend deskriptiv dargestellt werden.

Die Forschungsfragen dienen zur Abklärung, ob a) weiterhin ein subjektives Belastungsempfinden bei betreuenden/pflegenden Angehörigen (mit Unterscheidung zwischen Betreuung/Pflege von DemenzpatientInnen und jenen ohne Demenzerkrankung) persistiert, b) ob es Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht oder nicht mehr berufstätigen betreuenden/pflegenden Angehörigen im subjektiven Belastungsempfinden gibt, c) ob durch das Gefühl der Hauptverantwortlichkeit Unterschiede im Belastungsempfinden vorhanden sind, d) ob ein Korrelat zwischen dem Bildungsgrad und der empfundenen Betreuungs-/ Pflegebelastung existiert, e) und - ob frühere familiäre Pflegeerfahrung das Belastungsempfinden verringert.

Ziel ist es, aus den gewonnenen Informationen kurzfristig rasch notwendige Interventionsmaßnahmen zu diagnostizieren, mittel- und langfristige Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen abzuleiten, die für bestmögliche Bedingungen bei der Übernahme von Betreuungs-/ Pflegeverantwortung unerlässlich sind. Weiters wird versucht mangelhafte Rahmenbedingungen offenkundig zu machen sowie Veränderungsansätze unter Nutzung vorhandener Ressourcen aufzuzeigen.

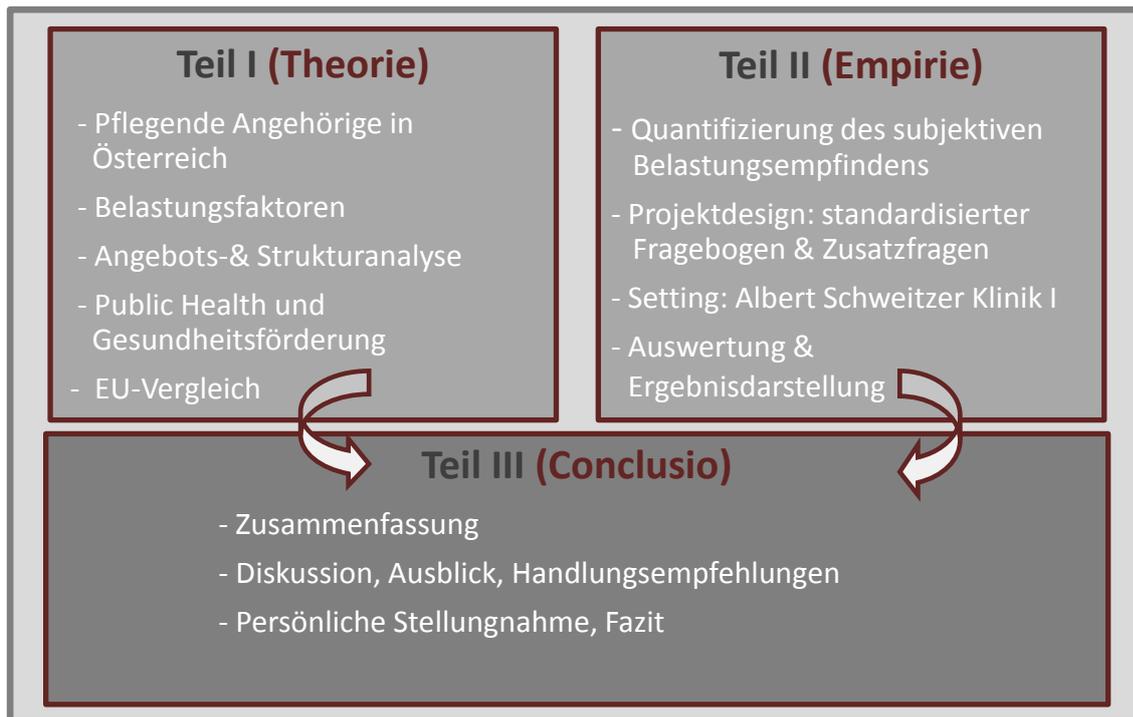


Abb. 1) Gliederung der vorliegenden Arbeit (eigene Darstellung)

3 Literaturrecherche

Es wurde für die Erstellung der vorliegenden Arbeit nach vorhandenen Beiträgen, Cochrane Reviews, Metaanalysen in der Datenbank der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz (OvidSP), der Europäischen Kommission, von Google, Google scholar, Yahoo, nach Gesetzestexten, statistischen Analysen und Darstellungen im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (RIS), bei Statistik Austria, am Institut für Höhere Studien sowie auf Homepages des Fonds Gesundes Österreich, des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit (ÖSKA), des Österreichischen Sozialministeriums und des Gesundheitsministeriums u.v.a. zu folgenden Begriffen gesucht:

Home care & Lifestyle, Care-giver, Health Care System, Pension funds for old-age incomes, Pension systems, Gesundheitsziele, Gesundheit 21, Verantwortlichkeit & Sozialstaat, pflegende Angehörige, Gewalt in der Pflege, Definition Angehörige, Situation pflegender Angehöriger, Gesundheit und Soziales, Demografie, Alter und Struktur der österreichischen Bevölkerung, Ersatzpflege, HTA, Freiwilligenarbeit, Akutgeriatrie, Remobilisation, Finanzierung der Pflege, Bedarfsplanung & Pflege, Gesundheit,

Lebensqualität, medizinische Soziologie, Versorgung, Gesundheitsförderung, soziales Kapital, Entlastung in der Pflege, Ersatzpflege, Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, pflegende Angehörigen Unterstützung in Europa, Finanzierung, rechtliche Voraussetzungen & Pflege, Finanzierung & Pflege, sozioökonomische Folgen & Pflege, Subsidiaritätsprinzip, Paradigmenwechsel, formelle Pflege, informelle Pflege, WHO 21, Sozialhilfe, Sozialhilfebudget, Pflegegeld, soziale Beziehungen, Pflege & Stress, Sexualität und Pflege, Schlafverhalten, Copingverhalten, gesundheitliche Belastungen, Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik, Governance und Capacity Building, gesundheitspolitische Strategien, gesellschaftliche Herausforderungen & Pflege, Finanzierungsmodelle mobiler Pflege- & Betreuungsdienste, Kostenwahrheit, Qualitätskontrolle & Qualitätssicherung in der Pflege, Gemeindeautonomie, HIA, Evaluation, öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)...

Es stehen wenige Metaanalysen und Reviews zur Verfügung, jedoch liefern renommierte öffentliche Institutionen valide Daten und Berichte, die von hochkarätigen anerkannten ExpertInnen stammen.

Einige essentielle Beiträge wurden von der Lehrgangsführung des ULG Public Health sowie dem Geschäftsführer der GGZ zur Verfügung gestellt.

Im empirischen Teil kam ein standardisierter Fragebogen zur Anwendung, der - ebenso wie etliche Fachbücher zum Thema - angekauft wurde.

4 Pflegende Angehörige in Österreich

Definition Angehörige

„Als einen Angehörigen bezeichnet man eine zu einer anderen Person oder zu einer Gruppe von Personen in einem besonderen rechtlichen oder soziologischen Verhältnis stehende Person, wenn man dieses besondere Verhältnis hervorheben will. Zumeist sind Personen gemeint, die in engem familiären oder persönlichen Verhältnis zueinander stehen. Der Begriff ist weiter als der der Familie. Er schließt insbesondere den (i. d. R. nicht verwandten) Ehegatten oder Lebenspartner und verschwägerte Personen ein. Darüber hinaus kann der Begriff im Sinne von „zugehören“ auch Personen umfassen, die in das Lebensumfeld der betreffenden Person gehören.“⁶

Diese sehr breit gefasste Begriffsdefinition zeigt deutlich, dass nicht das Verwandtschaftsverhältnis per se Menschen zu Angehörigen macht, auch ein besonderes Naheverhältnis kann Basis dieser Vertrauensstellung sein.

Pflegende Angehörige werden wie folgt definiert:

„Pflegende Angehörige sind Personen aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis eines pflegebedürftigen Menschen, die diesen Menschen im häuslichen Bereich ganz oder teilweise im Sinne der Laienpflege versorgen und betreuen. Der Kreis der Angehörigen kann über die Mitglieder der Familie hinausgehen und neben Verwandten, Ehepartner und Verschwägerten auch Freunde, Bekannte, Nachbarn und andere nahe stehende Personen miteinschließen. Der von den Angehörigen geleistete Anteil an der Betreuung und Pflege oder deren Qualität wird durch den Begriff Pflegende Angehörige nicht näher definiert.“⁷

Familie, soziale Beziehungen, zu Hause

Pflegende Angehörige leisten in Österreich ca. 80% der Pflegearbeit im häuslichen Bereich.^{8, 9} Ihre Arbeitsleistung ist nicht nur aus sozioökonomischer Sicht eine unverzichtbare Größe im Gesundheitssystem und stellt eine bedeutende Ressource dar, auch soziokulturell geht von ihr ein wertvoller Beitrag aus. Der aktuelle Anstieg von Einpersonenhaushalten¹⁰ sowie die Abwanderung junger Erwerbstätiger stehen der ehemals ländlichen großfamiliären Struktur entgegen. N.F. Schneider et al. beschreiben, dass die Abnahme des Pflegepersonenpotenzials daneben durch den familiendemographischen Wandel zu vermuten ist. So wird festgestellt, dass durch die zunehmende Verbreitung nicht-ehelicher Partnerschaftsformen, dem Anwachsen nachehelicher Scheidungsfamilien und der Zunahme Alleinlebender die Bereitschaft zur Familienpflege sinken wird.¹¹

Die soziale Einbettung von Menschen hat einen höchst signifikanten Effekt und das Zusammenwohnen mit anderen ($\beta = .14$) sowie das Zusammenwohnen mit einem Partner ($\beta = .13$) wirken sich sehr positiv auf die Gesundheit aus.¹² Die demografische Entwicklung und veränderte sozio-strukturelle Rahmenbedingungen bewirken eine

deutlich stärkere Nachfrage nach professioneller Pflege und Betreuung älterer Menschen.¹³

2011 belegt eine Studie von C. Gillsjö, dass das Zuhause ein Platz für ältere Menschen ist, ohne den sie sich nicht vorstellen können zu leben. An ihrem Heim hängt ihr Herz, es ist ihre Feste und ein Ort, der ihnen Freiheit vermittelt. Es ist ihnen bewusst, dass sie diesen Ort einmal verlassen müssen, jedoch wird der Gedanke an diesen Augenblick verdrängt. Das Gefühl der Freiheit und die Sicherheit selbst entscheiden zu können Jemandem Einlass zu gewähren, oder sich von der Außenwelt zurückzuziehen, wenn man einfach alleine sein will, macht diesen Ort zum besten Platz im Leben.¹⁴

Entlohnung, Generationenbeziehung, Lastenverteilung

H. Noack et al. legt dar, dass Be- oder Entlohnung familialer Betreuung generell ein tabuisiertes Thema darstellt, jedoch eine angemessene Anerkennung für die Hilfe- und Pflegeleistungen als eine wesentliche Voraussetzung für die Betreuungsqualität gilt. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Anerkennung von Betreuungsleistung einen Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit hat, sodass Betreuungspersonen, deren Leistungen in keiner Form anerkannt werden, sich eher subjektiv stark belastet fühlen.¹⁵

B. Hollstein zeigt, dass in familialen Generationenbeziehungen vielfältige Formen von wechselseitigen Verpflichtungen (Reziprozitätsverpflichtungen) wirksam sind und diese durch bestehende Familienbande auch in Zukunft noch funktionieren werden. Sie betont, dass verstärkte Aufmerksamkeit insbesondere den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geschenkt werden soll, um diese gegenseitigen familiären Leistungen zu ermöglichen.¹⁶

Es gibt dennoch keine gesetzliche Verpflichtung für Angehörige, persönlich Betreuungs-/Pflegearbeit zu leisten, auch gibt es keine Regelungen über die gleichmäßige Lastenverteilung, wenn zu Hause betreut/gepflegt wird und mehrere Kinder sich beteiligen könnten. Jedoch gibt es in den einzelnen Bundesländern Österreichs unterschiedliche Regelungen zu Ersatzzahlungen – früher bekannt unter dem Titel „Pflegerregress“ -, wenn eine Heimunterbringung unumgänglich ist, wie am Beispiel der Verordnung des Bundeslandes Steiermark im LGBl. Nr. 18/2012 Stück 8 dargestellt:¹⁷

„Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 1. März 2012, mit der das Steiermärkische Sozialhilfegesetz durchgeführt wird (Stmk. Sozialhilfegesetz-Durchführungsverordnung – StSHG-DVO)

Auf Grund des § 5 Abs. 1a und des § 28 Z. 2 lit. a des Steiermärkischen Sozialhilfegesetzes, LGBl. Nr. 29/1998, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 10/2012, wird verordnet:

§ 4 Ersatzansprüche

(1) Für die gewährten Leistungen der Sozialhilfe ist von den

1. Eltern (§ 5) und

2. *Kindern (§ 6)*

des Hilfeempfängers Ersatz zu leisten, soweit nach Bürgerlichem Recht eine Unterhaltsverpflichtung besteht.

(2) Die Höhe der Ersatzpflicht richtet sich nach dem Einkommen der ersatzpflichtigen Person (§ 5 SHG), wobei ein für den Zeitraum der Inanspruchnahme der Sozialhilfeleistungen geleisteter Unterhalt in Abzug zu bringen ist.

(3) Die Ersatzpflicht ist mit der Höhe der Unterhaltsverpflichtung begrenzt, wobei der Nachweis einer im Gegensatz zur Ersatzpflicht niedrigeren Unterhaltsverpflichtung durch den Ersatzpflichtigen zu erbringen ist. Der Nachweis gilt nur durch eine rechtskräftige gerichtliche Entscheidung als erbracht.“

Eine Ausnahme zur Ersatzleistungspflicht findet sich im Steiermärkischen Behindertengesetz, wonach bei Hilfeleistungen nach dem Behindertengesetz (i.d.F. BHG) unterhaltspflichtige Angehörige grundsätzlich frei von dieser Verpflichtung sind, auch erfolgt durch den Sozialhilfeträger zu Lebzeiten kein Zugriff auf vorhandenes Vermögen.¹⁸

Subsidiaritätsprinzip, Sozial- und Gesundheitsausgaben, Strukturpläne

M. Kargl fasst zusammen, dass durch den Vorrang des Subsidiaritätsprinzips vor Ansprüchen gegenüber dem Staat Fürsorgeleistungen innerhalb des Systems der staatlich organisierten sozialen Sicherheit zu einer residualen Kategorie werden: Die Konzeption von Fürsorgeleistungen als Abdeckung für ausfallende subsidiäre Hilfe findet demgemäß ihren Niederschlag in der Zusammensetzung des österreichischen Sozialleistungsvolumens, wo Fürsorgeleistungen nur 2,2% am gesamten Volumen ausmachen.¹⁹

Der Verlust oder schon eine eklatante Verschlechterung der Bereitschaft zur Übernahme von Pflegearbeit durch Angehörige könnte somit zur Eskalation der Ausgaben im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem führen.

Eine Studie der Bundesgesundheitsagentur (ÖBIG) verweist auf die Wichtigkeit von Veränderungen hin zum Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, deren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung durch den erforderlichen großen Untersuchungszeithorizont schwer abzubilden sind. Die Formulierung von Bundesgesundheitszielen auf Basis epidemiologischer Analysen sowie die Erarbeitung des ÖSGs (Österreichischen Strukturplan Gesundheit) und RSG (Regionaler Strukturpläne Gesundheit) unter Berücksichtigung epidemiologischer regionaler Unterschiede kommt besondere Bedeutung zu.²⁰

4.1 Ausgangssituation

Überalterung, Abwanderung, Arbeit, Familie und Pflege

In den östlichen Bundesländern ist die Überalterung der Bevölkerung ausgeprägter, als im Westen Österreichs. Diese Situation verschärft sich insbesondere, da auch die niedrige Einkommensstruktur der Bevölkerungsüberalterung folgt. So finden sich in besonders einkommensschwachen Gebieten gehäuft ältere und pflegebedürftige Menschen. Das Zusammentreffen dieser beiden Indikatoren fordert Maßnahmen, die es Angehörigen ermöglicht aus biopsychosozialer Sicht ein würdiges Altern einzelner Familienmitglieder im engsten Familienkreis zu ermöglichen und die Abwanderung der erwerbstätigen Bevölkerung in einkommensattraktivere Regionen zu verringern.

Pflegende Angehörige befinden sich in einer besonderen Lebenssituation, in der sie Sorgeverpflichtungen ihnen nahestehender Personen mit körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung übernehmen, - sei es aus entstandener Abhängigkeit, eingespielter Rollenverteilung oder dem Wunsch zu helfen.²¹

Es wird postuliert, dass die Bereitschaft und Möglichkeit Betreuungs-und/oder Pflegearbeit zu übernehmen sinken wird.²²

F. Höpflinger hingegen konnte in seiner Studie zu intergenerationeller familialer Pflege keine sinkende Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeverantwortung festmachen, er verweist sogar auf einen starken Konsens darüber, dass Kinder ihren alternden Eltern gegenüber Verpflichtungen anerkennen. Mehrheitlich wurde jedoch angeführt, dass die Eltern die erbrachten Hilfeleistungen zu wenig zu schätzen wüssten und Kinder heute eher ihre Ambivalenzen gegenüber intergenerationellen Verpflichtungen artikulieren.²³ Vor allem Angehörige, die in den Arbeitsprozess integriert sind, zusätzlich zur Haushaltsführung noch Kinderbetreuungsverantwortung tragen und dadurch ohnehin sehr belastet sind, können nur in beschränktem Umfang noch zusätzliche Betreuungs-/Pflegeleistungen erbringen.

Durch den Anstieg an berufstätigen Frauen,^{24, 25, 26} die nach wie vor - insbesondere ab dem mittleren Lebensalter - als Hauptakteure mit häuslicher Pflege konfrontiert sind sowie den geänderten Lebenssituationen im Zusammenleben, dem Geburtenrückgang, der steigenden Anzahl kinderloser Personen und der damit einhergehenden sinkenden Belastbarkeit familiärer Netzwerke, gewinnt die Förderung der Betreuung und Pflege innerhalb der Familie zunehmend an Bedeutung.

Der Verdienst um diese unbezahlten Leistungen von pflegenden Angehörigen kann als privater Beitrag zur Finanzierung von Pflege betrachtet werden, deren volkswirtschaftlicher Wert nur vage monetarisiert werden kann. Dabei sind entgangene

Karrieremöglichkeiten, Einkommenseinbußen, Anpassungen im Freizeitverhalten etc. ebenso als ‚versteckte‘ Finanzierungsbeiträge zu benennen.²⁷

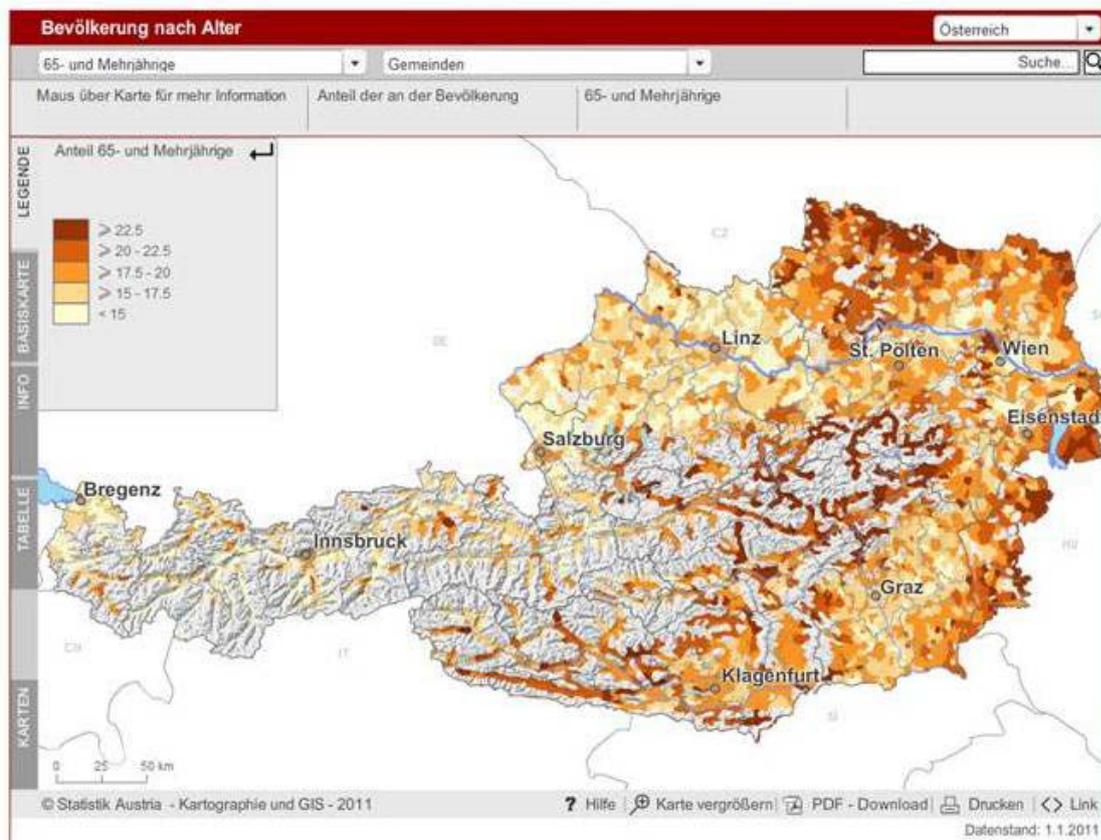


Abbildung 2) Ost-West Gefälle: Altersstruktur der Bevölkerung²⁸

Finanzierung, Vernetzung, Föderalismus, Demografie

Schon früh zeigt G. Hartinger auf, dass der extramurale Bereich nach wie vor unterdimensioniert und zu wenig patienten- und kundenorientiert ausgerichtet ist sowie dass eine Kooperation, Integration und Vernetzung mit dem intramuralen Bereich weitgehend fehlt. Durch die Budgetdeckelung der Sozialversicherungsträger im Krankenanstaltenfinanzierungssystem fehlt es daneben an einem gesamthaften Anreiz im extramuralen Bereich am Beispiel der Primärversorgung und der niedergelassenen Ärzte. Viel mehr gibt es auf diesem Zweig einen Abgrenzungskampf der Zuständigkeiten und der Finanzierung, wobei der Patient, aber auch die Gesundheitsökonomie, nach Ansicht des Autors, auf der Strecke bleibt. Zudem bringt es die föderale Struktur der österreichischen Rechtsordnung und eine historisch gewachsene kompetenzrechtliche Finanzierungsverantwortlichkeit des Bundes mit sich, dass im Wesentlichen die Sozialversicherung und der Bund für die Pflege im Zusammenhang mit der

Krankenbehandlung zuständig sind, jedoch die ‚reine‘ Pflege sich in der Verantwortlichkeit der Länder und Gemeinden befindet.²⁹

Somit gibt es bundesweit unterschiedliche landesgesetzliche Regelungen.

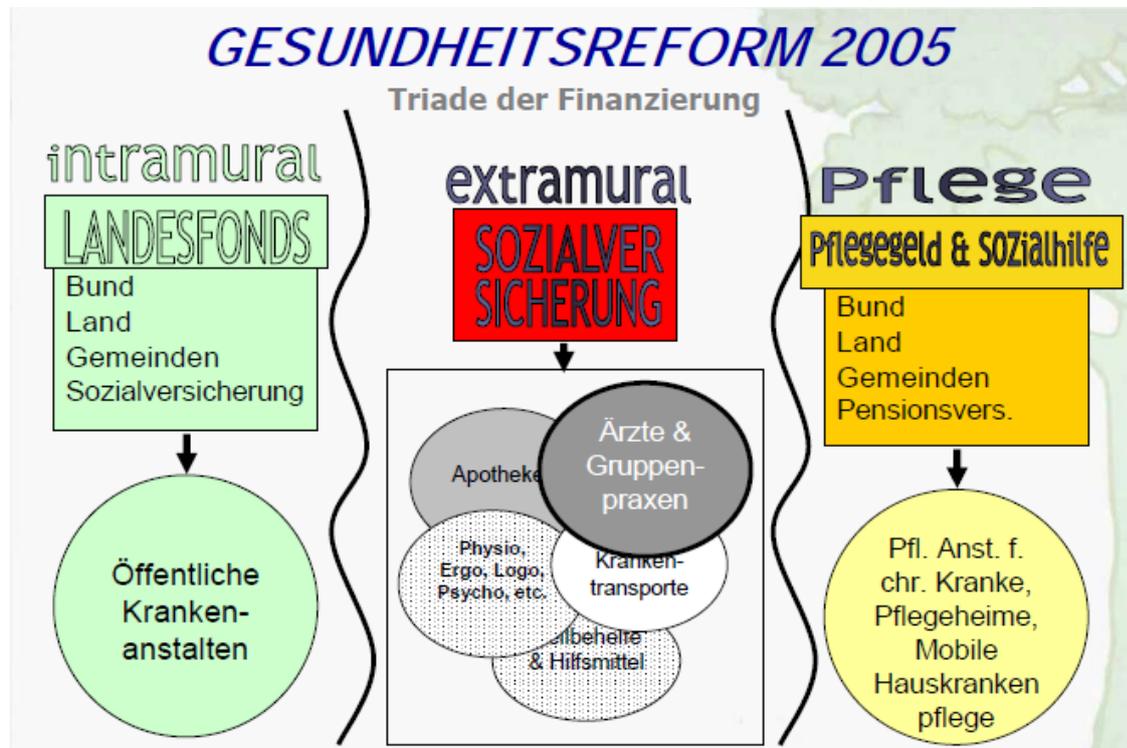


Abbildung 3) Triade der Finanzierung nach G. Hartinger und ÖBIG³⁰

Extamurale Betreuung/Pflege, Finanzierung

Die Triade der Finanzierung bildet die extramurale Betreuung/Pflege (in der Abbildung als Mobile Hauskrankenpflege bezeichnet) als Teil des letzten Gliedes in der Versorgungskette ab, für den Hilfesuchende einen KlientInnenbetrag in Abhängigkeit zum Leistungserbringer und -ausmaß zu bezahlen haben. Mit Ausnahme eines Zuschusses für Krankenhaus ersetzende Pflege über einen kurzen Zeitraum gewährt die Sozialversicherung im Segment der extramuralen Versorgung nur Kostendeckung für Heilbehelfe, Hilfsmittel und Medikamente mit entsprechendem Selbstbehalt und ärztliche Leistungen je nach Krankenkasse mit oder ohne Selbstkostenanteil. Pflegegeld (Vgl. Punkt 4.2, Abs. 2) und Sozialhilfe bestimmen das staatliche Leistungsangebot, wobei das derzeitige Sozialhilferecht in Österreich im Wesentlichen auf dem Kompetenztatbestand ‚Armenwesen‘ nach Art. 12 Abs. 1 Z. 1 (i.V.m. Art. 15 Abs.6) B-VG sowie der subsidiären Generalkompetenz der Länder nach Art. 15 Abs. 1 B-VG basieren.³¹

Die Beteiligung der Länder und Gemeinden ist wie folgt im Finanz-Verfassungsgesetz (i.d.F. F-VG) in § 3 Abs. 2 geregelt:³²

„§ 3 (2) Die Länder sind berechtigt, durch Landesgesetz von den Gemeinden oder gegebenenfalls den Gemeindeverbänden eine Umlage zu erheben. Durch Bundesgesetz kann ein Höchstausmaß der Landesumlage festgesetzt werden. Soweit Gemeindeverbände am Tage des Inkrafttretens dieses Bundesverfassungsgesetzes bestehen, regelt die Landesgesetzgebung die Umlegung ihres Bedarfes.“

Sozialhilfeausgabenverteilung, Einsparungspotenzial

Auf Grund der föderalistischen Struktur Österreichs sind die Sozialhilfeausgaben bundeslandabhängig prozentuell unterschiedlich aufgeteilt wie am Beispiel einer Gegenüberstellung dieser Verteilung der Bundesländer Niederösterreich und Oberösterreich dargestellt:

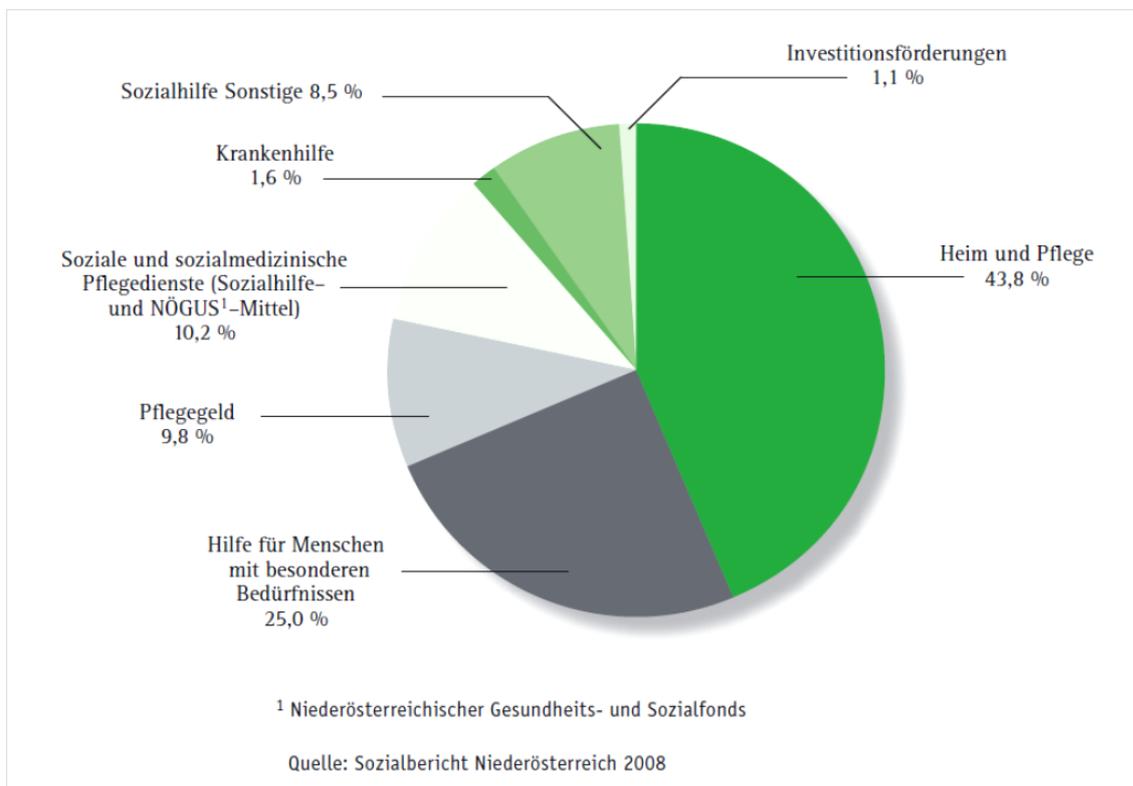


Abb. 4) Prozentuelle Verteilung der Sozialhilfeausgaben im Jahr 2008 in Niederösterreich³³

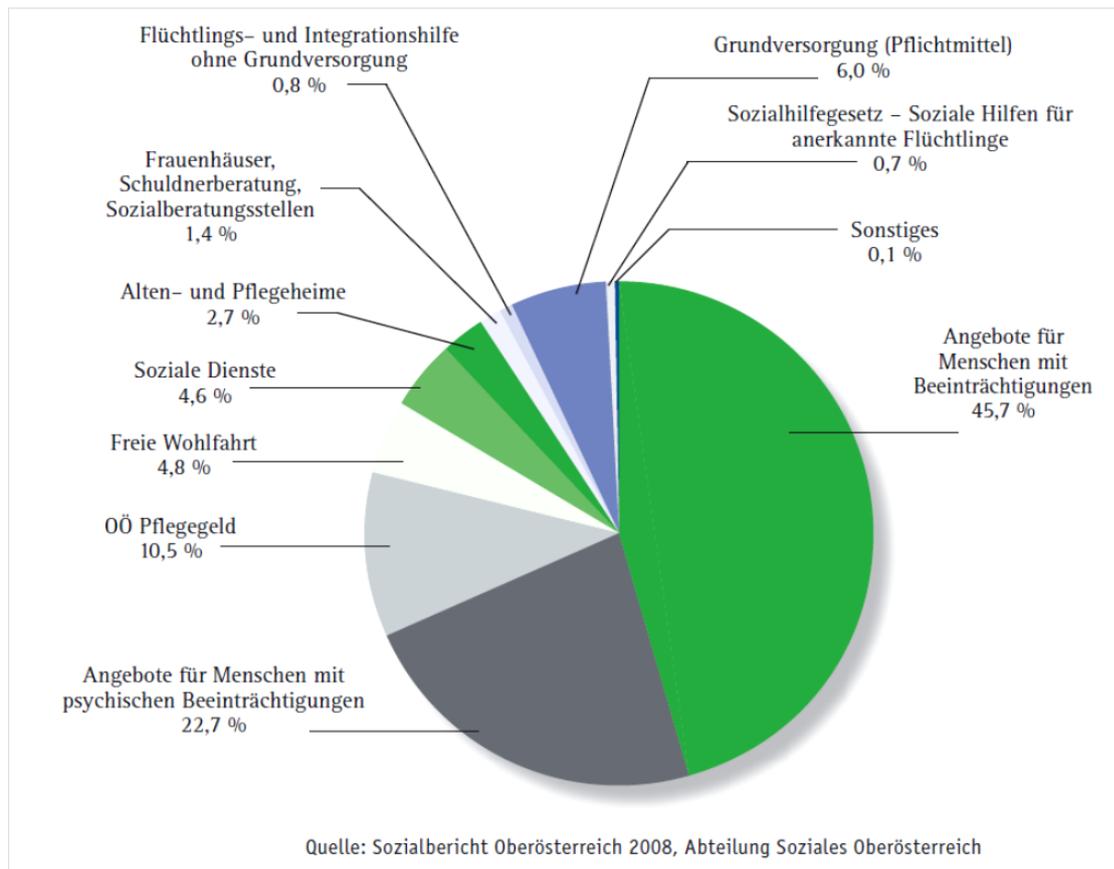


Abb. 5) Prozentuelle Verteilung der Sozialhilfeausgaben im Jahr 2008 in Oberösterreich³⁴

Besonders auffallend sind die markanten Unterschiede im Ausgabenbereich von Alten- und Pflegeheimen und bei den Angeboten für Menschen mit Behinderung/speziellen Bedürfnissen, geringere Abweichungen finden sich bei den Sozialen Diensten.

Nach Anordnung durch den Hausarzt gewährt die Sozialversicherung im extramuralen Pflegebereich für kurze Zeit einen Zuschuss für Krankenhausersatzpflege.

Die Industriellenvereinigung legt dar, dass zwar Einsparungspotenzial im Bereich der Spitalseinweisungsraten vorhanden ist, es jedoch für die Sozialversicherung keine großen Anreize gibt, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu fördern. Eine Umschichtung würde mangels Deckelung der Kosten im niedergelassenen Bereich Mehrkosten für die Sozialversicherungen bedeuten.³⁵

Prognosen, Demografie

Prognosen im Hinblick auf die demografische Bevölkerungsentwicklung zeigen in weiterer Folge einen drastischen Anstieg der Anteile betreuungsbedürftiger älterer Menschen. Das steigende Alter der Eltern bei Erst – und Folgegeburten wie auch die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen, der Rückgang geburtenstarker Jahrgänge u.v.m. tragen

dazu bei, dass die Vereinbarkeit von informeller Pflege älterer Angehöriger und beruflicher Tätigkeit zusehends an Bedeutung gewinnt.³⁶

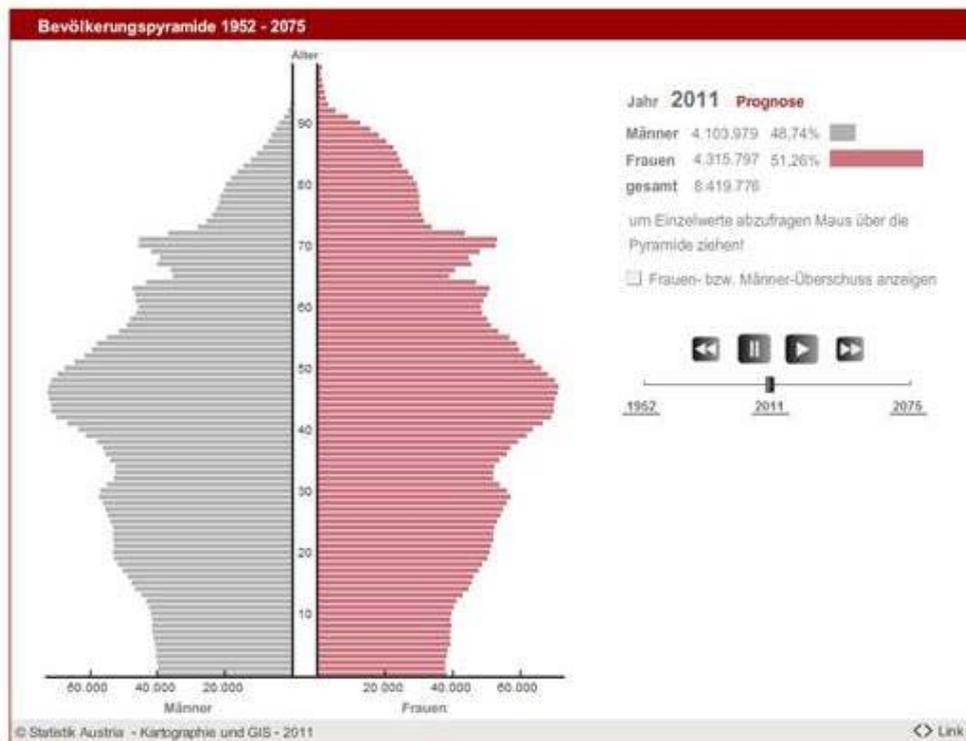


Abbildung 6) Bevölkerungspyramide 2011³⁷

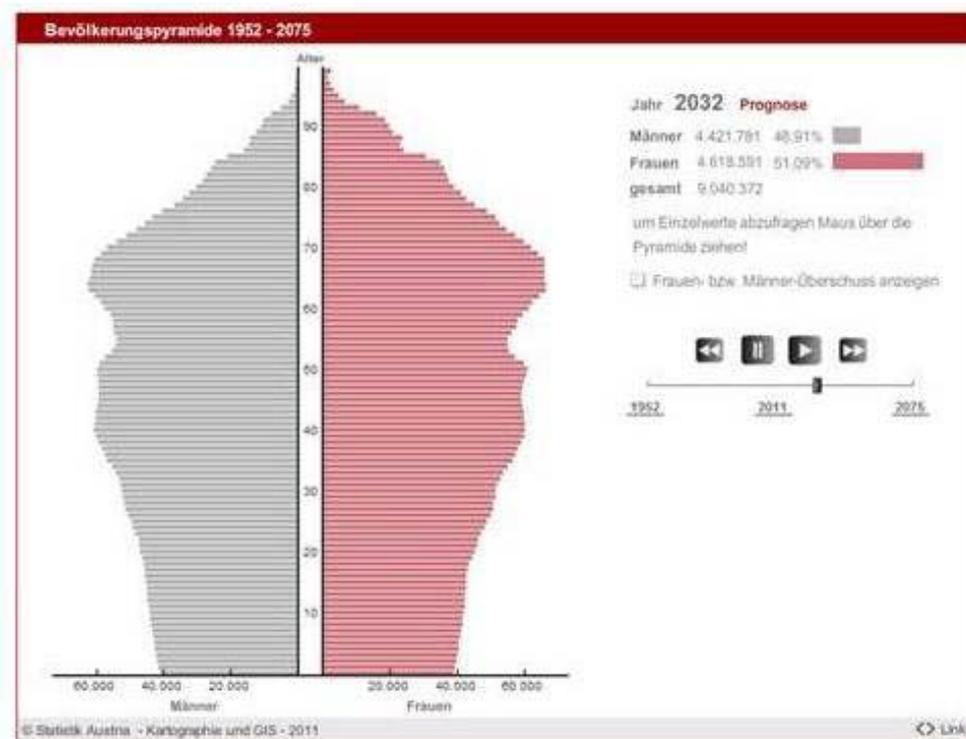


Abbildung 7) Bevölkerungspyramide 2032³⁸

4.2 Problemstellung

Sozialstaatliches Angebot, Bedarfsplanung, Transparenz, Trägervereine

Auf Grund der aktuell geringeren Wirtschaftsleistung ist eine Reduktion des sozialstaatlichen Angebots zu erwarten, welche bereits teilweise erfolgt. Im Bereich der häuslichen Betreuung/Pflege werden Leistungen zum Teil aus dem Sozialhilfeverbandsbudget erbracht, welches durch Berechnung der Sozialhilfeumlage – in der Steiermark gemäß § 21 Abs. 15 Sozialhilfegesetz - in Abhängigkeit von Parametern zum Gesamtsteueraufkommen des Sozialhilfeverbandes, des Aufwands des Sozialhilfeverbandes und dem Steueraufkommen der jeweiligen Gemeinde steht.^{39, 40}

Bundespflegegeld⁴¹ wird bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen wie körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder einer Sinnesbehinderung gewährt, die einen Pflegebedarf im Ausmaß von mehr als 50 Stunden pro Monat ergibt. Dieser voraussichtliche Pflegebedarf muss für einen Mindestzeitraum von sechs Monaten gegeben sein, - als gesetzliche Grundlage dient das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) 1993, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl I 58/2011.⁴² Die bedarfsabhängige Pflegevorsorge wird in Österreich fast zur Gänze aus dem Bundesbudget finanziert.⁴³

Mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 wurde die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz von den Ländern (Landespflegegeld) auf den Bund übertragen und damit das Pflegegeld beim Bund konzentriert. Mit Wirkung vom 1. Jänner 2012 ist das Pflegegeldreformgesetz in Kraft getreten.

Die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeverantwortung muss bestmöglich gefördert und unterstützt werden. Fünf große Trägerorganisationen (Rotes Kreuz, Diakonie, Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe Österreich) haben sich im Bereich Gesundheits- und Sozialdienste zur Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Freie Wohlfahrt“ zusammengeschlossen. Durch die fehlende Vernetzung von intra- und extramuralem Bereich sowie der mangelnden Offenlegung bzw. Vergleichbarkeit von Beschäftigungszahlen, des Personalschlüssels der einzelnen Trägerorganisationen im Bereich des extramuralen Leistungsangebots, ist eine bedarfsgerechte Planung auf diesem Sektor nur eingeschränkt möglich.

Der Zugang zu ambulanter und stationärer Versorgung wird in Österreich als sehr gut eingestuft.⁴⁴ Bei der Leistbarkeit von Pflegeheimen hingegen werden die ÖsterreicherInnen im Vergleich zu den übrigen EU-Ländern finanziell stärker belastet.⁴⁵

Weiters mangelt es an einem zielgerichteten Anreizsystem für pflegende Angehörige, sich um die Betreuung und Pflege ihrer Anvertrauten zu bemühen (finanzielle Abgeltung erbrachter Arbeitsleistungen, Entgang von Karriereemöglichkeiten, ausreichende entlastende Angebote, Anpassungen im Freizeitverhalten, Arbeitsplatzgarantie nach

Hospizkarenz über das derzeit bestehende Ausmaß,...), so muss festgehalten werden, dass ungenügende psychische und physische, aber auch finanzielle Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen.^{46, 47}

Bereits 2008 wurde in der ÖKSA-Jahreskonferenz (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit) festgehalten, dass Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger zwar auf den ersten Blick die Kosten der Pflegesicherung erhöhen, aber entscheidend dazu beitragen, dass informelle Pflege möglich ist und durch diese privaten Leistungen die Finanzierung der Pflege auch künftig gesichert werden kann.⁴⁸

Rückzug des Staates, Leistungsverlagerung, Eigenverantwortung

Aus der Verlagerung von Leistungen in den informellen Bereich resultiert oftmals ein Rückzug des Staates aus seiner sozialen Leistungsverantwortung.⁴⁹

Die Rolle pflegender Angehöriger wird künftig – wie in Punkt 4.2 Abs. 4 bereits ausgeführt - einen noch größeren Stellenwert im Konzept der Absicherung von familiärer Betreuung und Pflege erhalten, insbesondere, da auf Grund der aktuellen Wirtschaftsprognosen -mit Verweis auf Punkt 4.2 Abs. 1 - rückläufige Einnahmen für den Staatshaushalt zu erwarten sind. Umso wichtiger wird es sein, beste Voraussetzungen für die Übernahme dieser verantwortungsvollen und belastenden Aufgabe zu schaffen, um diese Personengruppe vor physischer, psychischer und sozioökonomischer Überforderung zu bewahren.

Bereits 2004 wurde am Institut für interdisziplinäre Nonprofit Forschung der Wirtschaftsuniversität Wien eine Projektarbeit zu Bedeutung, Rahmenbedingungen und Perspektiven im sozialen Dienstleistungsbereich von Nonprofit Organisationen durchgeführt. Folgende Ansatzpunkte für pro-aktive Strategien auf sozialpolitischer Ebene wurden gefunden:

- *„Forcierung von vorsorgebewusstem Verhalten in der Bevölkerung,...*
- *Forcierung von gesundheitsbewusstem Verhalten in der Bevölkerung zur Reduktion chronischer Krankheiten*
- *Stärkung des informellen Pflegenetzes,...*
- *Entwicklung und Einsatz professioneller Leistungsmesssysteme“⁵⁰*

Thönnessen hingegen weist auf eine problematische Entwicklung im Erreichen ‚guter Gesundheit‘ hin, indem er auf einen Gesundheitsdiskurs aufmerksam macht, der in seiner aktuellen Ausprägung dieses Ziel nachdrücklich in die Verantwortung des Einzelnen legt. Dem zur Folge kann eine Person zum ‚Opfer‘ ihrer schlechten Gesundheit werden und ist gleichzeitig die Einheit, die für diesen Zustand verantwortlich ist.⁵¹

Ohne entsprechende Rahmenbedingungen wird es jedoch schwer möglich sein, eine belastende Pflegesituation ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu durchleben.

Mehrfachbelastungen, Familienstruktur, Arbeit und Pflege

Zusatzbelastungen (Beruf, Familie, Pflege, Arbeitsplatz, Pflegeregress,...) sowie geänderte Familienstrukturen und Wohnverhältnisse verstärken die Pflegeproblematik wie in Punkt 4.1 bereits näher erläutert.

Nach Erhebungen von Statistik Austria⁵² aus dem Jahr 2010 lebt die österreichische Bevölkerung in 3,6 Mio. Haushalten, nur ca. 100.000 Personen wohnen in rund 3.000 Anstalten und Gemeinschaftsunterkünften (überwiegend in PensionistInnenheimen). 1,3 Mio. Haushalte, das entspricht 16% der Gesamtbevölkerung, sind Einpersonenhaushalte, in denen vorwiegend ältere Frauen nach dem Tod ihres Ehepartners allein leben. Es gibt 2,3 Mio. Haushalte mit mehr als einer Person, diese Familien bestehen aus verheirateten oder unverheirateten Paaren mit und ohne Kinder sowie Ein-Eltern-Familien mit ihren Kindern, sofern sie in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Eine Wiener Studie zur informellen Pflege (VIC2008)⁵³ hat zwei für Arbeitgeber interessante Verhaltensdimensionen untersucht, die einerseits das Augenmerk auf produktivitätsrelevante Probleme am Arbeitsplatz legt, andererseits das Fluktuationsverhalten von ArbeitnehmerInnen mit und ohne informelle Pflegeverpflichtung im Kontext mit der Wahrscheinlichkeit von Berufsausstieg und Arbeitsplatzwechsel beleuchtet. Das Ergebnis zeigt, dass ein zu hohes Maß an pflegerischer Tätigkeit sich negativ auf die pflegende Person auswirkt. Die Möglichkeit zu ausreichender Erholung und ein hohes Maß an Arbeitsplatzsicherheit mindern zudem die negativen Effekte durch die Pflegetätigkeit auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz.

Genderproblematik, soziale Schieflage

Die Autoren der VIC2008-Studie stellen fest, dass eine sozioökonomische Schlechterstellung die Wahrscheinlichkeit erhöht, später einmal neben dem Erwerbsleben nahe stehende Personen zu betreuen und gehen in ihrer Darstellung mit Erkenntnissen aus der Literatur konform, die zeigen, dass mit höherem Einkommen eher Geld, als Zeittransfer, zugunsten der betreuten Personen geleistet wird (Couch/Daly et al. 1999;⁵⁴ Sarkisian/Gerstel 2004⁵⁵). Als Fazit wird festgehalten, dass informelle Pflege und Beruf nicht nur ein Vereinbarkeitsproblem der bekannten bedeutenden Genderdimension, sondern auch eine markante soziale Schieflage aufweisen.

Ost-West-Gefälle, Pflegekosten, intrafamiliärer Einkommenstransfer

Ein Ost-West-Gefälle in der Altersverteilung der Bevölkerung und Einkommensunterschiede, die diesem Bild folgen, sind offenkundig (Abb. 2, S. 19).

Die Abgeltung von Pflege durch die Sozialversicherung endet mit der Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach einem akutgeriatrischen Remobilisationsaufenthalt. Es besteht kein Interesse von Seiten der Sozialversicherung am Ausbau des niedergelassenen Bereichs, für die häusliche Pflege gewährt sie nur für einen sehr kurzen Zeitraum im Rahmen der Krankenhaus ersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege einen Zuschuss zum KlientInnenbeitrag.

Durch den intrafamiliären Einkommenstransfer werden pflegende Angehörige zusätzlich belastet. So dokumentiert M. Kargl, dass erst dort, wo eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) und eigene Kräfte (Arbeitskraft) sowie der Familienverband die Notsituation nicht mehr eigenständig bewältigen können, die private Aufgabe öffentlich wird und der Sozialstaat soziale Rechte gewährt.⁵⁶

Weiters ist festzuhalten, dass die meisten Leistungsangebote nur indirekt pflegenden Angehörigen zu Gute kommen, da diese vorrangig dem/der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen – wie in Punkt 5 konkretisiert - gewährt werden.

4.2.1 Bedarfsdiagnose

Reformen, Professionen, Interessen

Es wird versucht das österreichische Sozial- & Gesundheitssystem in unterschiedlichen Gremien durch BeraterInnen, Funktionäre sowie ExpertInnen zu reformieren bzw. zu optimieren. Unbestritten ist, dass alle Akteure Interessen vertreten. Die Gewichtung und einseitige Verteilung von Interessensvertretungen bedarf jedoch genauerer Betrachtung.

Im Vordergrund von Studien zur Entwicklung des extramuralen Bereichs stehen Zahlen zum Pflegesektor, die meist den reinen Betreuungsaufwand nicht ausreichend mitefassen. Pflege ist kein Kontinuum, betreuungs- & pflegebedürftige Menschen benötigen im Laufe des Tages ebenso soziale Zuwendung, einfache Hilfestellungen, Mobilisation, etc., die durchaus qualifiziert von unterschiedlichen Berufsgruppen geleistet werden können. Unter dem Begriff ‚Pflege‘ werden oftmals weitläufige Aktivitäten im häuslichen Bereich subsummiert und mit berufsständischen Verteilungskämpfen agiert.

Bedarfseinschätzung, Pflegekosten, Gesundheitsberichterstattung

Durch eine von ExpertInnen durchgeführte Bedarfseinschätzung resultiert eine bedürfnisgerechte Sozialplanung zur Befriedigung von Bedürfnissen, deren Bedarfsdeckung auf politischer Handlungsebene ausverhandelt wird.⁵⁷

Standespolitische Aktivitäten sind durchaus geeignet politische Entscheidungsfindungen zu beeinflussen.

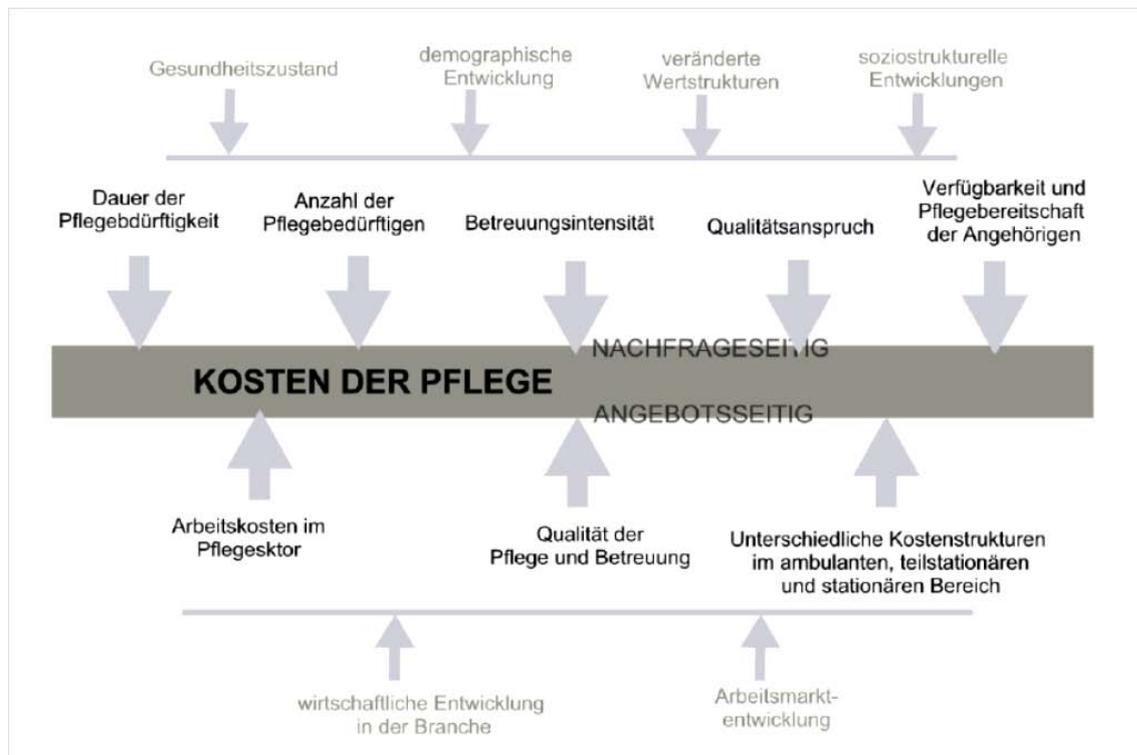


Abb. 8) Strukturen und Einflussfaktoren auf die Kosten der Pflege⁵⁸

Im Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen wird - speziell für Angehörige dementiell erkrankter Personen - die Wichtigkeit einer entsprechenden gerontopsychiatrischen Unterstützung, Beratung und Begleitung dargelegt, die den Umgang mit den Betreuungs- und Pflegeherausforderungen lehren soll, um ein Ausbrennen dieser Personen zu verhindern. Gleichzeitig ist die Sinnhaftigkeit einer finanziellen Abgeltung in Form von Bezahlung in Verbindung mit einer sozialversicherungsrechtlichen Absicherung für betreuende Angehörige festgehalten.⁵⁹

Die standardisierte Erstellung regelmäßiger österreichweit vergleichbarer Gesundheitsberichte und regionaler Bedarfs- und Entwicklungspläne ist für die Optimierung des bestehenden Leistungsangebots unerlässlich (Vgl. dazu Punkt 4 letzter Absatz).

H. Noack macht auf die Notwendigkeit von Governance and Capacity Building in Public Health aufmerksam. Seiner Expertise folgend sind kontinuierliche Anstrengungen und

Aufwendungen notwendig, um effektive Regelungs- bzw. Steuerungsstrukturen für eine bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Primärprävention zu generieren.⁶⁰

4.2.2 Bedürfnisdiagnose

Belastungsempfinden, Erfassungsmethode, Psychosomatik

Erhebungen zu den Bedürfnissen von Menschen zielen meist auf die Abbildung der Lebenszufriedenheit ab, eher selten werden Belastungszustände erfasst. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Befragung bildet das Ausmaß der aktuell erlebten Belastung von pflegenden Angehörigen trotz Inanspruchnahme eines modernen und hoch professionellen Remobilisations – und akutergeriatrischen Unterstützungsangebotes der Albert Schweitzer Klinik I ab. Durch die Verwendung eines standardisierten Fragebogens kann eine Aussage zum Risiko für psychosomatische Beschwerden in 3 Graden bei a) Angehörigen von an Demenzerkrankten und b) jenen ohne Demenz als Pflegeursache getätigt werden.

Die Befragung schafft einen schnellen Überblick, wo Hilfe ansetzen sollte (Einzelwerte der Fragen), gibt aber auch Auskunft über die Dringlichkeit des Entlastungsbedarfs (Summenwert). Der Summenwert bildet das Maß für das individuelle Risiko der familiären Pflegeperson an psychosomatischen körperlichen Beschwerden zu leiden ab, die in Zusammenhang mit der Pflegesituation entstanden sind wie körperliche Erschöpfung, Gelenks- und Rückenschmerzen sowie Magenbeschwerden. Der Fragebogen wurde um Zusatzfragen zur Berufstätigkeit, zum Gefühl der Pflegehauptverantwortlichkeit, zu früherer Pflegeerfahrung, Bildungsgrad, Spiritualität und zur Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen erweitert.

Eine fundierte und standardisierte Bedürfnisdiagnose kann - außer zur individuellen Stuserhebung - als Prozessevaluation bestehender Leistungsangebote genutzt werden und zur Optimierung und Effizienzsteigerung dieser beitragen.

5 Belastungsfaktoren für pflegende Angehörige

5.1 Determinanten und Einflussfaktoren

Begriffserklärung: R. M. Steinman fasst die Definition der Determinanten von Gesundheit (und Krankheit) sowie die Kenntnis der positiven und negativen Einflussfaktoren als zentrale für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention erforderliche Elemente zusammen. Er stellt Determinanten als Faktoren dar, die einen nachweisbaren Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben. Wirkungsvolle Interventionen basieren seiner Meinung nach auf der Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Determinanten und Risiko- sowie Schutzfaktoren. Sie zielen auf eine Minimierung der Risikofaktoren als Ansatz der Prävention und/oder die Verstärkung von Schutzfaktoren oder Ressourcen als Ansatz der Gesundheitsförderung ab.⁶¹

Die Benennung von Determinanten und Einflussfaktoren sind im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit betreuender/pflegender Angehöriger wichtig, diese werden kurz skizziert, der Arbeitsumfang erlaubt jedoch keine vertiefende Darstellung.

Der Mensch Interaktion, Interdependenz	Gesundheitsdeterminanten	Einflussfaktoren	
			Alter, Geschlecht, Erbanlagen
	Lebensweise		Beziehungen, Sexualität, Stress, Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung, Tabak, Alkohol), Schlafverhalten, Copingverhalten
	Soziale Netze		Soziale Unterstützung, soziale Netzwerke, Familie, Ethnizität, Peergroup
	Lebensbedingungen		Bildung, Einkommen, persönliches Umfeld, Beschäftigung / Arbeitslosigkeit, Freizeit, Infrastruktur, Gesundheitsdienste, soziale Einbettung, Wohnraumverhältnisse
	Politiken, Strategien		Finanzielle Zusatzbelastungen durch Selbstbehalte (Heilbehelfe, Hilfsmittel, OTCs, ...), Pflegeregress, Arbeitsmarkt, Lebensstandard

Tabelle 1) Modell nach Dahlgren & Whitehead (1991)⁶² – adaptiert für die vorliegende Arbeit

Alter, Geschlecht und Erbanlagen

Die in früheren Lebensphasen ererbte oder erworbene Anhäufung von biologischen Ressourcen, welche den aktuellen Funktions- und Gesundheitsstatus determinieren, wird als Gesundheitskapital (körperliche Konstitution) verstanden. Dies schließt nach Siegrist und Marmot⁶³ ebenso die Widerstandskraft (Resilienz) gegenüber möglichen, ggf. zukünftig wirkenden Umweltstressoren mit ein. In diesem Zusammenhang wird der Begriff Gesundheitspotential als Chance verstanden sein Leben zu bewahren, optimal zu funktionieren im Sinne der Aufrechterhaltung oder Verbesserung von positiven gesundheitsbezogenen Eigenschaften, negative Eigenschaften aber überwinden oder vermindern zu können. Die Autoren fassen zusammen, dass belastende sozio-emotionale Erfahrungen von Kindheit an die spätere subjektive Gesundheit reduzieren und die Stressanfälligkeit erhöhen. Zusätzlich wird auf den starken Einfluss von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen – insbesondere in Abhängigkeit vom Zeitpunkt im Lebenslauf und Dauer kritischer Perioden - hingewiesen.

Auf die geschlechterspezifische und soziale Schieflage pflegender Angehöriger wurde bereits in der Beschreibung der Ausgangssituation hingewiesen.

Lebensweise

Eine gesunde Lebensweise trägt zum Wohlbefinden bei. Dieser Terminus ist schwer abzugrenzen und umfasst beispielhaft die Bereiche der gesunden und ausgewogenen Ernährung, Bewegung, Nikotinabusus, Alkoholkonsum, des psychischen Wohlbefindens und der seelischen Ausgeglichenheit sowie ausreichender Erholungszeiten nach Stresssituationen etc. und findet in unterschiedlichsten Lebenswelten statt, die ihrerseits wiederum Einfluss auf die Lebensweise nehmen.

Siegrist und Möller-Leimkühler⁶⁴ stellen fest, dass nachwievon von der Frau die Erfüllung der weiblichen Rolle hinsichtlich der alltäglichen Zuständigkeiten für Familie, Kindererziehung und Altenversorgung erwartet wird. Das Fehlen struktureller Entlastungsangebote wird in diesem Zusammenhang bemängelt.

Bildung und das Wissen um entsprechende Bewältigungsstrategien (Copingverhalten) in schwierigen Lebenssituationen und Beziehungen leisten ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zu einer gesunden Lebensweise.

Soziale Netze

Soziale Netzwerke können die Gesundheit fördern oder aber auch schädigen, je nachdem, wie ihre Strukturen, Qualitäten und Funktionen ausgeprägt sind, legen J. Siegrist und M. Marmon⁶⁵ dar. Weiters führen sie aus, dass im positiven Fall diese Netzwerke Chancen sozialen Rückhalts eröffnen und dessen günstigen Einfluss auf die

Gesundheit stärken, soziales Engagement fördern sowie Zugang zu Ressourcen und materiellen Gütern ermöglichen. Im negativen Fall erhöhen sie das Erkrankungsrisiko durch persönlichen Kontakt, vor allem im Bereich ansteckender Krankheiten.

Lebensbedingungen

B. Blättner und H. Waller⁶⁶ beschreiben Arbeit als ein grundlegendes soziales Bedürfnis, welche Voraussetzung für menschliche Existenz und gesellschaftliche Organisation ist. Sie prägt entscheidend die menschlichen Beziehungen untereinander wie auch die Persönlichkeitsentwicklung des Einzelnen. Nach Meinung der AutorInnen bilden sich über die gesellschaftliche Anerkennung von Arbeit individuelle Identität und Selbstwertgefühl, diese bedeutet aber auch ökonomische Sicherheit und die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung durch finanzielle Mittel. Sie ermöglicht Teilhabe an kulturellen Aktivitäten und Freizeitaktivitäten. Arbeit bedeutet Strukturierung des Tages und der Woche, Möglichkeiten zu sozialen Kontakten und zur Außenwelt. Nach Meinung der Verfasser haben alle genannten Merkmale entscheidende Einflüsse auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden.

Die Wichtigkeit von sozialen Beziehungen und Geborgenheit wurde bereits in Punkt 4 im Kontext mit der Situation von pflegenden Angehörigen in Österreich dargelegt.

Wohnverhältnisse haben nach Blättner & Haller⁶⁷ in vielfacher Hinsicht eine herausragende Bedeutung für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden. Die Wohnung als zentraler Ort für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und des Familienlebens sowie der Pflege gesellschaftlicher Kontakte sollte mit ausreichend Platz, Heizung, Balkon oder Garten, Bad, WC ausgestattet sein, muss leistbar sein, sich in angenehmer und sicherer Umgebung befinden. Die Nähe von Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Geschäften, öffentlichen Verkehrsmitteln etc. sollte gegeben sein.

Auf eine barrierefreie Bauweise sollte schon bei der Planung von Bauvorhaben geachtet werden, um in weiterer Folge Kosten für spätere altersgerechte Anpassungsarbeiten zu vermeiden (Badewannen, Duschen, Lift, Türbreite, etc.).

Politiken, Strategien

Gesundheits- & Sozialpolitik sind insbesondere im Bereich der extramuralen Pflegefinanzierung nicht von einander trennbare Einheiten.

Schwartz et al. sehen als Aufgabe der Gesundheitspolitik das Formulieren von Zielen, die politische Auseinandersetzung um diese, die Wahl der geeigneten Instrumente und Maßnahmen wie deren Anwendung und Überprüfung. Zur teils umstrittenen Zielformulierung wird für die Public Health Wissenschaft überwiegend die Position

vertreten, dass sich eine an inhaltlichen Zielen ausgerichtete, ergebnisorientierte Gesundheitspolitik als effektiver Weg darstellt, mit gegebenem Mitteleinsatz (Kapital, Personalressourcen) die Gesundheit einer Bevölkerung zu verbessern oder auf hohem Niveau zu halten.⁶⁸

Besonders im Bereich der extramuralen Betreuung/Pflege ist das Zusammenwirken aller Akteure erforderlich, um eine Verbesserung der aktuellen Lage herbeizuführen.

Gesundheitswissenschaften leisten nach Blättner & Waller einen entscheidenden Beitrag durch die Erkenntnis, dass Gesundheit primär in den Alltag hineinreicht und nicht im Gesundheitswesen ‚hergestellt‘ wird. So sind Politikfelder, die in den Alltag hineinreichen für Fragen der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung wichtige Einflussbereiche, wobei die politische Gestaltung der Gesundheitsversorgung einen zentralen Einfluss hat.⁶⁹

5.1.1 Verhaltensdiagnose

Betrachtet man die Ausgangssituation der betroffenen Personengruppe ergibt sich folgende Gliederung zur Erstellung einer Verhaltensdiagnose für pflegende Angehörige (beispielhaft, nicht taxativ):

Gesundheitliche Belastungen	Bewältigungsressourcen	Gesundheitsversorgung & Gesundheitspolitik
<ul style="list-style-type: none"> •Arbeitsplatzbelastung •Qualifikation/beruflicher Status •Alter (individuelle Konstitution) und soziales Geschlecht •familiäre Belastung •Pflege-/Betreuungstätigkeit •physische Belastung •finanzielle Belastung •mangelnde Erholungszeiten •übersteigertes Verantwortungsbewusstsein einzelner Angehöriger •Stress (psychisch, physisch, häufig auch finanziell) 	<ul style="list-style-type: none"> •persönliches Copingverhalten •Selbstwertgefühl •Autonomie und Anpassungsfähigkeit •soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie •Verständnis und Unterstützung durch den Arbeitgeber •Teilnahmemöglichkeit am gesellschaftlichen Leben •festgelegte Erholungszeiten zur Regeneration •Anreizsystem für die zu erbringende Pflegeleistung •Bildung und richtiger Einsatz des erworbenen Wissens 	<ul style="list-style-type: none"> •Gesundheitsförderung durch den Vertrauensarzt •Kommunikations- und Gesundheitsförderung (Isolationsprävention) sowie Informationen zum formellen als auch informellen Bereich •Kur- und Erholungsaufenthalte •finanzielle Förderungen für pflegende Angehörige •finanzielle Belastungen durch OTCs, Hilfsmittel, ... sowie sonstige Auslagen •Verteilung der Fürsorgepflicht/ Pflegeverantwortung •Wohnsituation •Zugang zu sozialen Diensten

Tabelle 2) Belastungs- und Bewältigungsunterschiede sowie Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung)

Gesundheitliche Belastungen

Arbeit und damit einhergehend Belastungsfaktoren lassen sich Gutzwiller & Paccaud entsprechend nach ihrer Ausführbarkeit, nach der Erträglichkeit, der Zumutbarkeit, nach den gesundheitserhaltenden und gesundheitsfördernden Faktoren und der Förderung der Persönlichkeit bewerten. Dabei spielen physikalische und psychosoziale Faktoren eine große Rolle. Zu den physikalischen Faktoren zählen repetitive Bewegungen, schwere Hebearbeiten, statische Haltung, Zwangshaltungen und Ganzkörper-Vibrationen; als psychosoziale Faktoren werden große Arbeitsbelastung, Zeitdruck, Monotonie, geringe Autonomie und Mangel an sozialer Unterstützung benannt.⁷⁰

Nach Rosenbrock und Michel weisen Angehörige von statusniedrigeren sozialen Schichten tendenziell mehr Belastungen auf, da sie beispielsweise häufiger psychosozialen Faktoren und Umweltfaktoren ausgesetzt sind. Sie zeigen überproportional häufiger gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen und verfügen zugleich über weniger Bewältigungsstrategien und –ressourcen als Angehörige statushöherer Sozialschichten.⁷¹

In diesem Kontext spielt – wie bereits in Punkt 4ff näher ausgeführt - das Alter, das soziale Geschlecht, die finanzielle und familiäre Zusatzbelastung der Betreuungs-/Pflegerpersonen sowie die individuelle Konstitution eine entscheidende Rolle.

Bewältigungsressourcen

Jeder Mensch verfügt über unterschiedliche Bewältigungsressourcen, wobei verschiedene Konzepte und Strategien behilflich sein können mit schwierigen Lebenssituationen besser zurecht zu kommen. B. Borrmann⁷² und H. Steinbach⁷³ fassen als eine dieser Möglichkeiten Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls als generalisiertes Bewältigungspotenzial (sense of coherence, i.d.F. SoC) zusammen, welches Menschen in die Lage versetzt, flexibel und situationsangepasst auf Krisen reagieren zu können. Dieses Gefühl erweist sich als wichtige, zugleich stabile und dynamische Grundorientierung, die sich in drei Komponenten untergliedern lässt:

1. Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Als kognitive Komponente dieser Grundorientierung können krisenhafte Ereignisse wie Tod, Krieg und Krankheit eingeordnet, erklärt, strukturiert und vorhergesagt werden. Die Existenz einer soliden Fähigkeit die Realität zu beurteilen ist gegeben.

2. Handhabbarkeit/Machbarkeit (sense of manageability)

Der Umgang mit Lebensereignissen wird als Erfahrung und Herausforderung angenommen, mit denen man auf irgendeine Weise zurecht zu kommen, oder

zumindest die Konsequenzen zu ertragen versucht. Bewältigungsressourcen für aus diesen Ereignissen resultierende Aufgaben sind verfügbar.

3. Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Die Anforderungen des Lebens werden als Herausforderung gesehen, für die sich Interventionen und Engagement lohnen. Als emotionale und motivationale Elemente des SoC ermöglichen diese Komponenten Copingmechanismen besser zu mobilisieren, was insbesondere dann gelingt, wenn das Leben als sinnvoll empfunden wird.

Die Vermittlung und Begleitung von guten Copingstrategien stellt für pflegende Angehörige eine wichtige Ressource dar, um die Pflegesituation möglichst gut zu durchleben und wird letztendlich zur Qualitätssteigerung der Pflegeleistung beitragen.

Gesundheitsversorgung & Gesundheitspolitik

Knappe zeitliche Ressourcen und das aktuelle Abrechnungssystem niedergelassener ÄrztInnen nach einem vorgegebenen Leistungskatalog lassen wenig Spielraum für gesundheitsfördernde Maßnahmen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit.

Im Masterplan Gesundheit wird ein notwendiger Paradigmenwechsel von der reinen Reparaturmedizin hin zur Gesundheitsförderung und Prävention als unbedingt notwendig erachtet. Um gesund zu bleiben wird zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz die Schaffung gesunder Lebenswelten und entsprechende Rahmenbedingungen für in Österreich lebende Menschen eingefordert.⁷⁴

Die Förderung der Kommunikation zwischen formellem und informellem Bereich sowie eine finanzielle Entlastung für Familien durch zusätzliche pflegerelevante Transferleistungen, aber auch Unterstützung bei der Übernahme von Pflegeverantwortung mit Fördermaßnahmen für ggf. erforderliche Umbaumaßnahmen und Vermittlung von Hilfsdiensten ist für betreuende/pflegende Angehörige in ausreichender Form sicherzustellen. Gut entwickelte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen auf kommunaler Ebene können zur Optimierung des bereits bestehenden Leistungsangebots und zur Weiterentwicklung effizienter sowie effektiver Alternativen genutzt werden.

5.1.2 Verhältnisdiagnose

Die Rahmenbedingungen für eine ausreichende Unterstützung pflegender Angehöriger bedürfen ständiger Anpassung an aktuelle Gegebenheiten (Arbeitsplatz, Einkommen, Familiensituation, Wohn- und Lebensraum,...). Selbstorganisierte Gruppen und Aktivitäten benötigen in diesem Kontext nach B. Hill eine Infrastruktur und fachkundige Begleitung, damit sie ihre Wirkung voll entfalten können. Ein kontinuierlicher Austausch

und Informationsfluss kann nur durch professionell abgesicherte Infrastruktur und Netzwerke gesichert werden.⁷⁵ R. Rosenbrock vertritt die Ansicht, dass ein großes Potenzial in der Verhältnisprävention liegt, bei der es darum geht, die Lebens- und Arbeitsbedingungen mit den Bedürfnissen der menschlichen Gesundheit in größere Übereinstimmung zu bringen.⁷⁶

Durch Schaffung optimaler Voraussetzungen sollten Zusatzbelastungen durch Betreuung/Pflege für Angehörige möglichst geringe Spuren in ihrem Gesundheitsverlauf hinterlassen.

6 Bestehendes Unterstützungsangebot unterschiedlicher Leistungserbringer

Unterscheidungen können zwischen formellen und informellen Anbietern getroffen werden, aber auch auf wen, wie lange und wie Unterstützungsangebote wirken. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass alle angebotenen Leistungen in Abhängigkeit zur Pflegebedürftigkeit der zu Betreuenden/Pflegenden stehen, die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen treten sekundär durch ihre neue Aufgabe zutage.

Dieser Ausgangssituation folgen somit viele Leistungen, so werden häufig Unterstützungen an zu Betreuende/Pflegende ausbezahlt, ob und wie viel die Pflegeperson aus dem Kreise der Angehörigen für ihre Leistungen tatsächlich erhält, obliegt innerfamiliärer Absprachen und Leistungsvereinbarungen.

Einmalige Zuwendungen werden oftmals ohne Rechtsanspruch gewährt, viele informelle Angebote sind auf Fördergelder angewiesen und kämpfen in wirtschaftlich schlechteren Zeiten, auch wenn sie noch so hilfreich sind, um ihr Bestehen. Informelle Dienste schließen häufig Lücken, die der formelle Bereich offen lässt.

Informelle Initiativen

Eine Vielzahl an ehrenamtlichen Initiativen unterschiedlichster Organisationen in verschiedenster Ausprägung ist vorhanden. Besonders wertvoll sind jene, die in den Alltag hineinreichen und vor Ort entlastend wirken. Beratung sowie Information (Bsp.

Pflegetelefon) sind ein guter Weg, um alle Anbieter zusammenzufassen und ermöglicht ein optimales regionales Versorgungskonzept zu erstellen.

Als positives Beispiel stellt das Netzwerk für alte Menschen im alpenländischen Raum NaMaR (der Caritas Salzburg, Caritas München-Freising, Caritas Tirol) pflegende Angehörige in den Mittelpunkt ihres ehrenamtlichen Engagements und leistet niedrigschwellige Begleitung für pflegende Angehörige. Sie qualifizieren Menschen zu BegleiterInnen von pflegenden Angehörigen/älteren Menschen, um diese zu stärken und bei Fragen, Problemen, aber auch bei Zweifel als GesprächspartnerInnen ehrenamtlich zur Verfügung zu stehen. Dieses Projekt wurde aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich und von der Europäischen Union mit Mitteln aus dem Europäischen Fond für Regionale Entwicklung EFRE (INTERREG) gefördert und leistet einen wertvollen Beitrag zum psychischen Wohlbefinden betreuender/pflegender Angehöriger.⁷⁷

Dieses Projekt zielt direkt auf die belastete Gruppe der betreuenden/pflegenden Angehörigen ab und wirkt in das problembehaftete Alltagsleben hinein.

Auf die Genderproblematik im Ehrenamt und damit auch auf die soziale Schieflage von Frauen sei hier ausdrücklich hingewiesen (Vgl. Punkt 4.2 VIC2008 Studie).

Leistungsangebot f. pflegende Angehörige und betreute Personen	Angehörigen orientiert	PatientInnen orientiert	Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen	Leistungsumfang	physische Entlastung	psychische Entlastung	sozioökonomische Entlastung		Ausnahmen
							ja	nein	
Familienhospizkarenz	X	X	X	temporär		*temporär		X	
Familienhospizkarenz-Härteausgleich	X	X	X	temporär		X	X		Einkommengrenze
Rundfunkgebührenbefreiung und Zuschuss zum Fernsprechtgelt		X	X	temporär			X		Einkommengrenze
Versicherungsmöglichkeiten bei Pflege naher Angehöriger	X		X	nach Bedarf		X		X	Berufstätigkeit
Antrag auf Rezeptgebührenbefreiung		X	X	temporär		X	X		Einkommengrenze
Bundespflegegeld/Landespflegegeld		X	X	nach Einstufung	X	X	X		zweckfremde Nutzung
24-Stunden Pflege	X	X	X	nach Bedarf	X	X		X	
**Sozialdienste	X	X		nach Bedarf	X	X		X	
Plattform für pflegende Angehörige	X	X		nach Bedarf		X		X	
Tagesklinik	X	X	X	nach Bedarf	X	X		X	Angebot?
Akutgeriatrie/Remobilisation		X	X	temporär	X	X		X	Angebot?
Ersatzpflege	X	X	X	temporär	X	X		X	Einkommengrenze
Dienstleistungsscheck	X	X		nach Bedarf	X	X		X	
Rufhilfe/Notruftelefon div. Anbieter		X		nach Bedarf		X		X	fehlendes regionales Angebot
Sozial-/Pflegetelefon	X	X		nach Bedarf		X			
Selbsthilfegruppen	X	X		je nach Angebot		X		X	fehlendes regionales Angebot
Unterstützungsfond für pflegende Angehörige	X		X	1x Zahlung freiwillige Leistung	X	X	X		fehlende Notlage
Unterstützungsfond der Sozialversicherungsträger		X	X	1x Zahlung freiwillige Leistung		X	X		fehlende Notlage

Tab. 3) Darstellung des Leistungsangebots mit Personenbezug, zeitlicher Eingrenzung, physischer, psychischer und ökonomischer Entlastungskomponente (eigene Darstellung, nicht taxativ, Kontaktdaten und Links unter Punkt 12.4)

* Der Kündigungsschutz für pflegende Angehörige endet 4 Wochen nach Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz

**Zu Sozialdiensten zählen Heimhilfen, Altenhilfe/Pflegehilfe, Familienhilfe, Hauskrankenpflege, Kurzzeitpflege, Psychosoziale Dienste, Alten- und Pflegeheime, Personenbetreuung, Besuchsdienst, organisierte Nachbarschaftshilfe, mobile therapeutische Dienste, Verleih von Pflegebehelfen, Essen auf Rädern, Reinigungsdienst, Reparaturdienst, Wäschepflegedienst, Fahrtendienste, Sterbebegleitung und mobile Hospizbetreuung, etc.

Das Österreichische Komitee für Sozialarbeit (ÖKSA) stellt in seiner Jahreskonferenz 2008 dar, dass rund 407.000 Frauen und Männer, somit ca. 5% der österreichischen Bevölkerung, Pflegegeld nach dem Bundes- oder einem Landespflegegeldgesetz beziehen.⁷⁸ Leistungen aus den Sozialhilfefonds für den Bereich der extramuralen Pflege sind in Punkt 6.1.1 Tabelle 4 bundeslandspezifisch aufgelistet.

Dem Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen aus dem Jahr 2011 ist zu entnehmen, dass die Öffentlichkeitsarbeit und der erreichte kontinuierliche Anstieg des Informationsstandes der Bevölkerung sowie die Verbesserung bei der Pflegegeldeinstufung von dementiell erkrankten Menschen, die Arbeit von Memory-Kliniken und speziell auf Demenz ausgerichtete Angebote der Langzeitbetreuung positiv bewertet werden.⁷⁹

H. Rothgang hingegen verweist auf den steigenden Bedarf an Leistungsansprüchen und befürchtet eine Erhöhung des Eigenfinanzierungsanteils für formale Pflegeleistungen, sollten öffentliche Ausgaben begrenzt werden. Daraus ergäbe sich eine Verschiebung in den informellen Pflegebereich, was zur rechtzeitigen Stützung der Familien führen müsse.⁸⁰

6.1.1 Finanzierung und Anbieter von formellen Betreuungs- und Pflegeleistungen im extramuralen Bereich

Trägerorganisationen und Berufsgruppen

Die extramurale Betreuung und Pflege wurde an fünf Trägerorganisationen vergeben und bietet ein sehr differenziertes Leistungsspektrum an. Das Angebot erstreckt sich von Pflegeleistungen durch diplomierte Pflegefachkräfte (i.d.F. DGPP), über die Berufsgruppe der Pflegehilfe (i.d.F. PH), FachsozialbetreuerIn Altenarbeit/ Pflegehilfe (i.d.F. FSBA/PH) bis hin zur Heimhilfe (i.d.F. HH). Volkshilfe, Caritas, Rotes Kreuz, Hilfswerk und Diakonie bieten in fast allen Bundesländern mobile Dienste an. Dieses formelle Netzwerk kann jedoch nur als Entlastungs- bzw. Unterstützungsangebot genutzt werden, denn die MitarbeiterInnen kommen - mit Ausnahme der 24-Stunden Pflege - nur für ein täglich begrenztes Stundenausmaß ins Haus.

Einen Überblick über soziale Pflege- und Betreuungsdienstleistungen der Bundesländer für das Jahr 2010 hat Statistik Austria erhoben, eine Auflistung ist im

Anhang 0 dieser Arbeit beigefügt. Zunehmend haben private Anbieter die Betreuung und Pflege älterer Mitmenschen als Markt entdeckt und stehen mit unterschiedlichsten Akteuren im Wettbewerb.

Finanzierung (Normkostensätze) am Beispiel der Steiermark

Die Finanzierung der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark erfolgt gemäß einer Normkostenfinanzierung:

Normkostensätze pro Einsatzstunde sind standardisierte Kosten für eine klar definierte Leistungseinheit = Vollkostenstunde (DGKPP € 69.35, FSBA/PH € 49.58, HH € 40.62).⁸¹ In den Förderungsrichtlinien § 4 Abs. 44 und 46 wurde die Verrechnung der direkten und indirekten Betreuungszeit geregelt (Personalkosten, Personalkosten der Einsatzleitung, Fahrtkosten, sonstige Kosten). Zusätzlich hat man einen Valorisierungsmechanismus für Normkosten entwickelt. Diese Wertsicherung betrifft die Personalkosten sowie die Personalkosten der Einsatzleitung und erfolgt durch Kollektivvertragsabschlüsse der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) für das jeweilige Jahr. Fahrtkosten und sonstige Kosten werden über den Durchschnitt des Verbraucherpreisindex 2005 (VPI 2005) für das jeweils vorangegangene Jahr valorisiert.

Finanzierungsteile

Die Finanzierungsteile⁸² setzen sich am Beispiel der Steiermark zusammen aus:

- 1) KlientInnenbeitrag (Selbstbehalt): Dieser ist sozial gestaffelt und wird aus dem Einkommen des/der Betroffenen und dem Einkommen des/der Ehepartner/in oder Lebenspartner/in (z.B. Pension, Ausgleichszulagen, Einkommen aus Liegenschaften) in Abhängigkeit vom beanspruchten Dienst bzw. vom Pflegegeldbezug berechnet.
- 2) Gemeindebeitrag: Die Zuzahlung der Wohnsitzgemeinde wird direkt an die tätige Trägerorganisation geleistet.
- 3) Landesbeitrag: Die Zuzahlung des Landesbeitrags erfolgt direkt an die betreuende Trägerorganisation.
(Bsp. für 2011: DGKPP: € 22.47, FSAB/PH: € 15.13, HH € 19.51)
- 4) Sozialversicherungsträgerbeitrag: Für Krankenhaus ersetzende medizinische Hauskrankenpflege werden von der Krankenkasse derzeit pro Hausbesuch € 6,90 vom Selbstbehalt übernommen. Eine Anordnung des Hausarztes sowie eine Genehmigung der Krankenkasse sind erforderlich.

Mobile Pflege- und Betreuungsdienste Dienstleistungsstatistik Betreute Personen 2010		Sozialhilfeausgaben Soziale Dienste in Mio. Euro / 2010	Sozialhilfeausgaben für landeseigene & private Wohn-/ Pflegeheime in Mio. Euro / 2010	Pers./ Fälle 2010
Burgenland	4.310	215	39.891	1.693
Kärnten	7.366	23.203	93.617	5.490
Niederösterreich	15.338	72.803	315.563	12.869
Oberösterreich	29.378	83.086	308.068	11.447
Salzburg	5.250	17.480	87.221	3.936
Steiermark	15.369	18.349	332.534	10.989
Tirol	8.322	21.763	122.684	4.450
Vorarlberg	12.261	11.545	70.497	2.270
Wien	30.297	283.993	610.968	22.960
Insgesamt	127.891	532.435	1,981.042	76.104

Tabelle 4) Gegenüberstellung von Sozialhilfeausgaben für Mobile Dienste und Wohn-& Pflegeheimbereich (Anhang 13.2)

Die oben eingefügte Tabelle der Sozialhilfeausgaben im extramuralen Bereich und bei Heimunterbringung dient einzig der Ausgabengegenüberstellung in Verbindung mit den Betreuungsfällen. Die Vergleichbarkeit des Leistungsspektrums der unterschiedlichen Systeme ist nicht Ziel der Darstellung.

Pflegekostenunterscheidung⁸³

Je nach Wahl der Pflegeform können Pflegekosten unterschieden werden in formale Pflege (Pflegedienste, Pflegeheime), diese sind gut erkennbar, Kosten für informelle Pflege durch die Familie, Freunde oder Ehrenamtliche sind eher nicht gut sichtbar. Eine weitere Differenzierung kann getroffen werden, ob diese Kosten von der öffentlichen Hand (wiederum gut sichtbar), oder privat getragen werden (weniger gut erkennbar). Das Ergebnis der ÖKSA-Jahreskonferenz 2008 ergibt weiters, dass öffentliche Träger über Pflegegeldzahlungen auch informelle Pflege finanzieren und umgekehrt ein Teil der formalen Kosten häufig privat getragen wird. So erscheint grundsätzlich die formale Pflege teurer als die informelle, was letztendlich daran zu liegen scheint, dass die Kosten informeller Pflege unsichtbar bleiben.

Die Finanzierung des bestehenden Unterstützungsangebots für Betreuungs-/ Pflegebedürftige und deren Angehörige zeigt einen mehrgliedrigen Aufbau und ist im Leistungsspektrum an Betreuung und Pflege orientiert, gebündelte multiprofessionelle Förderungsangebote sind im extramuralen Bereich unter einem Dach kaum existent.

Leistungserbringer	Leistung	Empfänger	Verwendung
Bund	Bundespflegegeld § 13 BPGG (seit 1.1.2012 auch Landespflegegeld)	pflegebedürftige AntragstellerInnen	Finanzierungsbeitrag für formelle & informelle Betreuung/Pflege
	Pflegefonds	Länder, Gemeinden	formeller extramuraler Bereich
Länder	Landesmittel	Trägerorganisationen	formeller extramuraler Bereich
Gemeinden	Gemeindeumlage gem. F-VG § 3 Abs. 2	ergeht an die Sozialhilfverbände und in weiterer Folge an Trägerorganisationen	formeller extramuraler Bereich
Freiwillige Leistungen & Subventionen	Spenden & Subventionen	Trägerorganisationen	formeller extramuraler Bereich, NPOs
Pensionen, sonstiges Einkommen, private Versicherungen	Eigenleistung pflegebedürftiger Personen	Individuelle Leistungen an Trägervereine in Form von KlientInnenbeiträgen & direkt an sonstige Betreuer/Helfer	Finanzierungsbeitrag für formelle & informelle Betreuung/Pflege
Sozialversicherung	Zuschuss zum KlientInnenbeitrag (nach Anordnung durch den Hausarzt & Genehmigung der Kasse)	Trägerorganisationen	formeller extramuraler Bereich: kurzzeitige krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege

Tabelle 5) Finanzierungspfade im extramuralen Bereich (Eigendarstellung)

Aus der oben eingefügten Darstellung ist rasch erkennbar, dass es keinen regelmäßigen direkten Geldfluss an betreuende/pflegende Angehörige gibt, einmalige Zuwendungen als Leistung ohne Rechtsanspruch für besondere Notlagen sind möglich (z.B.: Unterstützungsfond für pflegende Angehörige des Landes Steiermark, Unterstützungsfond der Sozialversicherungsträger, etc.,...).

6.1.2 Gesundheitspolitik und Problemdiagnose

Gesundheitspolitik ist untrennbar mit Sozialpolitik verbunden. Die Tatsache, dass 10% der österreichischen Bevölkerung über mehr als die Hälfte des Brutto-Vermögens verfügen, zeigt, dass die Bemühungen zur Behebung sozialer Ungleichheit bis dato ohne Erfolg geblieben sind.

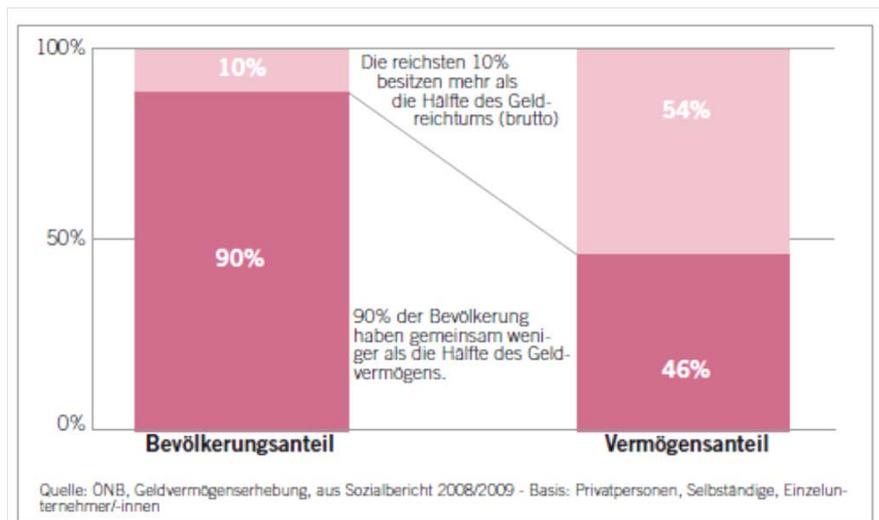


Abbildung 9) Verteilung des privaten Brutto-Geldvermögens 2008/2009 in Österreich⁸⁴

Die Kurzlebigkeit politischer Akteure und teilweise taktisch herbeigeführte verkürzte Regierungsperioden lassen die Hoffnung auf nachhaltige Problemlösungen schwinden.

Insbesondere im Bereich der extramuralen Betreuung/Pflege sind die weniger begüterten Bevölkerungsanteile betroffen, welche durch die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit häufig ihre in lebenslanger Erwerbstätigkeit erworbenen, teils kargen Ersparnisse zur Absicherung ihres Lebensabends einsetzen.

Die Auslagerung der mobilen Dienste an die bereits genannten privaten Trägerorganisationen spiegelt den Stellenwert pflege- und hilfsbedürftiger älterer Menschen wider. Extramurale Pflege wird zur Privatangelegenheit, aus der - nicht zufällig ausgewählte - Vereine ihren Nutzen ziehen. Stetig ansteigende Kostenbeiträge, die von Gemeinden, Sozialhilfeverbänden bzw. den Ländern sowie durch KlientInnenbeiträge aufgebracht werden müssen, folgten bisher mehrheitlich dem Diktat dieser privaten Trägervereine. Über lange Zeit wurden die Anforderungen an Kostenwahrheit, Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung nicht erfüllt, die Offenlegung von vergleichbaren Zahlen, Daten und Fakten teilweise bis heute nicht ausreichend transparent gemacht.

Letztendlich wird auf familiäre Ressourcen zurückgegriffen und damit die Spirale der sozialen Ungleichheit erneut angekurbelt. Auf die Vereinbarkeitsproblematik zwischen informeller Pflege und Beruf, die bedeutende Genderdimension und markante soziale Schieflage wurde bereits in der Beschreibung der Ausgangssituation hingewiesen.

Es konnte keine aussagekräftige Studie zu Gesundheitsausgaben, die im Zusammenhang mit familialer Betreuungs- und Pflegebelastung stehen, gefunden werden.

6.1.3 Gesellschaftliche Herausforderungen

Das Engagement betreuender/pflegender Angehöriger hält die Gesundheitsausgaben des Staates auf niedrigem Niveau. Die Entwicklung von verlässlichen gesundheitsfördernden Unterstützungsmaßnahmen für betreuende/pflegende Angehörige stellt unsere Gesellschaft vor eine Herausforderung, deren Wichtigkeit und Brisanz quer durch alle Gesellschafts- und Altersschichten hindurch zu einem Anliegen gemacht werden muss. Dabei sind Maßnahmen auf Mikro,- Meso- und Makroebene zu setzen, wie nachfolgend in Punkt 1 im letzten Absatz näher ausgeführt.

Nachhaltige Gesundheitsförderung benötigt nach Blättner und Waller⁸⁵ (1) ein stabiles theoretisches Fundament, (2) systematisches und (3) Evidenz basiertes Vorgehen, (4) starke Verbündete in der Gesellschaft und muss regelmäßigen (5) ethischen Diskussionen standhalten.

Ad 1) Eine wertschätzende Grundhaltung, strukturierte Organisation gemeinsamer Entscheidungen und die Förderung positiver sozialer Interaktionen müssen geplanten Interventionen vorangehen.

Eingriffe müssen nachhaltig, verstehbar und auf Kontinuität ausgerichtet sowie für Betroffene transparent sein, interne und externe Öffentlichkeitsarbeit ist zu leisten.

Konsequentes ressourcenorientiertes Arbeiten unter Einbeziehung von Betroffenen ist erforderlich.

Soziales Handeln muss - unter Berücksichtigung von Einflüssen - auf sozialen Interaktionen basieren. Auf die Wechselwirkung in engen persönlichen Beziehungen (Mikroebene), in Settings, in denen sich Menschen aufhalten (Mesoebene) und in den gesamtgesellschaftlichen Bedingungen (Makroebene) ist zu achten.

Ad 2) Gesundheitsförderung folgt den Prinzipien des Public Health Action Cycles und bedingt die (sozial-) epidemiologische Bedarfserhebung bei den Betroffenen, die Entwicklung von Theorie und Empirie basierten Hypothesen, die Sicherstellung der Umsetzung inkl. Evaluation der Wirkung.

Ad 3) Maßnahmen, deren Wirkungen unklar sind, sollten erprobt werden, wenn Theorie (und Empirie) plausible Hinweise dafür liefern, dass eine Wirkung wahrscheinlich oder zumindest möglich ist. Eine wissenschaftliche Begleitung, Weiterentwicklung und Evaluation gilt als State of the Art.

Ad 4) Nach Kühn und Rosenbrock setzen sich eher Maßnahmen durch, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht die nachhaltigste Wirkung versprechen, sondern jene, die den gesellschaftlichen Bedingungen am Besten angepasst sind, wenn nicht durch gesellschaftlich einflussreiche Instanzen gegengesteuert wird.⁸⁶

Ad 5) Aus ethischen Überlegungen müssen Gesundheitsförderungsinterventionen noch vor ihrer Durchführung auf deren Nutzen und möglichen Schaden hin eingeschätzt werden. An die Politik sollte die Anforderung gestellt werden, jede politische Maßnahme einem ‚Health Impact Assessment‘ zu unterziehen. Blättner und Waller konstatieren, dass nicht die Absicht, sondern das Ergebnis für den Erfolg einer Maßnahme entscheidend ist.

Komplexe Ansätze Rahmentheorie der Gesundheitsentwicklung

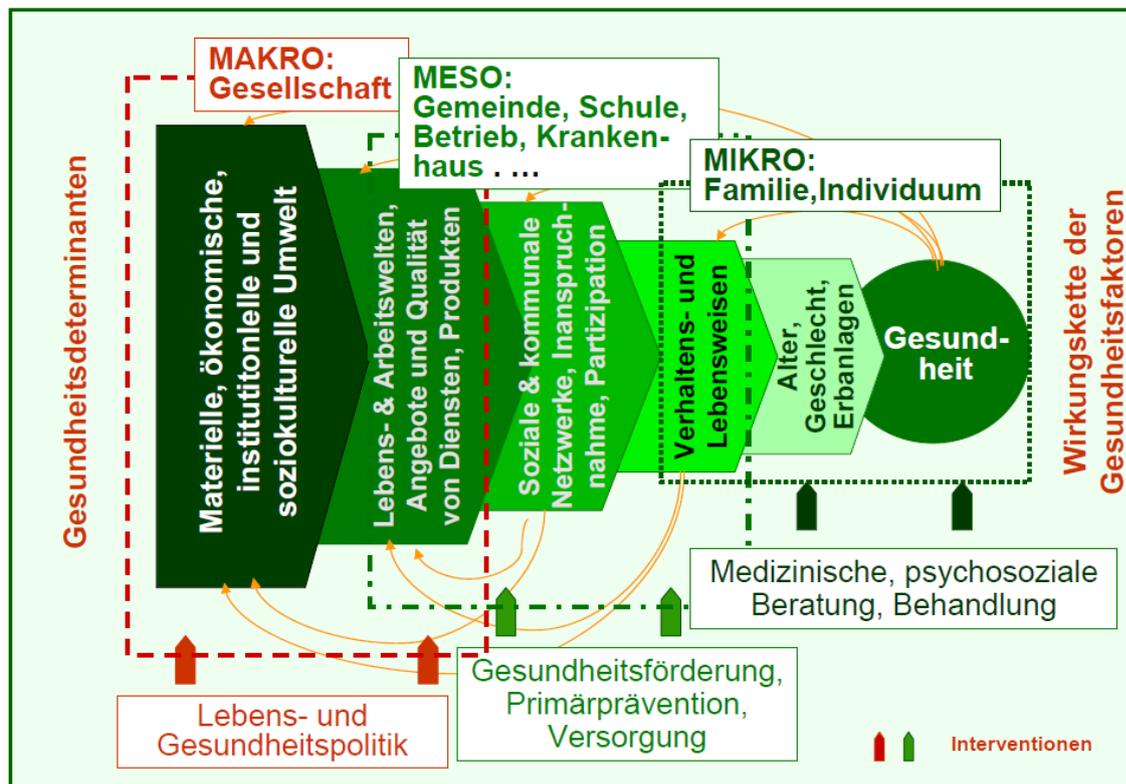


Abb. 10) Komplexe Ansätze – Rahmentheorie der Gesundheitsentwicklung⁸⁷

Wie bereits dargelegt, muss Gesundheitspolitik in Alltagssituationen hineinreichen, um Veränderungen zu bewirken, Politik kann Gesundheit nicht von oben verordnen.

Neben Bund und Ländern haben auch Gemeinden einen selbständigen Anteil an der Vollziehung (Gemeindeautonomie).⁸⁸

„Artikel 118 B-VG:

(1) Der Wirkungsbereich der Gemeinde ist ein eigener und ein vom Bund oder vom Land übertragener.

(2) Der eigene Wirkungsbereich umfasst neben den im Art. 116 Abs. 2 angeführten Angelegenheiten alle Angelegenheiten, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der in der Gemeinde verkörperten örtlichen Gemeinschaft gelegen und geeignet sind, durch die Gemeinschaft innerhalb ihrer örtlichen Grenzen besorgt zu werden. Die Gesetze haben derartige Angelegenheiten ausdrücklich als solche des eigenen Wirkungsbereiches der Gemeinde zu bezeichnen.“

Gemeindepolitik (Mesoebene) zeichnet sich durch Bürgernähe (Mikroebene) aus und ist besonders geeignet gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen. Gemeindeautonomie findet weisungsfrei auf Verwaltungsebene statt, die Gesetzgebung kommt dem *Bund* und den *Ländern* zu (Makroebene).

Gesellschaftliches Handeln ist auf die Befriedigung individueller und gemeinsamer gesellschaftlicher Bedürfnisse ausgerichtet. Eine der gesellschaftlichen Herausforderungen wird es sein, die Menschen davon zu überzeugen, dass nur durch ihr Engagement und ihren Gestaltungswillen Veränderungen auf allen Ebenen zu bewirken sind.

7 Public Health Relevanz gesundheitsfördernder Maßnahmen für pflegende Angehörige

Paradigmenwechsel

„Eine Krise leitet die Revolution ein, es kommt zum Paradigmenwechsel. Das Paradigma bestimmt die Grundeinstellung von Wissenschaftlern gegenüber einem Bereich von Phänomenen, Fragen und Problemen, die als relevant angesehen werden. Die Phänomene sind also nicht unabhängig vom Paradigma, sondern werden durch dieses überhaupt erst konstituiert.“⁸⁹

Das Krankheitsparadigma ist auf die Reduzierung von Krankheitslast und Leiden, auf die Bekämpfung von Krankheitsrisiken und auf professionelles kuratives Handeln ausgelegt.

Das Gesundheitsparadigma ist durch die Förderung von Handlungskompetenz und Wohlbefinden, aber auch durch die Stärkung von Gesundheitspotenzialen sowie durch politisches und soziales Handeln gekennzeichnet.

Gesundheitsförderung

Dieser Paradigmenwechsel, weg von der reaktiven Gesundheitspolitik, hin zur Gesundheitsförderung, hat Eingang in die österreichische Gesetzgebung gefunden.

In der 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG⁹⁰ über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, ausgegeben am 14. Juli 2008 - Nr. 105; Abschnitt 2 Art. 11, verpflichtet sich die Regierung wie folgt:

„Public Health

Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Diese sind unter anderem:

- 1. Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff*
- 2. Systematische Gesundheitsberichterstattung*
- 3. Versorgungsforschung um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten*
- 4. Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern*
- 5. Gemeinsame Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen auf Bundesebene“*

Ad 1) Das Übereinkommen, sich an einem umfassenden Gesundheitsbegriff zu orientieren, richtet sich offenkundig an der Beraterstruktur im Gesundheitswesen aus, die keine Rücksicht auf multiprofessionelle Herausforderungen nimmt, sondern immer noch durch berufsständische Markt- und Machtkämpfe geprägt ist.

Ad 2) Eine systematische Gesundheitsberichterstattung (GBE) besteht rudimentär, jedoch mangels Normvorgaben ist die Vergleichbarkeit von Daten und damit eine effiziente und effektive Bedarfsplanung und Bedürfnisabschätzung österreichweit nicht ausreichend gegeben. Die Nichterbringung einer GBE zieht derzeit keinerlei negative Konsequenzen für die einzelnen Länder nach sich.

Ad 3) Versorgungsforschung beschreibt H. Pfaff als fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und –prozessen unter Alltagsbedingungen auf der ‚letzten Meile‘ des Gesundheitssystems (Krankenhäuser, Arztpraxen und sonstige Gesundheitseinrichtungen) evaluiert.⁹¹

Auf dem Gebiet der Versorgungsforschung ist in Österreich das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment in Wien europaweit anerkannt.

Ad 4) Interdisziplinarität im Gesundheitswesen ist geprägt durch Verteilungs- und Machtkämpfe gut positionierter Gruppierungen, deren Interessen nicht in erster Linie auf die in Punkt 4 des Übereinkommens formulierte Ziele gerichtet sind.

Ad 5) Für eine gemeinsame Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen auf Bundesebene ist es unerlässlich auch die extramurale Betreuung/Pflege und deren Finanzierung weiterzuentwickeln. Die Trennung von Gesundheit und Sozialem ist in diesem Sinne nicht mehr zeitgemäß und führt zu kostenintensiven Parallelgesellschaften.

Die WHO⁹² hat bereits 1998 in Kooperation mit 51 europäischen Mitgliedsstaaten 21 Ziele für das 21. Jahrhundert unter dem Titel ‚Gesundheit für alle‘ verabschiedet. Diese lauten verkürzt ausgedrückt:

- „Ziel 1: Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region*
- Ziel 2: Gesundheitliche Chancengleichheit*
- Ziel 3: Ein gesunder Lebensanfang*
- Ziel 4: Gesundheit junger Menschen*
- Ziel 5: Altern in Gesundheit*
- Ziel 6: Verbesserung der psychischen Gesundheit*
- Ziel 7: Verringerung übertragbarer Krankheiten*
- Ziel 8: Verringerung nicht-übertragbarer Krankheiten*
- Ziel 9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen*
- Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürlich Umwelt*
- Ziel 11: Gesünder leben*
- Ziel 12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden*
- Ziel 13: Settings zur Förderung der Gesundheit*
- Ziel 14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit*
- Ziel 15: Ein integrierter Gesundheitssektor*
- Ziel 16: Qualitätsbewusstes Management der Versorgung*
- Ziel 17: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung*
- Ziel 18: Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben*
- Ziel 19: Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit*
- Ziel 20: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange*
- Ziel 21: Konzepte und Strategien zur ‚Gesundheit für alle‘“*

In ihren Zielformulierungen weist die WHO u.a. insbesondere auf die Sicherstellung der Verteilungsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung hin und fordert ein Mandat für Public Health ExpertInnen. Risikofaktoren wie Armut und sozioökonomische Benachteiligung haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Förderung und Stärkung der Autonomie älterer Menschen in ihrer Lebensumwelt wird von der WHO ausdrücklich als Teil der Gesundheitspolitik definiert (Ziel 5: Altern in Gesundheit), systematische Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge über die gesamte Lebensspanne sowie Stärkung der Familien und sozialen Beziehungen werden explizit genannt. In diesem Zusammenhang ist die ausdrückliche multisektorale Verantwortung für Gesundheit von großer Bedeutung.

Viele Bereiche haben sich im Sinne der ausformulierten Ziele verbessert und dennoch sind 14 Jahre danach Reformen im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem dringender notwendig denn je.

Einer Studie des ÖBIG entsprechend wird das österreichische Gesundheitssystem als sehr stark von der Krankenversorgung dominiert beschrieben. Public Health Aspekte bzw. Funktionen (z.B. Gesundheitsdeterminanten, Prävention oder Gesundheitsförderung) werden bislang nur eingeschränkt wahrgenommen, jedoch ist eine steigende Tendenz erkennbar. Eine Verbesserung der Datengrundlagen für die Erhebung und Datenmonitoring sind zu schaffen.⁹³

7.1 Strukturanalyse und Veränderungsansätze

Strukturanalyse

Als gesundheitspolitische Analysemodelle beschreibt F.W. Schwartz et al.⁹⁴ a) den politischen Institutionalismus, b) Policy-Netzwerke und c) das Governance-Modell.

Ad a) Politische Institutionen sind dem Gesundheitswesen vorgelagert und behindern gesundheitspolitische Zielformulierungen. Eine institutionelle Reformresistenz wird diesen Einrichtungen (Kammern, Verbände, Krankenkassen,...) attestiert.

Ad b) Policy-Netzwerke verknüpfen einzelne Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens und erweisen sich durch gemeinsame Akzeptanz von Strukturen, Akteuren, Ordnungspolitik und Handlungsmustern als relativ stabil.

Ad c) Das Governance-Modell versteht sich als ein Zusammenspiel und Widerspiel von Gruppen- und Parteiinteressen zur Sicherung des Gemeinwohls, unter genereller Akzeptanz abstrakter regulativer Ideen sozialen Verhaltens sowie unter Einhaltung rechtlich normierter Verfahrensvorschriften.

Veränderungsansätze

Veränderungen auf gesundheitspolitischer Ebene können nur erfolgen, wenn

ad a) problemerzeugende Institutionen selbst einem Wandel unterworfen sind,

ad b) wenn Verteilungskonflikte das Policy-Netzwerk instabil werden lassen, oder sich die Anzahl der Akteure in der gesundheitspolitischen Arena verändern.

Ergänzend muss festgehalten werden, dass mangelnde finanzielle Ressourcen aus öffentlichen Mitteln generell Veränderungsbemühungen in allen beschriebenen Modellen erforderlich machen. Ein österreichweit einheitlicher Gesundheitsdienst, die Zusammenlegung von Trägerorganisationen oder die Integration verschiedener Leistungserbringer in eine bestehende Struktur (Sozialhilfereferate der

Bezirkshauptmannschaften oder Magistrate, Gemeinden, etc.) stellen zu prüfende Optionen dar, die mit einer zeitgleichen Optimierung des aktuellen Leistungsangebots erfolgen sollte.

Am Beispiel einer SWOT-Analyse wird versucht die Vor- und Nachteile von privaten und öffentlich Leistungsanbietern im Bereich der extramuralen Betreuung/Pflege gegenüberzustellen:

	Private Trägerorganisationen	Anstellungsträger öffentlichen Rechts
S trength (Stärken)	<ul style="list-style-type: none"> • rasche Anpassung an regionale Erfordernisse • Eigenständigkeit in Verwaltung, Personalplanung und Nutzung von Infrastruktur • geringes unternehmerisches Risiko durch kalkulierbare öffentliche und private Mittel • langjährige Erfahrungen auf diesem Leistungssektor 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung bestehender Strukturen und Ressourcen • Multiprofessionalität • Verwaltung und Vergabe von öffentlichen Mitteln aus einer Hand • Qualitätssicherung (Amtsarzt) • Kontrolle durch übergeordnete Behörde • Attraktiver Arbeitgeber
W eaknesses (Schwächen)	<ul style="list-style-type: none"> • extramurale Betreuung/Pflege bleibt ‚Privatangelegenheit‘ • mangelnde Transparenz nach außen • Überkapazitäten von speziellen Leistungen • Verteilungskampf • mangelnde Ressourcenoptimierung • keine gemeinsame Nutzung vorhandener Strukturen • keine direkte Förderung betreuender/pflegender Angehöriger • eingeschränktes Leistungsangebot • berufsständischer Verteilungskampf • vermehrt atypische Beschäftigungsverhältnisse (19 Wochenstunden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlender Ausbau entsprechender interner Strukturen • Eingeschränkte Erfahrung im Pflegebereich • viele Entscheidungen sind in Gremien zu treffen - hoher Zeitaufwand • Überzeugungsarbeit ist zu leisten • Der Ausbau von bestehenden Strukturen wird von politischen Akteuren entschieden • Naheverhältnis einzelner Trägerorganisationen zu politischen Parteien verhindert die Weiterentwicklung des öffentlichen Bereichs
O pportunities (Chancen)	<ul style="list-style-type: none"> • Akteure sind bekannt und stehen in Kontakt • Entwicklungspotenzial ist vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung nachhaltiger interdisziplinärer Einheiten • durch Transparenz bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebotsentwicklung • Qualitätskontrolle, Evaluation des Leistungsangebots und Qualitätssicherung
T hreats (Risiken)	<ul style="list-style-type: none"> • das Handeln wird durch betriebsinterne Leistungsvorgaben bestimmt (Vollzahler und Personen mit hoher Pflegestufe werden bevorzugt,...) • Mangel an bedarfs- und bedürfnisgerechter Angebotsplanung • Politiknähe von Vereinen • Mangel an Transparenz im Bereich Personalplanung, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • politischer Aktionismus in Entscheidungsgremien • Gewichtung von Interessen innerhalb der Institution zum Nachteil der Betroffenen • mangelnde Bewusstseinsbildung • sinkende Finanzkraft

Tabelle 6) SWOT-Analyse: Vergleich von öffentlichen und privaten Anstellungsträgern (Eigene Darstellung)

Das Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) Liebenau kann als ein positives regionales Beispiel privater Initiativen zur multiprofessionalen Gesundheitsförderung im extramuralen Bereich durch Kooperation von medizinischen, pflegerischen und nicht pflegerischen Berufen benannt werden.⁹⁵

Die in Punkt 7.1, Absatz 1 beschriebenen Strukturen sind durchgängig auf Gemeinde-, Landes- und Bundesebene vorhanden. Veränderungsbemühungen erfordern förderliche strukturinterne Kontakte, um eine effiziente Verbesserung der Rahmenbedingungen durch zeitgleich notwendige Maßnahmen auf allen Ebenen zu erreichen.

Der Pflegesektor im extramuralen Bereich hat sich längst zu einem Markt entwickelt.

J. Siegrist mahnt, dass die Überbewertung von zivilem Engagement den Weg zum Rückzug des Staates aus öffentlicher Dienstleistung und sozialer Sicherung ebne. Die Fixierung des analytischen Rahmens auf kommunaler Ebene lenke den Blick ab von treibenden ökonomischen Kräften, die im Zuge der Globalisierung zunehmend Gewinne in die private und Kosten in die öffentliche Hand fließen lassen.⁹⁶

7.2 Voraussetzungen und Maßnahmen zum Aufbau eines Rahmenkonzepts

Die Schaffung einer Vernetzungsstruktur des extramuralen und stationären Sektors im Bereich des Entlassungsmanagements und der Übernahme von älteren Menschen in die häusliche Pflege mit begleitenden Maßnahmen für Angehörige (Förder- Schutz- aber auch Kontrollfunktion) sowie Integration der informellen Angehörigenselbsthilfegruppen in das formelle Leistungsangebot, Schnittstellenmanagement, erhöhter ArbeitnehmerInnen- & Kündigungsschutz u.v.m. sind unabdingbare Bestandteile eines neuen Versorgungskonzepts.

Günstige Voraussetzungen für eine optimale Leistungserbringung unter laufender Evaluation tragen zur Qualitätssicherung und –steigerung bei.

Transparenz, Vergleichbarkeit von Daten

Rechtzeitig vor Fertigstellung dieser Master Thesis im Oktober 2012 ist die 302. Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend Bestimmungen für die Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken sowie von weiterführenden statistischen Auswertungen (Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 – PDStV 2012) in Kraft getreten.⁹⁷

In § 1 dieser Verordnung wird der Umfang und die Art der von den Ländern an die Bundesanstalt Statistik Österreich zu übermittelnden Daten zur Einrichtung und Führung

einer Pflegedienstleistungsdatenbank zum Zweck der Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken und von weiterführenden statistischen Auswertungen im Auftrag des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß § 5 PFG (Pflegefondgesetz⁹⁸) festgelegt.

In der konsolidierten Fassung des Pflegefondgesetzes vom 17.09.2012 werden in § 6 (2) die Auszahlungen der Zweckzuschüsse an die Voraussetzung geknüpft, dass die vollständige Einspeisung der Daten gemäß § 5 Abs. 2 bis 4 in die Pflegedienstleistungsdatenbank erfolgen muss. Der Bund hat gemäß § 8 (1) das Recht den Einsatz und die Auswirkungen der Zweckzuschüsse zu evaluieren und die widmungsgemäße Verwendung jederzeit zu überprüfen.

Diesen normativen Vorgaben entsprechend darf erwartet werden, dass künftig für die Planung und Durchführung von Pflegedienstleistungsangeboten auf valides und vor allem bundesweit vergleichbares Datenmaterial zurückgegriffen werden kann.

Modelle, gesundheitspolitische Institutionen

F.W. Schwartz et al.⁹⁹ beschreibt drei idealtypische Modelle zur Institutionalisierung gesundheitspolitischer Aufgaben:

(1) Das etatisch-bürokratische Modell:

Die Durchführung von Gesundheitsdiensten wird an Bezirke, Kreise oder Gemeinden unter Oberhoheit der Zentralregierung delegiert (Schweden, Dänemark). Rahmenbedingungen, gesundheitspolitische Inhalte und Ziele obliegen der Zentralgewalt, insbesondere wenn der staatliche Gesundheitsdienst aus Steuermitteln finanziert wird (Großbritannien). Auf die Mitwirkung lokaler politischer Akteure kann nicht gänzlich verzichtet werden, die Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele gelingt häufig nur im Konsens zwischen zentralen und lokalen Politikinstanzen.

(2) Das korporalistische Modell (Sozialversicherungsmodell):

Das Ministerium übernimmt regulatorische Aufgaben wie Vorgaben des Organisations-, Leistungs- und Finanzrechts, bei staatlich regulierten Sozialversicherungen kommen Vorgaben zum Mitglieder- und Vertragsrecht hinzu (Deutschland). Der Staat überträgt Hoheitsrechte an die Kassen, Ärzte und Krankenhausverbände, die als Selbstverwaltungskörperschaften agieren.

(3) Das Marktmodell:

„Staatsversagen“ hat marktwirtschaftliche Leitvorstellungen in vielen Ländern entstehen lassen. Diese waren von Anpassungsschwierigkeiten staatlich gesteuerter Unternehmen oder Dienstleistungsbereiche an rasche Veränderungen sowie zunehmend globalisierte Märkte und Gesellschaften geprägt. Durch überwiegend weltweit privatwirtschaftlich

verursachte Wirtschaftskrisen hat dieses Modell nachhaltig Kritik erfahren (USA). Ein Regulierungsversuch wurde durch Public-Private-Mix unternommen, Vorgaben durch den Staat, Einführung von Taxen, Qualifikations-, Qualitäts- und Preisbildungskontrollen zeichnen dieses Modell, das in Deutschland und den meisten EU-Länder parallel zu bestehenden Systemen vorhanden ist, aus.

Vernetzung, Bildung

Die Implementierung eines vielschichtigen Leistungs- und Versorgungskonzepts im Bereich der extramuralen Betreuung/Pflege in ein nachhaltig leistungsfähiges Gesundheitssystemmodell des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfordert gute Kenntnis der vorhandenen Strukturen sowie Expertenwissen im Bereich des staatlichen Finanzwesens, ein Netzwerk an gleichgesinnten Akteuren auf unterschiedlichen gesundheits- und sozialpolitischen Ebenen sowie Empowerment und Mitwirkungsmöglichkeiten für betroffene Personengruppen. Die Medizinische Universität Graz hat in Zusammenarbeit mit dem Lehrgangszentrum Schloss Hofen, Vorarlberg, durch das Angebot des neuen Universitätslehrgangs Master of Science in Public Health Governance einen bedeutenden Schritt für Interessierte im tertiären Bildungsbereich gesetzt.¹⁰⁰

Bemühungen im Bereich der Bildungspolitik sollten jedoch bereits wesentlich früher ansetzen und alle Bildungsebenen erfassen.

7.3 Umsetzungsvoraussetzungen in Österreich

Sozialstaat, Public Health, Gesundheit und Soziales

Der Sozialstaat ist ein Staat, der sich um eine sozial gerechte Gesellschaft bemüht und insbesondere eine ausreichende Versorgung aller mit lebensnotwendigen Sachgütern sowie Leistungen sicherstellen will. Eine sozial gerechte Gesellschaft ist Voraussetzung für eine gewaltfreie Gesellschaft und damit Rechtfertigung für die Existenz des Staates.¹⁰¹

Angebote auf individueller Ebene wie Ersatzpflege, Sozial-/Pflegetelefon, Plattform für pflegende Angehörige, Familienhospizkarenz und Härteausgleich, Soziale Dienste, etc. sind wichtige Errungenschaften langjähriger Bemühungen.

Durch die Verpflichtung der Regierung, sich an der 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Abschnitt 2 Art. 11, an Public Health Ansätzen zu orientieren (Vgl. Punkt 7), wird deutlich, dass ein erster Schritt zu wegweisenden Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen eingeleitet

wurde. Insbesondere die in Punkt 4 aufgezählten Forderungen, wie Interdisziplinarität in der Versorgung, sowie Forschung zur Verbesserung der Gesundheit für alle, und die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten legen eine Zusammenlegung des Gesundheits- und Sozialressorts nahe.

H. Noack geht davon aus, dass allgemein die Finanzierung von Gesundheitssystemen aus Steuermitteln, oder aus dem Sozialversicherungssystem, ggf. auch durch eine gemeindebasierte Form der Krankenversicherung keine umfassende und sozial gerechte Weise der Gesundheitsfinanzierung ermöglicht. Die Entwicklung von länderspezifischen Strategien der Gesundheitsfinanzierung ist auf Basis einer rationalen Kombination pluralistischer Finanzierungsformen zu schaffen. Dem politischen Willen kommt dabei eine zentrale Rolle zu.¹⁰²

H. Rothgang sieht Nachteile in der Finanzierung eines Basissystems für Pflege über Steuern und Beiträge, da diese demografiefanfällig sind. Er vertritt die Ansicht, dass Steuern höhere Abgabewiderstände als Beiträge erzeugen, letztere könnten zu einer schrumpfenden Bemessungsgrundlage führen. Ergänzende Kapitalfundierung und steigende Eigenfinanzierung werden lediglich als zusätzliche Finanzierungsquellen gesehen. Der Autor ist der Ansicht, dass ein Finanzierungsmix die Pflege am ehesten nachhaltig sichert.¹⁰³

Multilaterale Anforderungen

Schenkt man den Untersuchungen von McGinnis et al. Glauben, so sind Morbidität und Mortalität zu 40% durch individuelle Verhaltensweisen und Lebensstil determiniert und lediglich 10% durch das medizinische Versorgungssystem.¹⁰⁴

Wie in Punkt 5.1.2 bereits ausgeführt, sieht R. Rosenbrock ein großes Potenzial in der Verhältnisprävention, wobei ausdrücklich auf die günstigen Effekte durch Übereinstimmung von Lebens- und Arbeitsbedingungen mit den Bedürfnissen menschlicher Gesundheit hingewiesen wird.

Zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für betreuende/pflegende Angehörige sind ausreichend finanzielle Mittel sicherzustellen.

Capacity Building

„It is a process that builds sustainable skills, resources and commitments to health promoting in various settings and sectors, in order to prolong and multiply health gains many times over.

Capacity building includes three distinct, yet inter-related building concepts, namely: infrastructure; program sustainability and problem-solving capacity.“¹⁰⁵

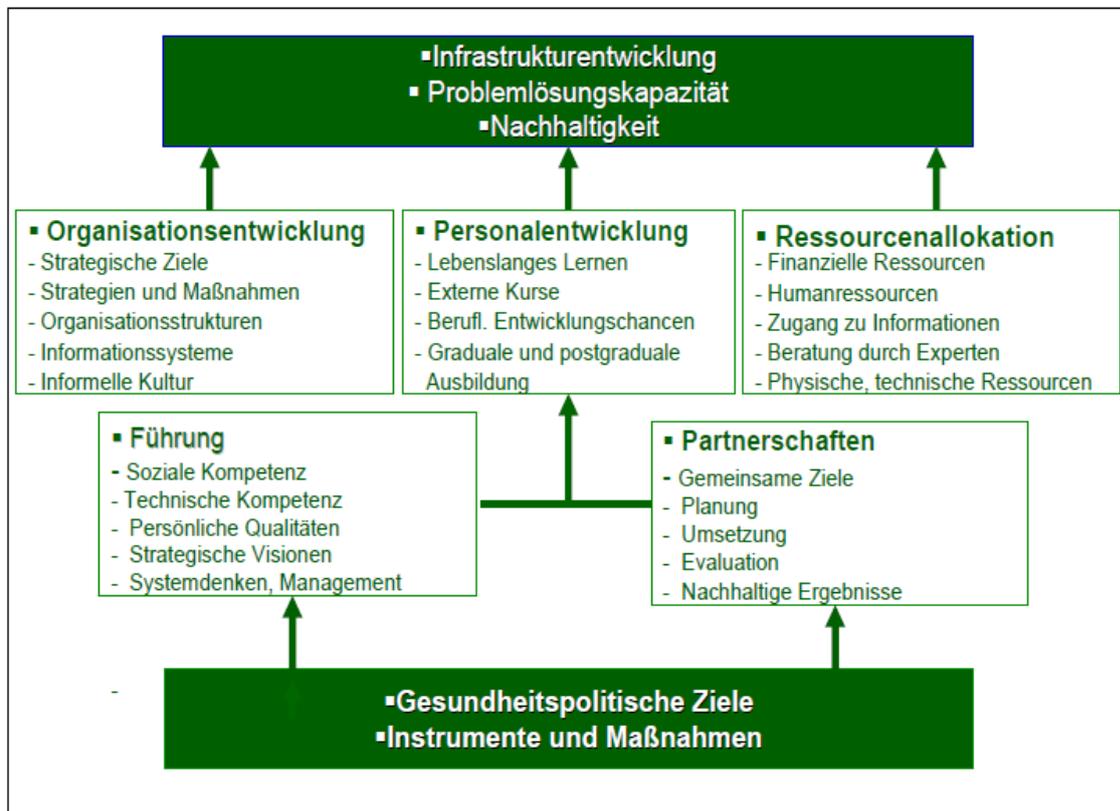


Abb. 11) Kapazitätsentwicklung oder Capacity Building nach RH. Noack¹⁰⁶

Bei der Verfolgung gesundheitspolitischer Ziele ist auf die Wechselwirkung zwischen strukturellen Gegebenheiten, auf Programmbeständigkeit und Problemlösungsvermögen zu achten. Expertenwissen, die Kenntnis der Organisationsstrukturen, der möglichen vorhandenen Ressourcen und das Bekenntnis zur sektorenübergreifenden Gesundheitsförderung sind unabdingbare Voraussetzungen, um für betreuende/pflegende Angehörige förderliche Strukturen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Ein gut positioniertes Netzwerk an Gleichgesinnten und öffentlichkeitswirksame Persönlichkeiten können die Entwicklung neuer nachhaltiger Konzepte und deren Umsetzung wesentlich beeinflussen.

Ebenen, Maßnahmen

Um den Umfang notwendiger Maßnahmen ganzheitlich zu erfassen, eignet sich eine Darstellung anhand des Schweizer Ergebnismodells:

	A Maßnahmen der Gesundheitsförderung	B Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten	C Gesundheitsdeterminanten	D Gesundheit betreuender/ pflegender Angehöriger
Infrastrukturen Dienstleistungen	A1 Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote	B1 Gesundheitsfördernde Angebote	C1 Gesundheitsfördernde materielle Umwelt	D Verbesserung des Gesundheitszustandes, Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität Verhinderung von betreuungs-/ pflegebedingten psychosomatischen Beschwerden/ Erkrankungen Finanzielle Entlastung und Absicherung des eigenen Einkommens
Legislative, Administration, Organisation, Netzwerke	A2 Interessensvertretungen, Zusammenarbeit, Organisation	B2 Gesundheitsfördernde Strategien in Politik und Organisation	C2 Gesundheitsfördernde soziale / gesellschaftliche Umwelt	
Gruppen, Gemeinschaften, Bevölkerung	A3 Soziale Mobilisierung	B3 Gesundheitsförderndes soziales Potenzial und Engagement	C3 Gesundheitsfördernde personale Ressourcen und Verhaltensmuster	
Individuen	A4 Entwicklung persönlicher Kompetenzen	B4 Individuelle Gesundheitskompetenzen		

Abb. 12) Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf unterschiedlichen Ebenen, adaptiertes Schweizer Ergebnismodell¹⁰⁷

Familienpolitik (Stärkung der Familie und der sozialen Netzwerke), Sozial- & Gesundheitspolitik (gemeinsame Entwicklung nachhaltiger Gesundheitsziele, Ausweitung des bestehenden Unterstützungsangebots...), Bildungspolitik (Wissensvermittlung, Empowerment, kritische Partizipation), Beschäftigungs- & Arbeitsmarktpolitik (flexible Arbeitszeiten, erhöhter Kündigungsschutz sowie verstärkte Kontrollen in den Betrieben), Finanzpolitik (Familienförderung/steuerliche Entlastung für Haushalte mit betreuungs-/ pflegebedürftigen Personen) sowie die sozial verträgliche Wohn- & Lebensraumschaffung (Barrierefreiheit, Anpassung der Infrastruktur, Finanzierbarkeit) müssen ebenso, wie die Pflegefinanzierung im Sinne von unterstützenden Maßnahmen, in einem Rahmenkonzept für betreuende/pflegende Angehörige Platz finden.

Alle politischen Akteure, NPOs und sonstige Interessensvertretungen sind im Sinne von Health in all policies aufgerufen, sich aktiv an der Entwicklung einer nachhaltigen Lösung auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene zu beteiligen.

7.4 Gesundheitsförderung versus Prävention

Gesundheitsförderung

Die Bedürfnisse pflegender Angehöriger sind Basis dieser Gesundheitsförderungsdiskussion. Gelingt es gute Voraussetzungen für deren Bereitschaft zur Übernahme von Pflege-/ Betreuungsleistungen zu schaffen, wird es möglich sein, den steigenden Pflegebedarf zu sichern. Vorrangiges Ziel ist eine salutogenetische Orientierung und Förderung der Betroffenen durch Partizipation, das Erfassen der Problemsituation im Kontext mit den vorhandenen Ressourcen (Was ist gut? Was will ich erhalten? Was soll ausgebaut werden?), Erweiterung und Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen, Analyse der Verflechtungen mit Alltagssituationen (Familie, Beruf,...), interdisziplinäre Beteiligung mit Blick auf die Verhältnisebene und soziale Interventionen zur Stärkung pflegender Angehöriger auf unterschiedlichen Ebenen.

Prävention

ExpertInnen formulieren Ziele für präventive Lösungsansätze und Maßnahmen. Sie agieren Zielgruppen orientiert auf Verhaltensebene und versuchen Risiken zu minimieren.

Gesundheitsförderung wird zur Entwicklung struktureller Erfordernisse und Rahmenbedingungen, für pflegende Angehörige in Österreich, eine wichtige Komponente darstellen. Jedoch kann weder quantitativ noch qualitativ abgeschätzt werden, wie viele dieser Menschen bereits durch ihre Pflgetätigkeit und Mehrfachbelastung unter den Auswirkungen der enormen psychischen, physischen und sozioökonomischen Überforderung leiden. Aus diesem Grund können nur parallel durchgeführte Interventionen der Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention letztendlich eine optimale Unterstützung dieser Zielgruppe bewirken.

8 Unterstützungsangebote pflegender Angehöriger in anderen EU-Ländern

Im Auftrag der EUROFAMCARE Group haben E. Mestheneos und J. Triantafillou¹⁰⁸ Unterstützungsmaßnahmen für betreuende/pflegende Angehörige von älteren Menschen in Europa untersucht. Von 23 Ländern liegen unterschiedliche Berichte zur Angehörigenbetreuung/-pflege durch den/die EhepartnerIn vor. In Spanien betreiben/pflegen 12.4% der EhepartnerIn ihre Angehörigen, in den Niederlanden 14%, in Tschechien 21%, im Vereinigten Königreich sind es 16%, in Polen 29.2%, während es in Finnland 43% sind.

Kinder, speziell Töchter und Schwiegertöchter, versorgen in Malta zu 75% ältere Menschen, in Ungarn sind es 11.3% der Töchter und 8.7% der Söhne sowie in Polen 37.1% der Töchter, 20.9% der Söhne und 15.5% der Enkelkinder.

In allen 23 untersuchten Ländern sind in unterschiedlicher Ausprägung rückläufige Eheschließungen, ein Anstieg der Scheidungsraten (mit Ausnahme von Polen), kleinere Haushalte und ein Anstieg an Einpersonenhaushalten sowie Land-Stadt - und internationale Migration zu verzeichnen.

Schweden bietet eigene Trainingsangebote, Unterstützungsgruppen, entlastende Pflegeangebote, Informationen und Tagespflegestätten. Die Betreuung/Pflege in Finnland erfolgt hauptsächlich durch die öffentliche Hand, indem einzelne Gemeinden Verträge mit privaten Anbietern abschließen. In Großbritannien sind betreuende/pflegende Angehörige einheitlich mit verbindlichen Rechten ausgestattet und erhalten Unterstützung. Portugal, Malta, Griechenland, Italien und Spanien weisen große Unterschiede in der Entwicklung des Angebots zur Unterstützung für ältere Menschen und deren Angehörige auf. In Portugal stehen viele Frauen im Erwerbsleben, dadurch ist ein größeres Angebot an Wohn-/Pflegeheimen und extramurale Betreuung/Pflege erforderlich. Griechenland hat eine niedrige Frauenerwerbsquote und damit ein geringeres formelles Betreuungs-/Pflegeangebot, jedoch ist ein Anstieg an ausländischen Betreuungs-/Pflegekräften in begüterteren Haushalten zu erkennen.

Finanzierungsregelungen, formelle und informelle Pflege

Der Politologe Arno Tausch¹⁰⁹ hat unterschiedliche Regelungen der Finanzierung von Langzeitpflege in der Union untersucht und sehr heterogene Lösungen gefunden. Die Finanzierung ist häufig auf verschiedene öffentliche Einrichtungen und Budgets aufgeteilt, meist Gesundheitsbudgets und Budgets für soziale Dienste. In Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten wie Dänemark, Schweden, Finnland, Irland, Großbritannien,

Griechenland, Portugal, Italien und Spanien wird die medizinische Behandlung und Langzeitpflege, seiner Erkenntnis nach, nicht scharf von einander getrennt. In Belgien und Frankreich kommt für beide Leistungen die Krankenversicherung auf, Deutschland und die Niederlande haben zur Abdeckung von Pflegekosten neben der Krankenversicherung eine eigene Pflegeversicherung geschaffen. In allen Ländern müssen jedoch KlientInnen oder ihre Familien, ggf. Sozialhilfe, für die Unterbringungs- und Verpflegungskostenanteile, mit systembedingten Unterschieden, aufkommen.

Soziale Sicherungssysteme

R. Minas hat fünf Wohlfahrtsstaatsmodelle untersucht und gelangt zur Ansicht, dass sich trotz anhaltender Reformen diese Modelle selbst nur in einigen Aspekten verändern. Sie verweist auf die Notwendigkeit von neuen Strategien in der Wirtschafts- und Sozialpolitik, um insbesondere dem demografischen Wandel wirksam zu begegnen, sowie soziale Sicherheit, Beschäftigung und gesellschaftliche Stabilität zu gewährleisten.¹¹⁰

Modelle sozialer Sicherungssysteme im Vergleich:

Zielgerichtetes Wohlfahrtsstaatsmodell (target model)	<ul style="list-style-type: none"> ▶Gewährung eines Minimums an Sozialleistungen (z. B.: Sozialhilfe) nach Bedürftigkeitstest ▶Weitere Anspruchs-abdeckung privat oder durch berufsgruppenbezogene Systeme 	
Freiwilliges staatsunterstütztes Modell (voluntary state-supported model)	▶freiwillige Versicherungssysteme schütten Sozialleistungen an die Versicherten aus	<ul style="list-style-type: none"> ▶Rolle des Staates ist regulativ und aufsichtsgewährend (supervisory) ▶Besonderheit: In Schweden, Dänemark und Finnland besteht das Genter System: dieses ist eine freiwillige, öffentlich subventionierte und gewerkschaftlich verwaltete Versicherung gegen Arbeitslosigkeit
Sozialleistungen im Grundsicherungsmodell (basic security model)	<ul style="list-style-type: none"> ▶Eher niedrige Pauschalzuwendungen ▶Anspruchsberechtigung beruht entweder auf individuelle Beiträge oder dem Prinzip der Staatsbürgerschaft 	Irland, Dänemark, Holland, Großbritannien
Staatlich-korporatistisches Modell (state corporatist model)	Zugangsberechtigung nach Berufsgruppen organisiert (nur arbeitende Bevölkerung) Leistungen sind abhängig von den eingezahlten Beiträgen – an den früheren Verdienst angepasst	*Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien
Das umfassende Modell (encompassing model)	<ul style="list-style-type: none"> ▶kombiniert universelle Rechte nach dem Prinzip der Staatsbürgerschaft ▶einkommensorientierte Ansprüche der arbeitenden Bevölkerung ▶Vereinigung des Grundsicherungsmodells mit dem staatlich-korporatistischen Modell 	Schweden, Finnland

Tab. 7) Modelle sozialer Sicherungssysteme nach Palme/Korpi¹¹¹

* Am 1. September 2010 wurde die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) als Sozialleistung in Österreich eingeführt

Gemeinsame strategische Ansätze

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften hat im vorgelegten Weißbuch strategische Ansätze der EU für 2008-2013 formuliert und sich ausdrücklich zu Unterstützungsmaßnahmen für die Gesundheit im Alter bekannt. Gesundheitsförderung und Erkrankungsvorbeugung muss über die gesamte Lebensspanne hindurch stattfinden. Die Förderung der Weiterentwicklung geriatrischer Medizin, mit Schwerpunkt auf die individualisierte Pflege, wird explizit genannt. Maßnahmen für eine stärkere Einbeziehung der Gesundheitsaspekte in alle Politikbereiche auf den Ebenen der Gemeinschaft wie der Mitgliedsstaaten sowie auf regionaler Ebene sind, unter Beachtung der Folgenabschätzung und Implementierung geeigneter Bewertungsinstrumente, zu setzen.¹¹²

Das Bekenntnis der Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne kann in weiterer Folge auf die Förderung unterstützender Maßnahmen für betreuende/pflegende Angehörige übertragen werden. Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen bei rückläufigen finanziellen Ressourcen, lässt der individualisierten Pflege besondere Aufmerksamkeit zukommen.

II. EMPIRIE

9 Projektdesign des empirischen Teils: Quantifizierung des subjektiven Belastungsempfindens pflegender Angehöriger

9.1 Methodik

Es wurde eine Ist-Analyse zur Quantifizierung des subjektiven Belastungsempfindens von pflegenden Angehörigen an der Akutgeriatrie/Remobilisation in der Albert Schweitzer Klinik I, Graz, durchgeführt.

Hierzu war es notwendig drei standardisierte Fragebogenmappen nach Gräßel 1993, 2. überarbeitete Auflage © 2001 VLESS Verlag, Ebersberg, ISBN 3-88562-098-7, anzukaufen. Jede Mappe enthielt zu den standardisierten Fragebögen noch einen Auswertungsspiegel sowie die dazugehörigen Bearbeitungsanweisungen und eine Klipp-Mappe als Arbeitsunterlage.

- Auswahl des Fragebogens

Die Häuslich-Pflege-Skala ist geeignet die subjektive Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen zu erfassen.¹¹³ Der Pflegestil, die Gesundheit und die Mortalität von Pflegepersonen sowie der Fortbestand der häuslichen Pflege werden vom Ausmaß der empfundenen Pflegebelastung beeinflusst.

So wird beschrieben, dass bei stärker belasteten Personen es häufiger zu aggressiven Verhaltensweisen der Pflegenden gegenüber der betreuten/gepflegten Person kommt, als bei weniger belasteten Angehörigen.¹¹⁴

Körperliche Beschwerden treten bei Betreuungs-/Pflegepersonen häufiger und in stärker ausgeprägter Form auf, je größer die subjektive Belastung der Pflegeperson empfunden wird.¹¹⁵

Durch die Pflege belastete Ehepartner weisen, verglichen mit Kontrollpersonen, im Zeitraum von 4,5 Jahren ein um 63% erhöhtes Risiko zu sterben auf, als jene pflegenden Ehepartner, die diese Pflege nicht als belastend empfinden.¹¹⁶

Stärker belastete Pflegepersonen geben die häusliche Pflege häufiger und frühzeitiger auf, als weniger belastete.¹¹⁷

Die leichte Handhabbarkeit, der relativ geringe erforderliche Zeitaufwand sowie die langjährige Erprobung des Fragebogens haben zur positiven Entscheidung über die Verwendung der HPS beigetragen.

- Erweiterung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde um die Frage des Gefühls der *Hauptverantwortlichkeit* für die Betreuung/Pflege und das Wohlergehen der/des Pflegebedürftigen erweitert. Zusätzlich wurde erhoben, ob *Spiritualität* ein Motiv für die Übernahme der Pflege ist, oder durch diese die Mühen der Pflege leichter zu bewältigen sind. Die Frage nach bereits *früher in der Familie vorgekommener häuslicher Pflege* sowie die Erhebung von *Berufstätigkeit* mit Unterscheidung in Voll- und Teilzeitbeschäftigung waren Teil der Ergänzungen. Letztendlich fanden Angaben zur höchst abgeschlossenen *Schulbildung* (Pflichtschule, Lehre / berufsbildende mittlere Schule, Matura / berufsbildenden höhere Schule, Universitätsabschluss) Eingang in die Befragung, aber auch die *Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen* (Anzahl der Kinder, Anzahl der Erwachsenen) wurden erhoben.

9.2 Forschungsfragen und Hypothesen

Forschungsfragen: ‚Trotz Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, am Beispiel einer Befragung betreuender/pflegender Angehöriger während eines stationären Aufenthaltes ihrer zu Betreuenden/Pflegenden an der Akutgeriatrie/Remobilisation in der Albert Schweitzer Klinik I, im Zeitraum von September 2011 bis einschließlich März 2012:

- Persistiert weiterhin ein subjektives Belastungsempfinden bei betreuenden/pflegenden Angehörigen (mit Unterscheidung zwischen Betreuung/Pflege von DemenzpatientInnen und jenen ohne Demenzerkrankung)?
- Gibt es Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht/oder nicht mehr berufstätigen betreuenden/pflegenden Angehörigen in der Stärke der empfundenen Belastung durch die Pflege?
- Verändert sich das Ausmaß des Belastungsempfindens durch das Gefühl der Hauptverantwortlichkeit für die Pflege?
- Existiert ein Korrelat zwischen dem Bildungsgrad und der empfundenen Pflegebelastung?
- Verringert frühere familiäre Pflegeerfahrung das Belastungsempfinden?‘

Null-Hypothese: ‚Die in Österreich bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen sind geeignet betreuende/pflegende Angehörige vor physischer, psychischer und sozioökonomischer Überforderung zu bewahren.‘

9.3 Projektmanagement und Projektdokumentation

Die Projektwürdigkeit ist erfüllt, da das Projekt zur Angebotsentwicklung beiträgt, einen komplexen Sachverhalt analysiert, mehrere Unternehmensbereiche umfasst und wichtig für die Außenwirkung des Unternehmens, aber auch für die Gruppe der betreuenden/pflegenden Angehörigen ist.

Das Projekt wird in Punkt 9.4 ff ausführlich dargestellt, Primär- sowie Sekundärziele nachfolgend formuliert.

Initiierungsphase	Projektstart	Realisierungsphase	Abschlussphase
Mai 2011	Juli 2011	September 2011- Ende März 2012	Oktober 2012



Der Nutzen dieses Projekts liegt in der positiven Öffentlichkeitswirksamkeit der Ergebnisse, die für interne und externe Präsentationszwecke zur Verfügung gestellt werden.

- Personelle Ressourcen

Die Angehörigenbefragung mittels standardisiertem Fragebogen wurde von Geschäftsführer Dipl.-HTL-Ing. Mag. Dr. Hartinger, MPH, nach Unterfertigung einer Datenschutzerklärung, genehmigt und fachlich betreut. Die Ausformulierung der Zusatzfragen erfolgte mit Hilfe der Expertise von Priv.-Doz. Primarius Univ.Prof.Dr. Schippinger, auch der Fortschritt der Befragung wurde von ihm regelmäßig verfolgt. Die leitende DSAⁱⁿ und Case Managerin Brigitta Wolfsberger koordinierte zwei Projektmitarbeiterinnen aus dem Team der diplomierten Sozialarbeiterinnen, DSAⁱⁿ Kornberger sowie DSAⁱⁿ Stocker, MA. Diese waren vor Ort mit der TeilnehmerInnenauswahl nach schriftlich eindeutig definierten Vorgaben, der Fragebogenverteilung und Rücknahme betraut. Die telefonische Erreichbarkeit war wechselseitig tagsüber jederzeit gegeben, um Unklarheiten möglichst rasch abzuklären, von dieser Möglichkeit wurde jedoch nur selten Gebrauch gemacht. Über den gesamten

Projektzeitraum gab es regelmäßige Gespräche und Treffen mit der koordinierenden DSAⁱⁿ Brigitta Wolfsberger.

- Zeitliche Ressourcen

Der Zeitaufwand für die Erstellung dieser Arbeit wurde in einer Excel-Datei kontinuierlich erfasst, die Zeittafel ist dem Anhang unter Punkt 13.3 beigefügt. Die aufgewendeten zeitlichen Ressourcen des Lenkungsgremiums vor Ort (Geschäftsführer Dipl.-HTL-Ing. Mag. Dr. Hartinger, MPH sowie Priv.-Doz. Primarius Univ.Prof.Dr. Schippinger) und der ProjektmitarbeiterInnen können nur geschätzt und vage beziffert werden.

Gliederung des Zeitaufwands an der ASK I:

- Projektdarstellung und Genehmigung durch die Geschäftsführung
- Besprechung des Fragebogens inkl. Erweiterung (Entwurf)
- Einholung fachlicher Expertisen zu ergänzten Fragestellungen
- Ethische Prüfung
- ProjektmitarbeiterInnenbesprechungen
- Interne Teambesprechungen
- Prätestphase und Bewertung
- Durchführung der Befragung

Der Zeitaufwand für die Durchführung der Befragung in der ASK I wird mit 150 Stunden geschätzt.

- Zeitplan

Etappen	Mai 11				Juni 11				Juli 11				Aug. 11				Sept.11				Okt. 11				Nov. 11				Dez. 11			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1 Thema angenommen	■																															
2 Erste Recherche																																
3 Betreuer fixiert		■																														
4 Ausarbeitung der Fragebögen						■																										
5 Laufende Literaturrecherche																																
6 Erstellung der Frageboxen								■																								
7 Regelmäßige Besprechungen										■																						
8 Ausgabe der Frageboxen											■																					
9 Recherchen & Pretests (August)												■																				
10 Koordination der Verteilung													■	■	■	■																
11 Regelmäßige Rückmeldungen																				■								■				■

Tab. 8) Projektetappen 2011 (eigene Darstellung)

Wissen um ein gesundheitsförderliches Verhalten, Lebensstiländerung, Vermittlung und Unterstützung individueller Bewältigungsstrategien sind als Beispiele für **verhaltenspräventive Maßnahmen** zu thematisieren.

Im Bereich der **Verhältnisprävention** ist eine Verbesserung der Lebensverhältnisse (Bereitstellung von Informationen zu Förderungen und Hilfsangeboten, Verbesserung der Wohnsituation, Aufzeigen von Netzwerken aus dem formellen und informellen Bereich) beispielhaft zu benennen.

9.4.2 Sekundärziele

Mittelfristig können auf Verhaltensebene möglicherweise Verbesserungen im Schlafverhalten, Stressreduktion, oder als messbare Parameter ggf. eine Blutdrucksenkung erzielt werden. Auf Verhältnisebene wäre eine beobachtbare Änderung der Lebensverhältnisse (Verständnis und Rücksichtnahme am Arbeitsplatz, finanzielle Anreizsysteme, Erhöhung des Pflegeurlaubsanspruchs, erweiterter Erholungsurlaubsanspruch, Einführung einer Pflegekarenz,...) mit positivem Einfluss auf die Belastungssituation der pflegenden Angehörigen anzustreben.

Langfristig sollte eine Verbesserung des Wohlbefindens, eine Reduktion der Krankheitshäufigkeit, die Steigerung der Lebensqualität-/zufriedenheit und der sozialen Kontaktmöglichkeit sowie ein gleicher und gerechter Zugang zu allen gesundheitsförderlichen Ressourcen für pflegende Angehörige gefördert bzw. ermöglicht werden.

9.5 Beschreibung des Settings und der Zielgruppe

Das **Setting** der Albert Schweitzer Klinik (i.d.F. ASK) wurde ausgewählt, da diese über ein hoch professionelles akutgeriatrisches Remobilisationsangebot und Entlassungsmanagement verfügt. Um möglichst große Unterschiede in der Pflege-/Betreuungsanforderung an pflegende Angehörige abzubilden, wurden 102 Fragebögen aufgelegt, von denen jeweils 34 in den Abteilungen A, B und C verteilt wurden.

Zielgruppe der Befragung waren betreuende/pflegende Angehörige von Personen, die nach ihrem akutgeriatrischen Remobilisationsaufenthalt wieder in die häusliche Pflege entlassen werden konnten. Von einer Auflage der Fragebögen auf Station D der Abteilung für Innere Medizin wurde auf Grund der Einführung eines neuen EDV-Systems und der damit verbundenen zusätzlichen Belastung für die MitarbeiterInnen Abstand genommen.

Die Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) im Österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplan 2001 sind im Anhang 0 beigefügt.

Es wurden beide AG/R – Abteilungen in die Befragung einbezogen, die neurologische Akutgeriatrie/Remobilisation nimmt PatientInnen auf, die in ihrer Mobilität eingeschränkt und dadurch in ihrer Selbstständigkeit gefährdet sind. Aufnahmeursachen sind häufig Stürze, Frakturen, Schmerzsyndrome, Schwindel, Zustand nach Schlaganfall oder Parkinson.

Die internistische Akutgeriatrie und Remobilisation wird von PatientInnen mit internistischen Erkrankungen, Status post Trauma oder nach einem operativen Eingriff in Anspruch genommen.

Ziel beider Abteilungen ist es, die Selbstständigkeit und Mobilität der PatientInnen zu verbessern, um eine Entlassung in die gewohnte Umgebung zu ermöglichen.

Stationär aufgenommene PatientInnen werden in einem interdisziplinären Funktionsdiagnostik-Prozess, dem geriatrischen Assessment, eingehend untersucht, um jede Therapie individuell optimal planen zu können.¹¹⁸

Die Albert Schweitzer Klinik ist zusätzlich ein Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz und strebt mit ihrem jungen ForscherInnen-Team ständig nach neuem Wissen für eine bestmögliche Versorgung betagter Menschen. Für den sehr hohen Qualitätsstandard spricht, dass die Grazer Geriatrischen Zentren 2011 Finalist für den steirischen Qualitätspreis SALUS waren und für den KTQ®-Award 2011 im Bereich Personalführung und Personalentwicklung nominiert wurden.¹¹⁹

- Begründung für die Settingauswahl:

Das Setting der ASK I wurde ausgewählt, da speziell in diesem Bereich für Angehörige ein professionelles Entlassungsmanagement geboten wird. Durch die kurzzeitige stationäre Aufnahme ihrer zu Betreuenden/zu Pflegenden konnten diese Personen gut erreicht werden. Das hoch qualifizierte Entlassungsmanagement garantierte eine optimale Auswahl der Zielgruppe entsprechend den Ein-/&Ausschlusskriterien. Die Verteilung und Rücknahme der Fragebögen war problemlos gewährleistet, die Kommunikation im Projektteam durch regelmäßige Besprechungen vor Ort gut möglich und der telefonische Kontakt zur Klärung von aktuellen Fragen war gesichert. Weiters sind die MitarbeiterInnen der ASK geübt im Umgang mit Befragungssituationen und verfügen selbst über einen großen Erfahrungsschatz, der in der Planungs- und Durchführungsphase sehr hilfreich war.

- Datenerhebung

Jeder Fragebogen bestand aus einem Deckblatt, zwei Seiten mit standardisierten und einer Seite mit zusätzlichen Fragen, somit aus vier Seiten. Diese wiesen mit ‚Fragebogen Nr. 1‘ eine einheitliche Nummerierung auf, diese Vorgehensweise wurde mit der jeweils folgenden Zahl für 102 Fragebögen durchgängig eingehalten. Auf dem Deckblatt war die Zustimmung des/der Befragten mittels Unterschrift und Datum einzuholen (Informed Consent), sowie ein Hinweis zur Freiwilligkeit, Wahrung der Anonymität und die Widerrufungsmöglichkeit des Einverständnisses enthalten.

Fragebogen-Box:

Jede der drei festgelegten Abteilungen erhielt eine Fragebogen-Box, an deren Außenseite Hinweise zur korrekten Handhabung inkl. Kontaktdaten aufgedruckt waren. Jede Box wurde mit einer Klipp-Mappe als Arbeitsunterlage, 34 nummerierten Fragebögen, 5 Kugelschreibern und einer Mappe für die bereits ausgefüllten Fragebögen ausgestattet.

Im Inneren der Box befand sich für die diplomierten SozialarbeiterInnen eine Anmerkung zur richtigen Auswahl von Angehörigen, mit dem Hinweis, diesen Fragebogen ausschließlich an betreuende/pflegende Angehörige von PatientInnen weiterzugeben, die in häusliche Pflege entlassen werden.

Ziel dieser Einschränkung war es, das subjektive Belastungsempfinden aller betreuenden/pflegenden Angehörigen unter denselben Bedingungen zu erfassen. Die Rückkehr in den häuslichen Bereich war somit ein wichtiges Einschlusskriterium.



Abb. 13) Fragebogenboxen mit Handhabungshinweisen und Kontaktdaten inkl. Telefonnummern auf der Außenseite



Abb. 14) Inhalt der Frageboxen

Folgender Hinweis für die Befragten wurde entsprechend der Vorgabe des Handbuchs der HPS¹²⁰ auf der Titelseite festgehalten:

*„Sehr geehrte/r Angehörige/r,
ich ersuche Sie einen Fragebogen auszufüllen, in dem Sie um Angaben gebeten werden, die im Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen.
Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst ohne Zeitdruck aus.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!“*

Die Frageboxen wurden bereits im Juli übergeben, somit konnte der Monat August zur Gänze als Prätest Phase genutzt werden. Es ergaben sich weder verständnisrelevante Fragen noch konnte eine übermäßige zeitliche Belastung diagnostiziert werden. Der Fragebogen wurde somit im Praxistest zur Zielerreichung für angemessen befunden und konnte in der vorgelegten Form für die Befragung eingesetzt werden.

Der Projektverlauf wurde regelmäßig mittels Verlaufsdocumentation inkl. Stundenaufzeichnung in einer Excel Datei erfasst und ergibt von der Projektplanung, Befragung, Auswertung, bis hin zur Fertigstellung der Master Thesis einen Gesamtarbeitszeit von mehr als 800 Stunden.

9.6 Einschluss-/Ausschlusskriterien, Bias/Confounder

➤ Einschlusskriterien:

- Angehörige, die häusliche Betreuungs-/Pflegearbeit an älteren Mitmenschen leisten und deren zu Betreuende/zu Pflegende an der ASK I, Akutgeriatrie/Remobilisation, stationär aufgenommen waren
- Angehörige von betreuungs-/pflegebedürftigen Menschen, die den Aufnahmekriterien der Akutgeriatrie/Remobilisation der ASK I entsprachen
- Angehörige, deren zu Betreuende/Pflegende wieder in häusliche Pflege entlassen wurden

Der Zeitraum der Befragung, inkl. einmonatiger Prätestphase, erstreckte sich von August 2011 bis einschließlich März 2012. Alle Einschlusskriterien boten Voraussetzungen, die für die Zielgruppe eindeutig erfüllbar waren.

➤ Ausschlusskriterien:

- Angehörige von betreuungs-/pflegebedürftigen Menschen, die nicht den Aufnahmekriterien der Akutgeriatrie/Remobilisation der ASK I entsprachen
- Angehörige von PatientInnen, die ständig in institutionellen Pflegeeinrichtungen betreut/gepflegt wurden
- Angehörige von PatientInnen, welche nach dem stationären Aufenthalt in der ASK nicht mehr in die häusliche Pflege entlassen werden konnten
- Angehörige von PatientInnen, die nach Hause entlassen wurden, für die jedoch bereits ein Heimplatz beantragt war

Erklärung:

Pflegebedürftige, die ständig in Pflege-/Betreuungseinrichtungen untergebracht sind, unterscheiden sich zu sehr in den Anforderungen an ihre Betreuungspersonen. Schon ein in Aussicht gestellter Heimplatz könnte das subjektive Belastungsempfinden mildern und somit zu anderen Ergebnissen führen.

➤ Bias:

- Auffassungsunterschiede von verwendeten Begrifflichkeiten im Fragebogen
- Erinnerungsbias, wenn erst kürzlich mehrere länger andauernde stationäre Aufenthalte rasch aufeinander folgend erforderlich waren
- Die Betreuungs-/Pflegesituation erst sehr kurz bestand

- Übersteigertes Verantwortungsbewusstsein einzelner Angehöriger
 - Mangelnde Kenntnis der dem stationären Aufenthalt in der ASK zu Grunde liegenden Diagnose
 - Individuelle Ausdrucksfähigkeit in Bezug auf den Aufnahmegrund in der ASK
 - Informationsbias des die Fragebögen verteilenden Case Managements im ASK
 - Selektionsbias der Zielpopulation durch das Case Management
- Confounder:
- Soziales Geschlecht der Betreuungsperson & Alter
 - Geschlecht der zu Betreuenden/zu Pflegenden & Alter
 - Stress/Angst/psychische und physische Belastung
 - Rauchen
 - Bereits bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung
 - Sozioökonomischer Status
 - Emotionale Auswirkungen auf die Entscheidung zur Übernahme von Pflegeverantwortung
 - Zeitdruck beim Entscheidungsfindungsprozess zur Übernahme von Pflegeverantwortung
 - Mehrfachbelastung (Arbeit, Haushalt, Familie, Pflege,...)
 - Spiritualität

9.7 Umfang der Befragung mit Begründung

Es wurden 102 Fragebögen ausgegeben (34 Stück für jede Station) bei einem erwarteten Rücklauf von ca. 60,00%. Die Testgütekriterien sind in Punkt 9.9 näher ausgeführt.

Der Umfang der Befragung ergab sich aus dem standardisierten Fragebogen nach E. Grähsel, ergänzt durch die bereits beschriebenen Zusatzfragen. Es wurde darauf geachtet, dass ein maximaler Zeitaufwand von 20 – 25 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens aufzuwenden war, auf die knappen zeitlichen Ressourcen der ASK I MitarbeiterInnen waren ebenso Rücksicht zu nehmen. Die aufgelegte Stückzahl war im Kontext mit den Aufnahmezahlen der Klinik und den vorgegebenen Ein- und Ausschlusskriterien der Befragten nach sieben Monaten ausgeschöpft.

9.8 Methodenbeschreibung der Fragebogenverteilung, Datensammlung und Datenanalyse

➤ Fragebogenverteilung

Nach inhaltlicher sowie ethischer Prüfung des Fragebogens wurde dieser in einer Auflage von 102 Stück Anfang Juli 2011 an die leitende Sozialarbeiterin, die zusätzlich als Case Managerin ausgebildet ist, weitergegeben. Der Übergabe gingen vier ausführliche Besprechungen voran, in denen der Modus der Weitergabe an Angehörige genau erläutert wurde. Eine schriftliche Zusammenfassung zur genauen Vorgehensweise an der Fragebogenbox diente zusätzlich als Hilfestellung. Die telefonische Erreichbarkeit war jederzeit gegeben, um mögliche auftretende Fragen sofort zu klären. Die leitende Sozialarbeiterin und zwei weitere Kolleginnen nahmen die Auswahl der Angehörigen den Vorgaben entsprechend vor. Ein vom Autor der standardisierten Fragen präzise vorgegebener Wortlaut war für die Übergabe des Fragebogens an der Fragebogenbox deutlich sichtbar und gut leserlich angebracht.

➤ Datenerfassungsmethoden

Die Dateneingabe erfolgte in einer vorbereiteten Excel-Mappe und ermöglichte die Zuordnung der mit der Ausgabe der Fragebögen befassten DSA^{innen} zu den Abteilungen. Weiters wurden die beiden Gruppen (Demenz- und Nicht-Demenz-Gruppe) in getrennten Datenblättern gespeichert. Die Darstellung der Zusatzfragenergebnisse folgte dem Procedere der Standardlisten.

➤ Datenanalyse

Der Rohdatensatz wurde gesondert vom Auswertungsdatensatz archiviert. Die Datenanalyse im Bereich des standardisierten Fragebogens erfolgte mit beigefügtem Analysespiegel zur Gewichtung der Antworten. Die Zusatzfragen wurden deskriptiv dargestellt. Zur Berechnung von Standardabweichung, Mittelwert, Median und Summenwert kam Microsoft Office Excel 2007 zur Anwendung.

9.9 Testgütekriterien

➤ Reliabilität

- Innere Konsistenz

In der Demenzgruppe beträgt der Konsistenzkoeffizient nach Spearman-Brown (Testhalbierung nach geradzahligen und ungeradzahligen Aussagen) 0.88 und der

Cronbach-alpha-Wert 0.90. Die entsprechenden Werte in der **Nicht-Demenz-Gruppe** lauten 0.90 bzw. **0.91**.¹²¹

- Testwiederholungs-Reliabilität

Bei einer wiederholten Befragung nach 14 Tagen beträgt die **Testwiederholungs-Reliabilität 0.94**.

Dieser Wert wurde in zwei Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige ermittelt, bei der insgesamt 23 Personen an der Wiederholungsbefragung teilnahmen und das Einschlusskriterium (keine zwischenzeitlichen belastungsrelevanten Veränderungen der Pflegesituation) erfüllten.¹²²

➤ Validität

In der Literatur hat sich übereinstimmend gezeigt, dass soziale Verhaltensstörungen des Patienten/der Patientin wie Unruhe oder Aggressivität einen erheblichen Stressor für familiäre Pflegepersonen darstellen. Demzufolge ist ein signifikanter und bedeutsamer, positiv linearer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß sozialer Verhaltensstörungen und der subjektiven Belastung der Pflegepersonen festzustellen. Dies gilt insbesondere für multiple Zusammenhangsanalysen.^{123, 124}

Dieser Zusammenhang zeigt sich auch unter Verwendung des HPS-Summenwertes sowohl in der Demenz- als auch in der Nicht-Demenz-Gruppe.

Die Literatur beschreibt hingegen übereinstimmend, dass zwischen dem Belastungsausmaß und der Zeitspanne, seit Beginn der häuslichen Pflege, kein signifikanter Zusammenhang in multivariaten Analysen besteht.^{125, 126}

Auch dieses empirische Ergebnis lässt sich unter Verwendung des HPS-Summenwertes in beiden Gruppen bestätigen.

Gemessen an den beiden äußeren Kriterien, ‚soziale Verhaltensstörungen‘ und ‚Zeitspanne seit Beginn der häuslichen Pflege‘, erweist sich der HPS-Summenwert als valide.¹²⁷

9.10 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Projektelevaluierung)

Zur Qualitätssicherung erfolgte nach Abschluss der Datenerfassung ein Eingabeprüfverfahren, um mögliche Eingabefehler sichtbar zu machen.

Eine laufende Projektelevaluierung fand durch permanente Rückmeldungen aus der ASK I statt. Die abschließende Ergebnisevaluation wurde unter Beiziehung eines erfahrenen Soziologen durchgeführt.

9.11 Maßnahmen zum Datenschutz und zur Ethik

a) Datenschutz:

Der Geschäftsleitung der GGZ wurde eine unterschriebene Datenschutzerklärung übergeben, mit der die Verpflichtung zur Einhaltung des DSGVO 2000 sowie die vertrauliche Behandlung der erhobenen Daten attestiert wurden.

Die aufgelegten Fragebögen waren mit einem Deckblatt versehen, um die Zustimmung zur Verwendung der erhobenen Daten mittels Unterschrift (Informed Consent) einzuholen. Weiters wurde auch hier auf strengste Einhaltung des Datenschutzgesetzes 2000 hingewiesen sowie auf die Freiwilligkeit der Teilnahme. Die jederzeitige Widerrufungsmöglichkeit der Zustimmungserklärung, ohne Angabe von Gründen mit der Folge der Vernichtung der erhobenen Daten, wurde hier ebenso allen TeilnehmerInnen schriftlich zur Kenntnis gebracht.

b) Ethik:

Durch diese Befragung wird die Förderung des Unterstützungsangebots für betreuende/pflegende Angehörige angestrebt, mit dem Ziel, möglichst günstige Voraussetzungen für die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeleistungen im familiären Bereich zu gewährleisten. Psychosoziale, sozioökonomische sowie physiologische Faktoren, die sich ungünstig auf betreuende/pflegende Angehörige auswirken, werden offenkundig.

Die Anregung von Maßnahmen zur Früherkennung von übermäßigem Belastungsempfinden auf physischer, psychischer und sozioökonomischer Ebene soll im Kontext einer möglichen Weiterentwicklung des bestehenden Angebots diskutiert werden. Die Fragen wurden durch den Betreuer dieser Arbeit auf ihre ethische Eignung hin geprüft. Das Erfordernis eines Ethikkommissionsantrags war nicht gegeben, da die Fragestellungen nicht auf die Verwertung medizinisch relevanter Daten ausgelegt waren.

Einzig die Unterscheidung zwischen PatientInnen mit Demenz und jenen mit einer anderen Zuweisungsdiagnose wurde getroffen. Diese Differenzierung gestattete eine umfangreichere Anwendung des standardisierten Fragebogens. Ein weiterer Grund für die positive ethische Beurteilung ergab sich aus der Fokusgruppe, da eben nicht die stationär aufgenommenen PatientInnen Ziel der Befragung waren, sondern deren betreuende/pflegende Angehörige, mit denen kein Betreuungsvertrag im engeren Sinne bestand. Durch den Hinweis auf die Freiwilligkeit an der Teilnahme sowie deren Zustimmung zur anonymen Verwendung der erhobenen Daten mittels Unterschrift, in Verbindung mit einer jederzeitigen Widerrufungsmöglichkeit unter Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen, wurde die ethische Unbedenklichkeit der Befragung attestiert.

10 Ergebnisdarstellung des empirischen Teils

Allgemeines

Es wurden 102 Fragebögen ausgegeben (34 Stück für jede Station) bei einem erwarteten Rücklauf von ca. 60,00%. Die Testgütekriterien sind in Punkt 9.9 näher ausgeführt.

77 voll verwertbare Fragebögen sind eingelangt, wobei 5 mangels fehlender Unterschrift (Informed Consent) nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten. Der Rücklauf betrug somit 70,58%.

Die Gruppe mit Pflegeursache außer Demenz umfasst 49 Personen, die Demenzgruppe 23 Personen.

Gruppenspezifische Daten

Demenzgruppe:

Betreuungspersonen nach Geburtsjahrgang: 1934 – 1978 (n=22)

Geschlechterverteilung: 15 Frauen (65%), 8 Männer (35%); (n=23)

Betreute Personen nach Geburtsjahrgang: 1921 – 1940 (n=23)

Geschlechterverteilung: 20 Frauen (87%), 3 Männer (13%); (n=23)

Pflegeursachen außer Demenz:

Betreuungspersonen nach Geburtsjahrgang: 1931 – 1973 (n=46)

Geschlechterverteilung: 35 Frauen (74%), 12 Männer (26%); (n=47)

Betreute Personen nach Geburtsjahrgang: 1916 – 1954 (n=47)

Geschlechterverteilung: 31 Frauen (66%), 16 Männer (34%); (n=47)

Ermittlung der Punktwerte

Der standardisierte Fragebogen ist gegliedert in 28 Fragen, die vier Antwortmöglichkeiten bieten:

stimmt genau / stimmt überwiegend / stimmt ein wenig / stimmt nicht

Mittels im Anhang beigefügtem Analysespiegel werden 0, 1, 2 oder 3 Punkte dem jeweils angekreuzten Feld zugeordnet.

Die ergänzten sieben Zusatzfragen werden deskriptiv dargestellt.

Forschungsfragen

Trotz Inanspruchnahme von Hilfeleistungen betreuender/pflegender Angehöriger während eines stationären Aufenthaltes ihrer zu Betreuenden/Pflegenden an der Akutgeriatrie/Remobilisation in der Albert Schweitzer Klinik I, im Zeitraum von September 2011 bis einschließlich März 2012 sind folgende Fragen von Interesse:

- a) ,Persistiert weiterhin ein Belastungsempfinden bei pflegenden Angehörigen (mit Unterscheidung zwischen DemenzpatientInnen und jenen ohne Demenzerkrankung?

Durchschnittliches subj. Belastungsempfinden: ASK I vs. Normsummenwert aus der Eichstichprobe

	subj. Belastungsempfinden Angehöriger (Pat. ohne Demenz) n=49	Standardabweichung	subj. Belastungsempfinden Angehöriger (Pat. mit Demenz) n=23	Standardabweichung
Durchschnittlicher Gesamtpunktwert in der Albert Schweitzer Klinik I	34,5	$s = \pm 14,6$	32,2	$s = \pm 16,2$
Durchschnittlicher Normsummenwert in der Eichstichprobe	36,6	$s = \pm 16,0$	41,9	$s = \pm 14,8$

Tab. 8) Durchschnittliche Summenwerte im Vergleich

Eine Punktezuordnung von 0 – 3 ermöglicht bei 28 Fragen Minimal- bzw. Maximalsummenwerte von 0 – 84

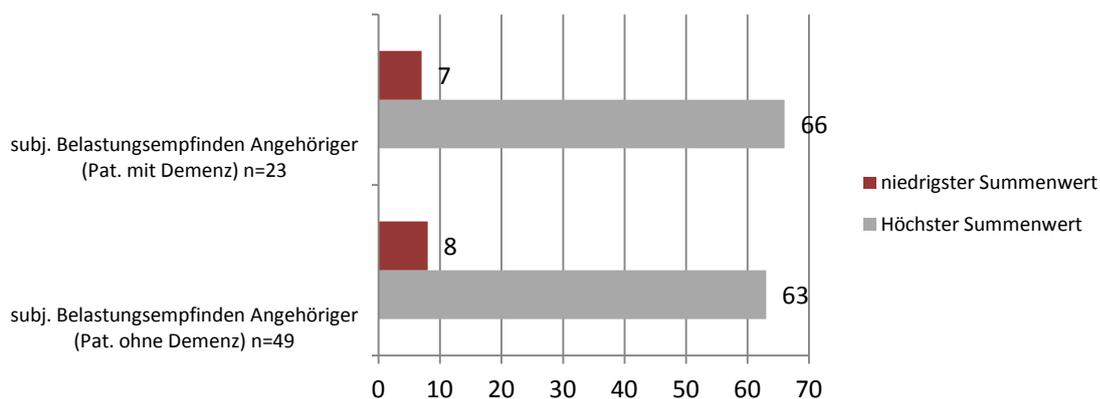


Abb. 15) Minimal- und Maximalwert aus der ASK I Gruppe

Interpretation des HPS-Summenwertes bei Demenzsyndrom (normierte Einteilung anhand des Risikos für psychosomatische Beschwerden)				
HPS-Summenwert	Belastungsausmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der ASK-Gruppe mit n=23	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (HPS) n=1236
0 - 35	nicht bis gering	nicht erhöht	56,5%	33,8%
36 - 45	mittelgradig	erhöht	21,7%	25,3%
46 - 84	stark bis sehr stark	stark erhöht	21,7%	40,9%

Tab. 9) Einteilung des Beschwerderisikos für DemenzpatientInnen und Häufigkeitsquantifizierung für psychosomatische Beschwerden in %

Interpretation des HPS-Summenwertes bei Pflegeursachen außer Demenz (normierte Einteilung anhand des Risikos für psychosomatische Beschwerden)				
HPS-Summenwert	Belastungsausmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der ASK-Gruppe mit n=49	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (HPS) n=591
0 - 41	nicht bis gering	nicht erhöht	59,2%	61,4%
42 - 55	mittelgradig	erhöht	34,7%	24,4%
56 - 84	stark bis sehr stark	stark erhöht	6,1%	14,2%

Tab.10) Einteilung des Beschwerderisikos für PatientInnen mit Pflegeursachen außer Demenz und Häufigkeitsquantifizierung für psychosomatische Beschwerden in %

b) Gibt es einen Unterschied zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen betreuenden/pflegenden Angehörigen?

Subjektives Belastungsempfinden betreuender/pflegender Angehöriger & Berufstätigkeit

	Durchschnittswert (Pat. ohne Demenz) n=49	Median (Pat. ohne Demenz) n=49	Gesamtpunktwert (Pat. ohne Demenz) n=49	Durchschnittswert (Pat. mit Demenz) n=23	Median (Pat. mit Demenz) n=23	Gesamtpunktwert (Pat. mit Demenz) n=23
Vollzeit	33,7	34,0	640	28,8	25,0	230
Teilzeit	33,7	31,5	202	27,8	14,0	139
nicht berufstätig	35,3	38,5	847	37,2	37,0	372

Tab.11) Darstellung des subjektiven Belastungsempfindens bei Vollzeit- & Teilzeitbeschäftigung sowie bei nicht oder nicht mehr berufstätigen Personen

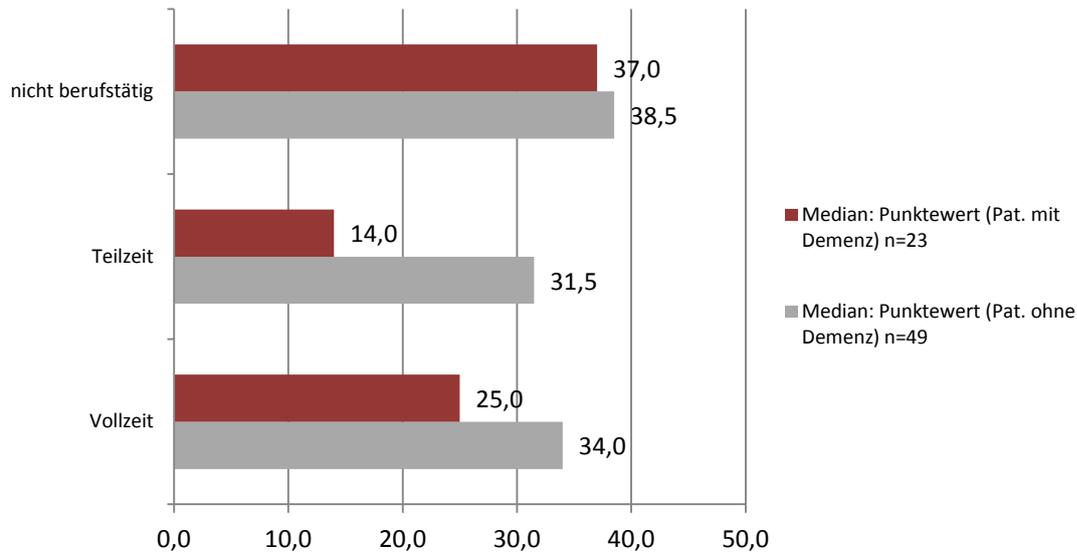


Abb. 16) Visualisierung des Medians bei Vollzeit- & Teilzeitbeschäftigten sowie bei nicht berufstätigen Personen mit Unterscheidung der Demenz- und nicht-Demenzgruppe

c) Unterscheidet sich der Grad des Belastungsempfindens durch das Gefühl der Hauptverantwortlichkeit für die Pflege?

Antwortverhalten zum Gefühl der Hauptverantwortlichkeit für die Pflege	Durchschnittswert (Pat. ohne Demenz) n=49	Median (Pat. ohne Demenz) n=49	Gesamtpunktwert (Pat. ohne Demenz) n=49	Durchschnittswert (Pat. mit Demenz) n=23	Median (Pat. mit Demenz) n=23	Gesamtpunktwert (Pat. mit Demenz) n=23
stimmt genau	36,0	41,0	684	36,3	37,0	290
stimmt überwiegend	34,8	34,0	731	34,1	34,5	273
stimmt ein wenig	33,5	29,5	201	27,2	21,0	136
stimmt nicht	24,3	16,0	73	21,0	21,0	42

Tab. 12) Gefühl der Hauptverantwortlichkeit für die Betreuung/Pflege in unterschiedlichen Ausprägungsstufen und Darstellung des ermittelten durchschnittlichen Punktwerts des subjektiven Belastungsempfindens, des Medians und des Gesamtpunktwerts

Gefühl der Pflegehauptverantwortlichkeit & Stärke des subjektiven Belastungsempfindens

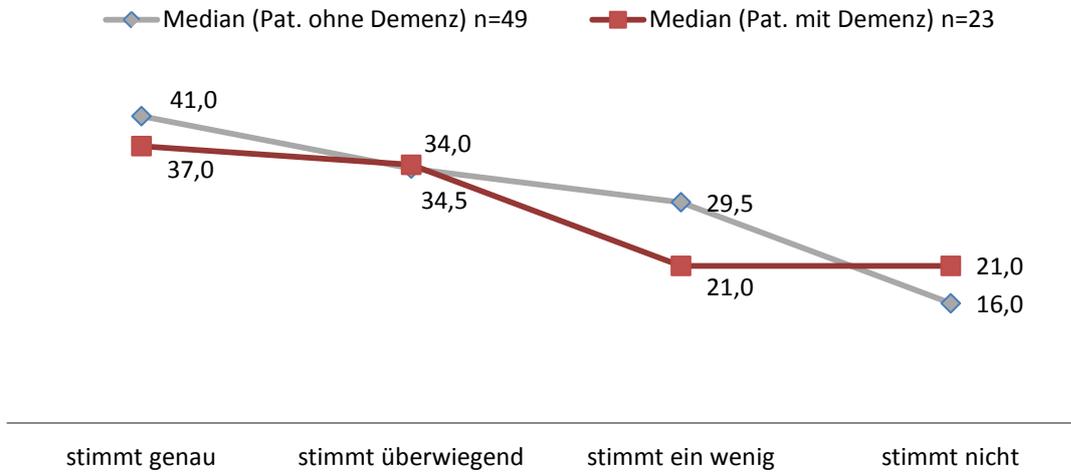


Abb. 17) Visualisierung von Hauptverantwortlichkeit für die Betreuung/Pflege in Verbindung mit der empfundenen subjektiven Belastung

d) Existiert ein Korrelat zwischen dem Bildungsgrad und der empfundenen Pflegebelastung?

Bildungsgrad und subjektives Belastungsempfinden pflegender Angehöriger

	Durchschnittswert (Pat. ohne Demenz) n=49	Median (Pat. ohne Demenz) n=49	Gesamtpunktwert (Pat. ohne Demenz) n=49	Durchschnittswert (Pat. mit Demenz) n=23	Median (Pat. mit Demenz) n=23	Gesamtpunktwert (Pat. mit Demenz) n=23
Pflichtschule	30,6	21,0	214	22,7	19,0	68
Lehre/berufsbild. mittl. Schule	36,6	40,5	879	32,9	33,0	493
Matura/berufsbild. höhere Schule	40,0	43,0	360	36,0	36,0	180
Universität	26,2	23,0	236	0,0	0,0	0,0

Tab. 13) Höchst abgeschlossene Schulbildung in vier Unterteilungen mit Darstellung der durchschnittlichen Belastungswerte, der Mediane und der Gesamtpunktwerte differenziert nach Demenz, - und nicht-Demenzgruppe

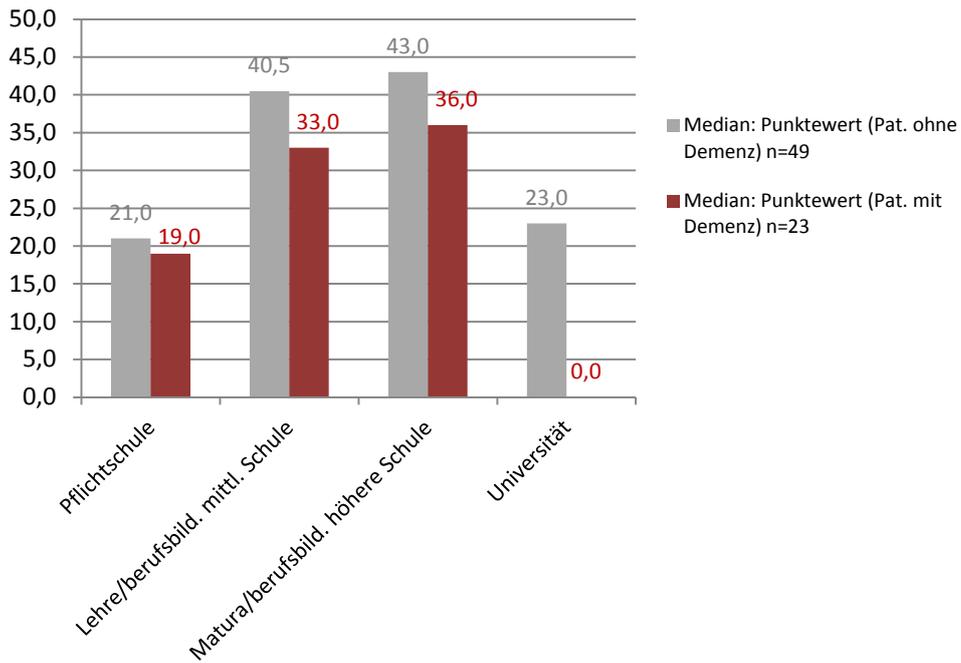


Abb. 18) Visualisierung von Bildungsgrad und subjektivem Belastungsempfinden

Bildungsgrad pflegender Angehöriger (Anzahl und % ohne Differenzierung zwischen Demenz und anderen Diagnosen) n=72

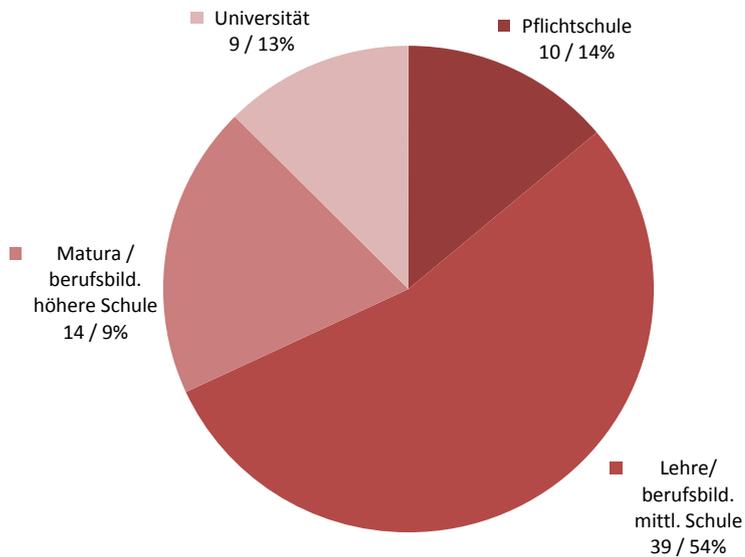


Abb. 19) Gesamtdarstellung aller Befragten zum Bildungsgrad

e) Verringert frühere familiäre Pflegeerfahrung das Belastungsempfinden?'

Frühere Pflegeerfahrung & subjektives Belastungsempfinden

	Durchschnittswert (Pat. ohne Demenz) n=49	Median (Pat. ohne Demenz) n=49	Gesamtpunktwert (Pat. ohne Demenz) n=49	Durchschnittswert (Pat. mit Demenz) n=22	Median (Pat. mit Demenz) n=22	Gesamtpunktwert (Pat. mit Demenz) n=22
mit Pflegeerfahrung	37,1	41,0	816 n=22	35,7	36,0	321 n= 9
ohne Pflegeerfahrung	32,3	26,0	873 n=27	31,2	29,0	406 n=13

Tab. 14) Subjektives Belastungsempfinden mit und ohne frühere Pflegeerfahrung, differenziert nach Demenz- und nicht-Demenzgruppe

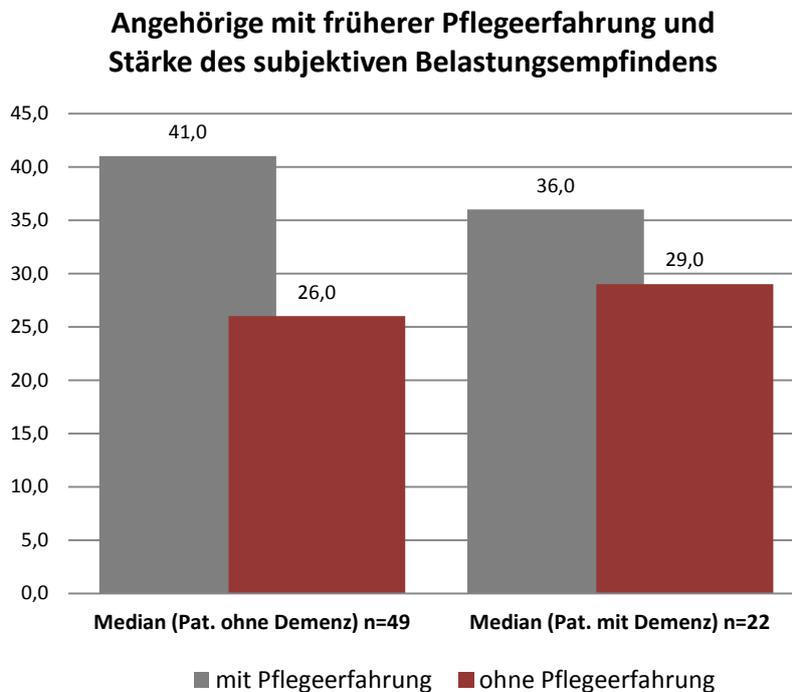


Abb. 20) Gegenüberstellung von Demenz- und nicht-Demenzgruppe und subjektivem Belastungsempfinden von Angehörigen mit sowie ohne frühere familiäre Pflegeerfahrung

Zusätzliche Ergebnisse der Befragung

Antwortverhalten zur Frage, ob Spiritualität ein Motiv für die Übernahme der Pflege ist:	Anzahl der Personen (Demenz; n=21)	Anzahl der Personen (außer Demenz; n=49)
stimmt genau	3	3
stimmt überwiegend	3	6
stimmt ein wenig	9	17
stimmt nicht	6	23

Tab. 15) Antwortverhalten zur Spiritualität als Motiv für die Übernahme von Pflege

Antwortverhalten zur Frage, ob mit Hilfe von Spiritualität die Mühen der Pflege leichter zu bewältigen sind:	Anzahl der Personen (Demenz; n=21)	Anzahl der Personen (außer Demenz; n=48)
stimmt genau	3	4
stimmt überwiegend	6	7
stimmt ein wenig	7	18
stimmt nicht	5	19

Tab. 15) Antwortverhalten zur Spiritualität als Hilfe zur Bewältigung der Pflege

In der Gruppe mit Demenz als Pflegeursache beträgt die maximale Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder 2 (n=20); die maximale Anzahl der Erwachsenen beträgt 4 (n=20), wobei es sich um einen gemeinsamen Haushalt mit insgesamt 6 Personen handelt.

In der Gruppe mit Pflegeursache außer Demenz beträgt die maximale Anzahl der in einem gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder 3 (n=44); die maximale Anzahl der Erwachsenen beträgt 6 (n=44), wobei es sich hierbei um unterschiedliche Haushalte handelt.

Die nachfolgenden Darstellungen geben Auskunft über die durchschnittlichen Punktwerte zu den einzelnen Fragen aus dem standardisierten Fragebogen.

Folgende Antwortoptionen stehen - wie bereits beschrieben - zur Verfügung:

stimmt genau / stimmt überwiegend / stimmt ein wenig / stimmt nicht

Mittels im Anhang beigefügtem Analysespiegel werden 0, 1, 2 oder 3 Punkte dem jeweils angekreuzten Feld zugeordnet, somit sind Werte von 0,00 als Minimal- und 3,00 als Maximalwert definiert.

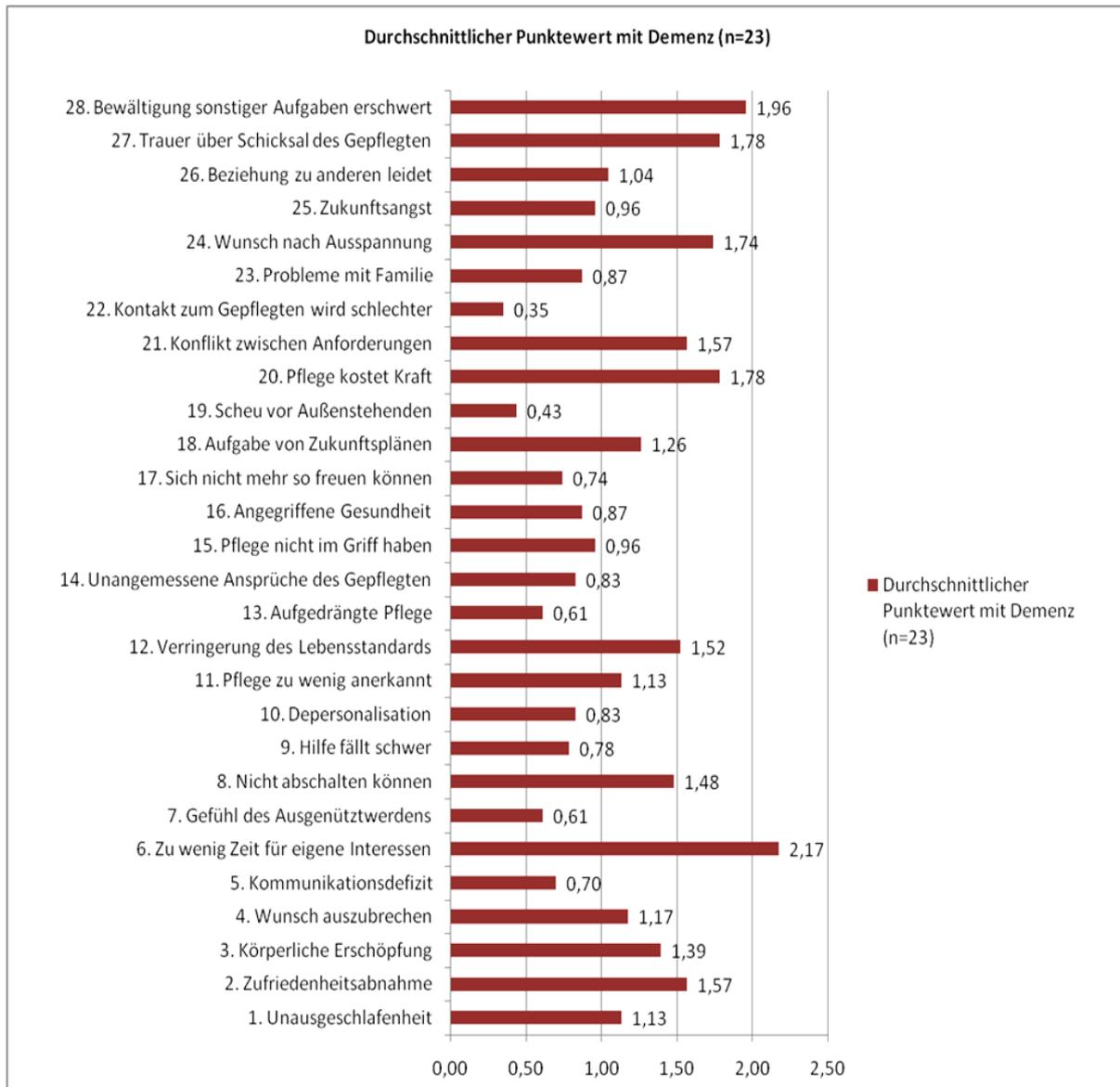


Abb. 21) Auflistung der einzelnen Fragen mit durchschnittlichen Punktwerten zum subjektiven Belastungsempfinden Angehöriger von dementen Betreuungs-/Pflegebedürftigen

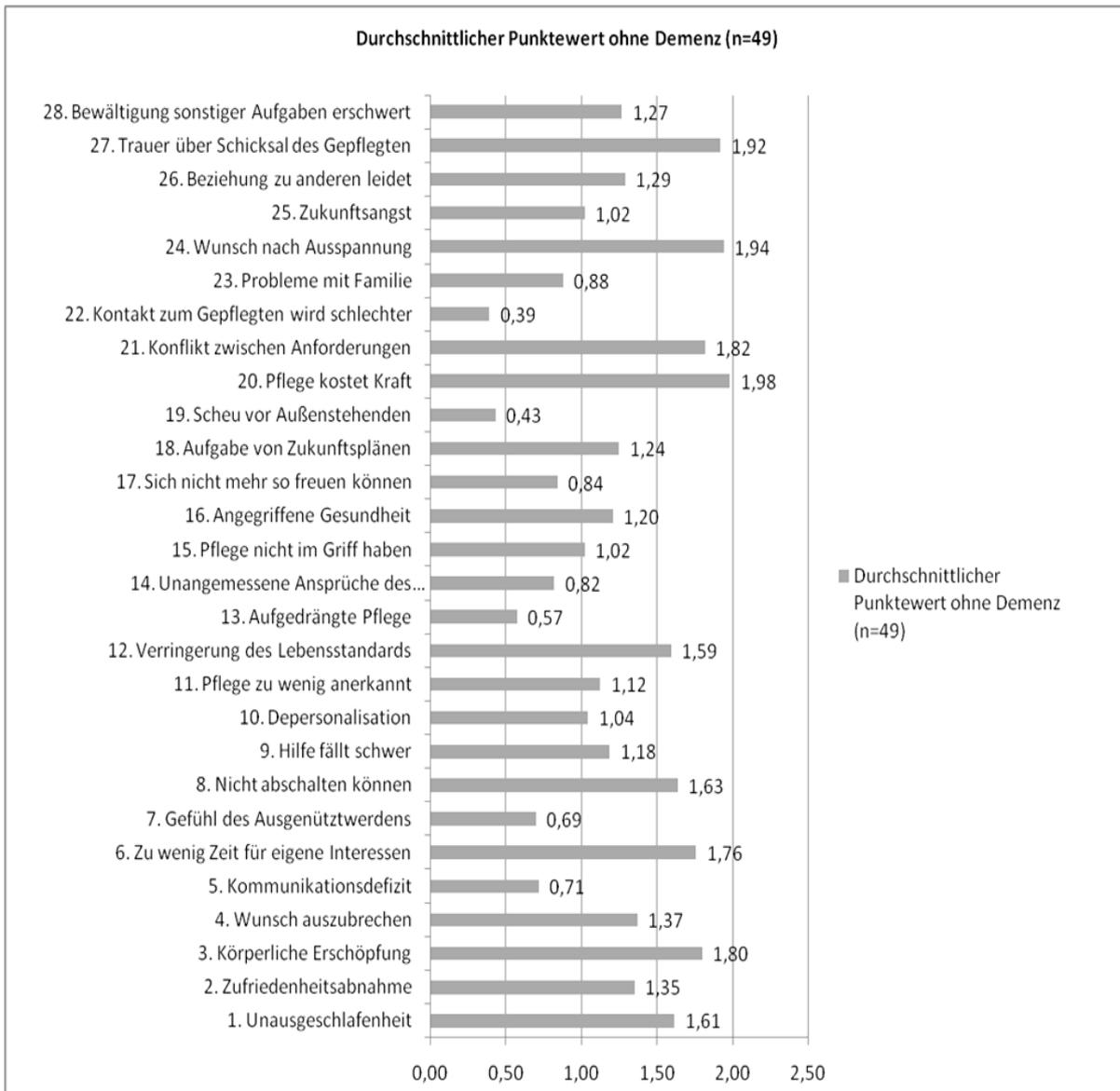


Abb. 22) Auflistung der einzelnen Fragen mit durchschnittlichen Punktwerten zum subjektiven Belastungsempfinden Angehöriger von nicht-dementen Betreuungs-/Pflegebedürftigen

10.1 Interpretation der Ergebnisse

Teilweise betreuen/pflegen selbst bereits betagte Angehörige (Demenz-Gruppe ab Jahrgang 1931; n=46, nicht-Demenz-Gruppe ab 1934; n=22) ihre Familienmitglieder.

Der Frauenanteil bei betreuungs-/pflegebedürftigen Personen ist generell höher als der Anteil an Männern, jedoch ist dieser Unterschied in der Demenzgruppe ausgeprägter mit 87% Frauen im Vergleich zu einem Männeranteil von 13% (20:3; n=23), als in der nicht-Demenzgruppe mit 66% Frauen und 34% Männer (31:16; n=47).

Jahrelang wurde betont, dass die Pflege ‚weiblich‘ sei. In der Vorliegenden Studie liegt das Verhältnis betreuender/pflegender Angehöriger in der Demenzgruppe bei 65% Frauen zu 35% Männern (15:8; n=23) und in der nicht-Demenzgruppe bei 74% Frauen zu 26% Männern (35:12; n=47).

Ad a) Ergebnis:

Der durchschnittliche Gesamtpunktwert betreuender/pflegender Angehöriger in der ASK I ist, im Vergleich mit dem Normsummenwert aus der Eichstichprobe, in der Demenz-, sowie nicht-Demenzgruppe niedriger.

Unter Verwendung der normierten dreigliedrigen Einteilung der HPS-Summenwerte, anhand derer das Risiko an psychosomatischen Beschwerden zu erkranken zugeordnet werden kann, weisen die ASK I Ergebnisse ebenso ein niedrigeres Risiko im Vergleich zur Referenzstichprobe aus der HPS auf. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Pflegeursachen außer Demenz mit mittelgradiger Belastung, deren Erkrankungsrisiko als erhöht eingestuft wird.

Interpretation:

Die HPS wurde in der verwendeten Version 2001 in 2. überarbeiteter Auflage herausgegeben. Die Akutgeriatrie/Remobilisation der ASK I erbringt Leistungen auf höchstem Niveau und nimmt auf Grund der zusätzlichen Forschungstätigkeit eine Sonderstellung ein.

Das erhöhte Erkrankungsrisiko für Pflegeursachen außer Demenz von Angehörigen mit mittelgradig erhöhten Werten (34.7% aus der ASK I Gruppe im Vergleich zu 24.4% aus der Referenzstichprobe der HPS) könnte einerseits auf die zunehmende Spezialisierung auf Demenzerkrankung zurückzuführen sein, andererseits formulieren nicht an Demenz Erkrankte möglicherweise ihre Bedürfnisse konkreter und sind eventuell beharrlicher in ihrem Bestreben zur Zielerreichung.

Ad b) Ergebnis:

Nicht oder nicht mehr berufstätige Betreuungs-/Pflegepersonen weisen höhere subjektive Belastungswerte auf, als berufstätige.

Interpretation:

Die Auswertung der Einzelfragen zeigt, dass die Betreuungs-/Pflegesituation den Angehörigen viel Kraft abverlangt, bis hin zur körperlichen Erschöpfung. Wie aus der Altersstruktur ersichtlich, leisten oftmals selbst schon betagte Personen Betreuungs-/Pflegearbeit. In der Sorge um das Wohlergehen der ihnen Anvertrauten erbringen Menschen oft Höchstleistungen, ohne auf die eigene, teils altersbedingt, angegriffene Gesundheit oder das frühere Erreichen der Belastbarkeitsgrenze zu achten. Die Auswertung der Einzelfragen ergibt, dass 1) zu wenig Zeit für eigene Interessen vorhanden ist, 2) die Bewältigung sonstiger Aufgaben erschwert ist, 3) dass Trauer über das Schicksal des Gepflegten herrscht, 4) die Pflege Kraft kostet und 5) der Wunsch auszuspannen groß ist, 6) Zufriedenheit und Lebensstandard sinken.

Ad c) Ergebnis:

Fasst man alle Antwortmöglichkeiten einer Gruppe (Demenz- vs. nicht-Demenzgruppe) zusammen, findet sich ein anderes Bild, als bei differenzierter Betrachtung. Generell zeigen die Resultate, dass Angehörige ohne Beachtung des persönlichen Hauptverantwortlichkeitsempfindens, in der Gruppe der Pflegeursachen außer Demenz, ein mittelgradig erhöhtes Erkrankungsrisiko für psychosomatische Beschwerden haben.

Interpretation:

Angehörige von Personen mit Pflegeursache außer Demenz, die sich Hauptverantwortlich für die Betreuung/Pflege fühlen, zeigen kein bis ein geringes subjektives Belastungsempfinden. Angehörige von DemenzpatientInnen haben ein erhöhtes Risiko an psychosomatischen Beschwerden zu leiden, wenn sie hauptverantwortlich betreuen/pflegen. Die Außenwirkung von betreuenden/pflegenden Angehörigen stimmt nicht immer mit dem persönlichen Verantwortlichkeitsempfinden überein.

Ad d) Ergebnis:

Die Frage nach der Existenz eines Korrelats zwischen dem Bildungsgrad und der empfundenen Pflegebelastung weist folgende Daten aus:

PflichtschulabsolventInnen zeigen im Median in beiden Gruppen kein bis ein geringes subjektives Belastungsempfinden, Personen mit Lehre & berufsbildender mittlerer Schule weisen in der außer-Demenzgruppe höhere Werte als in der Demenzgruppe auf, diese befinden sich jedoch noch im Bereich von nicht bis gering erhöhtem subjektiven Belastungsempfinden.

MaturantInnen und Menschen mit berufsbildender höherer Schule haben in beiden Gruppen ein erhöhtes Risiko für psychosomatische Erkrankungen und zeigen daher ein mittelgradig erhöhtes Belastungsempfinden.

Personen mit Universitätsabschluss geben in der außer-Demenzgruppe kein bis ein geringes subjektives Belastungsempfinden an. In der Demenzgruppe finden sich keine Betreuungs-/Pflegerpersonen mit Universitätsabschluss, die an Demenz erkrankte Personen betreuen.

Interpretation:

Das Ergebnis der vorliegenden Studie deckt sich mit bereits in Punkt 4.2 (Genderproblematik, soziale Schieflage) dargestellten Erkenntnissen aus der Literatur (Vgl. Couch/Daly et al. 1999, Sarkisian/Gerstel 2004), wonach Personen mit höherem Einkommen eher Geld, als Zeittransfer, zugunsten der betreuten Personen leisten. Ein mittelgradig erhöhtes Risiko von MaturantInnen und Menschen mit berufsbildender höherer Schule könnte in Zusammenhang mit ihrer - häufig anspruchsvolleren - beruflichen Stellung stehen, die mit einer Betreuungs-/Pflegesituation schwieriger in Einklang zu bringen ist.

Ad e) Ergebnis:

Ob frühere familiäre Pflegeerfahrung das Belastungsempfinden verringert, muss generell verneint werden. In beiden Gruppen finden sich höhere subjektiv empfundene Belastungswerte im Vergleich zu Menschen ohne frühere Pflegeerfahrung, jedoch noch im Geringfügigkeitsbereich. Insbesondere in der Demenzgruppe wird ein mittelgradiges subjektives Belastungsausmaß mit erhöhtem psychosomatischen Erkrankungsrisiko offenkundig.

Interpretation:

Die Betreuung/Pflege von an Demenz erkrankten Personen scheint besonders belastend zu sein. Dies wurde bereits früh erkannt und ein vielfältiges Betreuungskonzept entwickelt. Die stationäre Betreuung/Pflege gewährleistet eine multiprofessionelle Förderung dieser Personen, im extramuralen Bereich ist ein solches Angebot nur durch unterschiedliche Leistungserbringer in der vorliegenden Qualität, wenn überhaupt, erreichbar.

Zusätzliche Ergebnisse

Spiritualität in nicht näher definierter Ausprägung wird als Motiv für die Übernahme von Pflege in der Demenzgruppe durch 14% der Befragten als zutreffend genannt, 29% stimmen dem ausdrücklich nicht zu, die restlichen Antworten verteilen sich mit 14% auf ‚stimmt überwiegend‘ und 43% mit ‚stimmt ein wenig‘.

In der Gruppe mit Pflegeursachen außer Demenz stimmen 6% zu, durch Spiritualität für die Übernahme von Pflege motiviert zu sein, 47% bringen ihre Meinung durch ankreuzen der Antwortmöglichkeit ‚stimmt nicht‘ zum Ausdruck. In dieser Gruppe verteilen sich die restlichen Antworten mit 12% auf ‚stimmt überwiegend‘ und 35% mit ‚stimmt ein wenig‘.

Für 14% der Befragten aus der Demenzgruppe sind die Mühen der Pflege mit Hilfe von Spiritualität leichter zu bewältigen, 24% stimmen nicht zu, die restlichen Antworten verteilen sich mit 29% auf ‚stimmt überwiegend‘ und 33% mit ‚stimmt ein wenig‘ (% gerundet).

In der Gruppe der Befragten mit Pflegeursache außer Demenz sind 8% der Meinung, dass sie die Mühen der Pflege mit Hilfe von Spiritualität leichter bewältigen, hingegen 40% stimmen nicht zu. In dieser Gruppe verteilen sich die restlichen Antworten mit 15% auf ‚stimmt überwiegend‘ und 38% mit ‚stimmt ein wenig‘ (% gerundet).

- Einzelfragenauswertung - Punktwerteinteilung:
 - 0-1 = ‚stimmt nicht‘ - ‚stimmt ein wenig‘
 - 1-2 = ‚stimmt ein wenig‘ - ‚stimmt überwiegend‘
 - 2-3 = ‚stimmt überwiegend‘ - ‚stimmt genau‘

A) Angehörige der Demenzgruppe:

Die durchschnittlichen Punktwerte der Befragten mit dementen Betreuungs-/ Pflegebedürftigen in absteigender Reihenfolge weisen vorrangigen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen aus (Punktwerte ≥ 2 - $< 2,5$):

- Es bleibt zu wenig Zeit für eigene Interessen

Die durchschnittlichen Punktwerte der Befragten mit dementen Betreuungs-/ Pflegebedürftigen in absteigender Reihenfolge weisen vorrangigen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen aus (Punktwerte $\geq 1,5$ - < 2):

- Die Bewältigung der täglichen Aufgaben ist durch die Betreuungs-/ Pflegesituation erschwert

- Es besteht das Empfinden von Trauer über das Schicksal des Gepflegten
- Die Pflege kostet Kraft
- Der Wunsch nach Ausspannung ist gegeben
- Es besteht ein Konflikt zwischen familiären Anforderungen und der Betreuung-/Pflege
- Die Lebenszufriedenheit der betreuenden/pflegende Angehörigen hat abgenommen
- Der Lebensstandard hat sich verringert

Antworten mit etwas geringerem Belastungsdruck betreffen folgende Bereiche:
(Punktwerte $\geq 1 - < 1,5$):

- Es gelingt nicht außerhalb der Pflegesituation abzuschalten
- Das Gefühl von körperlicher Erschöpfung stellt sich ein
- Zukunftspläne mussten wegen der Pflege aufgegeben werden
- Es besteht der Wunsch auszubrechen
- Die Pfl egetätigkeit ist zu wenig anerkannt
- Der Wunsch auszuschlafen ist vorhanden
- Die Beziehungen zu Familie, Freunden, Bekannten und Anderen leidet

Weitere Ergebnisse:

Die Pflege nicht im Griff zu haben, erzielt einen durchschnittlichen Punktwert von 0.96, Zukunftsangst 0.96, Problemen mit der Familie 0.87, die eigene angegriffene Gesundheit 0.87, Depersonalisation 0.83, unangemessene Ansprüche des Gepflegten 0.83, die Hilfe fällt schwer 0.78, sich nicht mehr so freuen können 0.74, Kommunikationsdefizit 0.70, das Gefühl ausgenutzt zu werden 0.61 und immerhin noch 0.61 für das Empfinden, dass ihnen die Pflege aufgedrängt wurde.

B) Angehörige mit Pflegeursachen außer Demenz:

Die durchschnittlichen Punktwerte der Befragten mit Betreuungs-/Pflegebedürftigen ohne Demenz weisen vorrangigen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen auf ($\geq 1,5 - < 2$):

- Die Pflege kostet Kraft
- Der Wunsch auszuspinnen ist vorhanden
- Es besteht das Empfinden von Trauer über das Schicksal des Gepflegten

- Es besteht ein Konflikt zwischen familiären Anforderungen und der Betreuung-/Pflege
- Ein Gefühl von körperlicher Erschöpfung wird empfunden
- Die eigenen Interessen müssen aus Zeitmangel zurückgestellt werden
- Es gelingt nicht außerhalb der Pflegesituation abzuschalten
- Es besteht ein Schlafdefizit
- Der Lebensstandard hat sich verringert

Antworten mit etwas geringerem Belastungsdruck betreffen folgende Bereiche:

(Punktwerte ≥ 1 - $< 1,5$):

- Es besteht der Wunsch auszubrechen
- Die eigene Lebenszufriedenheit nimmt ab
- Die Beziehungen zu Familie, Freunden, Bekannten und Anderen leidet
- Die Bewältigung der täglichen Aufgaben ist durch die Betreuungs-/ Pflegesituation erschwert
- Zukunftspläne müssen wegen der Pflege aufgegeben werden
- Die Pflege greift die eigene Gesundheit an
- Es fällt schwer Hilfe zu leisten (waschen, anziehen,...)
- Die Pflege wird zu wenig anerkannt
- Es besteht manchmal das Empfinden nicht mehr man selbst zu sein (Depersonalisation)
- Zukunftsangst besteht
- Das Gefühl, die Pflege nicht im Griff zu haben, ist vorhanden

Weitere Ergebnisse:

Probleme mit der Familie erzielen einen durchschnittlichen Punktwert von 0.88, sich nicht mehr so freuen können 0.84, unangemessene Ansprüche der/des Betreuten/Gepflegten 0.82, ein bestehendes Kommunikationsdefizit 0.71, das Gefühl ausgenutzt zu werden 0.69 und die aufgedrängte Pflege weist noch einen Durchschnittswert von 0.57 auf.

10.2 Persönliche Stellungnahme und Fazit

Das Ergebnis der Befragung bildet das hoch qualifizierte multidisziplinäre Leistungsangebot der ASK I ab. Die Tendenz zur Spezialisierung mit Fokus auf Demenzerkrankte liefert positive Ergebnisse, Angehörige der nicht-Demenzgruppe bedürfen dennoch der erhöhten Aufmerksamkeit.

Nicht oder nicht mehr berufstätige betreuende/pflegende Angehörige weisen, eventuell teilweise altersbedingt, sowie auf Grund nachlassender Belastbarkeit, ein höheres subjektives Belastungsempfinden auf. Nicht nur die erwartete Gruppe der Mehrfachbelasteten, sondern die Gruppe von Angehörigen, die Betreuungs-/Pflegeverantwortung übernehmen, jedoch selbst schon in fortgeschrittenem Alter sind, benötigen offenkundig zusätzliche Unterstützung.

Eine generelle Betrachtung der Ergebnisse ohne Differenzierung der Hauptverantwortlichkeitsgrade zeigt - in der Gruppe der Pflegeursachen außer Demenz - ein mittelgradig erhöhtes Risiko an psychosomatischen Beschwerden zu leiden.

Die Frage nach dem Gefühl, hauptverantwortlich für die Betreuung/Pflege Demenzerkrankter zu sein, zeigt ein erhöhtes Risiko an psychosomatischen Beschwerden zu leiden.

Um dieses Bild abzurunden, ist die Darlegung der Antwortverteilung von Interesse.

Die Fragestellung lautete:

„Ich fühle mich hauptverantwortlich für die Pflege und das Wohlergehen der/des Pflegebedürftigen.“

Antwortverhalten zur Frage nach dem Gefühl der Hauptverantwortlichkeit:	Anzahl der Personen (Demenzgruppe; n=23)	Anzahl der Personen (Gruppe außer Demenz; n=49)
stimmt genau	8	19
stimmt überwiegend	8	21
stimmt ein wenig	5	6
stimmt nicht	2	3

Tab.19) Antwortverhalten zur Frage nach der Hauptverantwortlichkeit

Einige Fragebögen wurden mit handschriftlichen Notizen versehen, so gab ein/e TeilnehmerIn an, dass die Betreuungs-/Pflegesituation noch nicht lange genug bestand, und die Frage der Hauptverantwortlichkeit nicht eindeutig in der Familie geklärt wurde. Die Frage wurde daher mit ‚stimmt überwiegend‘ beantwortet. Dieser Umstand trifft auf viele Betreuungs-/Pflegeverhältnisse zu und sollte in die allgemeinen Überlegungen zum

Thema einfließen. Die Außenwirkung der Verantwortlichkeit stimmt teilweise nicht mit dem persönlichen Empfinden überein.

Je höher der Bildungsgrad und das Einkommen, desto niedriger ist die Wahrscheinlichkeit der Übernahme von persönlichen Betreuungs-/Pflegeaufgaben. So gibt es in der vorliegenden Befragung kein/e BetreuerIn/PflegerIn aus dem familiären Umfeld von Betreuungs-/Pflegebedürftigen mit Universitätsabschluss, der/die selbst Demenzerkrankte betreut/pflegt. Leistungen werden in Form von Geld erbracht, Zeit und körperlicher Einsatz treten - wie in der Literatur beschrieben - in den Hintergrund. Hilfe anzunehmen ist ggf. eher bezahlbar, möglicherweise sind höher gebildete Personen auch besser in der Lage sich in der Betreuungs-/Pflegesituation zu organisieren.

Frühere familiäre Pflegeerfahrung führt, entgegen den eigenen Erwartungen, nicht zu Routineverhalten auf niedrigerem Belastungsniveau. Den Untersuchungsergebnissen entsprechend muss angenommen werden, dass die Mühen der Pflegearbeit sich im Gedächtnis der Betreuungs-/ Pflegepersonen - ähnlich einem Recall-Mechanismus - manifestieren und sich in einem höherem Belastungsempfinden, als bei Personen ohne diese Erfahrungen, niederschlagen.

Der niedrige Stellenwert von Spiritualität, in nicht näher definierter Ausprägung als Motiv für die Übernahme von Pflege bzw. als Hilfe bei der Bewältigung der Mühen dieser, bleibt hier undokumentiert. Das ausdrückliche Ankreuzen der Antwort ‚stimmt nicht‘ in vorliegendem hohen prozentuellen Anteil wird der/dem LeserIn dieser Arbeit nachdrücklich zur Reflexion überlassen.

III. CONCLUSIO

Folgende Null-Hypothese wurde aufgestellt: ‚Die in Österreich bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen sind geeignet betreuende/pflegende Angehörige vor physischer, psychischer und sozioökonomischer Überforderung zu bewahren.‘

11 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Zusammenführung von Theorie und Empirie wird auf Mikroebene in Form einer Gegenüberstellung theoriebasierter und empirisch erhobener mittelgradig belastender Daten und ausgewerteten Einzelfragen dargestellt.

Theorie	Empirie
<ul style="list-style-type: none">• Be- oder Entlohnung von Pflegeleistungen ist ein Tabuthema und unterliegt meist individuellen Vereinbarungen• Es gibt keine normative Regelung zur Lastenverteilung, wenn innerfamiliär keine Lösung gefunden wird• Frauen sind Hauptakteure in der häuslichen Betreuung/Pflege mit Zusatzbelastung durch Beruf und Familie• Häusliche Betreuung/Pflege ist meist eine unbezahlte Leistung, die mit Einkommenseinbußen, Anpassungsanforderungen im Freizeitverhalten, entgangenen Karrieremöglichkeiten einhergeht• Es fehlen entlastende multiprofessionelle Angebote• zu hohe Pflegebelastung hat	<ul style="list-style-type: none">• Eigeninteressen müssen zurückgestellt werden• Die Bewältigung des Alltags ist durch Betreuungs-/ Pflegeaufgaben erschwert• Das Schicksal des/der Gepflegten macht traurig• Pflege kostet Kraft (Schlafdefizit, körperliche Erschöpfung, Zeitmangel)• Der Wunsch auszuspannen ist vorhanden• Die Lebenszufriedenheit sinkt• Es besteht ein Konflikt zwischen familiärer und pflegerischer Anforderung• Der Lebensstandard verringert sich• Es gelingt nicht mehr abzuschalten• Beziehungen zu Anderen leiden

- negative Auswirkungen auf die Leistungen am Arbeitsplatz
- Personen mit höherem Einkommen leisten eher Geld – als Zeittransfer
 - Intrafamiliärer Einkommens-transfer durch Einkommen oder Vermögen findet statt, bis die Notsituation nicht mehr eigenständig bewältigt werden kann
 - Das aktuelle Leistungsangebot bringt keine sozioökonomische Entlastung bei betreuenden/pflegenden Angehörigen
 - Mobile Dienste entlasten vorrangig auf physischer und psychischer Ebene
 - Versorgungslücken speziell auf psychosozialer Ebene werden häufig durch ehrenamtliches Engagement geschlossen (Bsp. NaMaR Projekt)
 - Zukunftspläne müssen aufgegeben werden
 - Die Pfl egetätigkeit ist wenig anerkannt
 - Es besteht Zukunftsangst
 - Die eigene Gesundheit wird durch die Betreuung/Pflege angegriffen
 - Depersonalisationsempfinden tritt auf
 - In der Demenzgruppe finden sich keine betreuenden/pflegenden Angehörigen mit Universitätsabschluss
 - Frühere Pflegeerfahrung erhöht das subjektive Belastungsempfinden
 - Nicht oder nicht mehr Berufstätige weisen ein höheres subjektives Belastungsempfinden auf, als Erwerbstätige.

Die Ergebnisse des theoretischen Teils gehen größtenteils mit den empirischen Erhebungen konform.

Auf Mesoebene liefert der empirische Teil ein gutes Ergebnis in der Bewertung des subjektiven Belastungsempfindens betreuender/pflegender Angehöriger während eines kurzen Aufenthalts ihrer zu Betreuenden/Pflegenden an der ASK I. Das durch Multiprofessionalität gekennzeichnete Team deckt ein umfassendes Leistungsspektrum ab, welches in der vorliegenden Ausprägung im extramuralen Betreuungs-/Pflegebereich nicht in einzelnen Organisationsstrukturen für einen größeren Wirkungsbereich zu finden ist. Die im Anhang beigefügten Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrie und

Remobilisation legen ein umfassendes Leistungs- und Qualifikationsspektrum fest, das auch für den extramuralen Bereich angestrebt werden soll.

Nicht oder nicht mehr erwerbstätige Angehörige weisen ein erhöhtes Risiko an psychosomatischen Beschwerden zu leiden auf. Teilweise handelt es sich um selbst schon betagte Personen, die Betreuungs-/ Pflegeleistungen erbringen. Das in der Literatur beschriebene Ost-West-Gefälle bildet eine Überalterung der Bevölkerung in den östlichen Bundesländern ab, die sich mit der niedrigen Einkommensstruktur deckt. Eine Abwanderung der jungen Bevölkerungsanteile in einkommensattraktivere Regionen ist die Folge, während die ältere Bevölkerung in der Region verbleibt.

Für Demenzpatienten konnte eine Verbesserung bei der Pflegegeldeinstufung erwirkt werden, ein speziell auf an Demenz Erkrankte ausgerichtetes Angebot weist erfreuliche Ergebnisse im Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen aus. Das aus der Befragung erhobene gute Ergebnis in Bezug auf das subjektive Belastungsempfinden der Betreuungs-/Pflegepersonen von Demenzerkrankten ist ohne differenzierter Betrachtung des Verantwortlichkeitsgefühls eher prominent, sodass festgehalten werden kann, dass die bereitgestellten Angebote sich positiv auf das Belastungsempfinden dieser Personengruppe auswirken. Die mittlere Gruppe der Pflegebedürftigen mit anderen Zuweisungsdiagnosen bedarf offenkundig zusätzlicher Unterstützung. Wird nach dem Gefühl der Hauptverantwortlichkeit differenziert, weisen betreuende/pflegende Angehörige von DemenzpatientInnen ein erhöhtes Risiko an psychosomatischen Beschwerden zu erkranken auf. Das Ergebnis dieser Befragung kann nur auf einen Leistungserbringer mit denselben Qualitäts- und Leistungsmerkmalen übertragen werden, insbesondere da die Albert Schweitzer Klinik I in ihrem Leistungsangebot und ihrer begleitenden Forschungstätigkeit in der Steiermark eine Sonderstellung einnimmt.

Die Übernahme von Betreuung/Pflege sollte nicht als einmaliger abschließender Akt verstanden werden. Im Sinne einer Lastenverteilung wäre an eine verbindliche Verpflichtung von nicht aktiven nahen Angehörigen zu denken, wenn innerfamiliär keine gangbare Lösung gefunden wird. Dem Literaturteil ist zu entnehmen, dass eine sozioökonomische Schlechterstellung die Wahrscheinlichkeit erhöht, später einmal neben dem Erwerbsleben nahe stehende Personen zu betreuen. Menschen mit höherem Einkommen leisten eher Geld, als Zeittransfer zugunsten der betreuten Personen. Das Ergebnis der Angehörigenbefragung bestärkt diese These, so findet sich kein/e betreuende/pflegende Angehörige mit Universitätsabschluss, der/die Betreuungs-/ Pflegebedürftige mit Demenz betreut. Die Literatur beschreibt zudem eine soziale Schieflage mit Genderproblematik, wie bereits dargelegt.

Frühere Pflegeerfahrung scheint einen Recall-Mechanismus auszulösen, sodass eine bereits zuvor durchlebte häusliche Betreuungs-/Pflegesituation offensichtlich Belastungsspuren in den Menschen hinterlässt. Diesen Angehörigen sollte frühzeitig ein vielschichtiges Entlastungsangebot zukommen. Die Vereinbarkeitsproblematik von Arbeit, Familie und Pflege wird durch die Literatur gut belegt, die Situation von nicht oder nicht mehr erwerbstätigen Personen scheint noch wenig thematisiert.

Aus dem empirischen Teil können keine Aussagen auf Makroebene abgeleitet werden, diese Ebene kann ausschließlich durch den literaturbasierten Theorieteil abgedeckt werden. Betreuung-/Pflegebelastung wird auf Mikroebene virulent und auf Mesoebene versucht auszugleichen. Auf Makroebene wird über die Verteilung der erforderlichen Mittel entschieden. Wie Kühn und Rosenbrock treffend festhalten, setzen sich eher Maßnahmen durch, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht die nachhaltigste Wirkung versprechen, sondern eher jene, die den gesellschaftlichen Bedingungen am Besten angepasst sind, wenn nicht durch gesellschaftlich einflussreiche Instanzen gegengesteuert wird (Vgl. Punkt 6.1.3; ad 4).

11.1 Resümee

Die Beteiligung an der Befragung darf als sehr gut eingestuft werden, das Ergebnis dieser - wie bereits dargestellt – ist für die ASK I sehr erfreulich, jedoch nur auf andere Leistungsträger mit dem selben weitreichenden Leistungsangebot und Qualitätsniveau übertragbar.

Ausgangspunkt der Arbeit war die Frage, ob in Österreich bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen geeignet sind betreuende/pflegende Angehörige vor physischer, psychischer und sozioökonomischer Überforderung zu bewahren.

Aus der Befragung über das subjektive Belastungsempfinden dieser Personengruppe in Verbindung mit literaturbasierten Erkenntnissen kann folgendes Resümee gezogen werden:

Aus **sozioökonomischer Sicht** werden beispielhaft

- persönliche Bedürfnisse und eigenen Interesse zurückgestellt (Geld-/ Zeitmangel)
- Zukunftspläne werden aufgegeben
- es kommt zu einer Verringerung des Lebensstandards und der Lebenszufriedenheit

- weniger begüterte Personen leisten eher Betreuungs-/Pflegearbeit, besser situierte erbringen eher Geldleistungen

Aus **psychosozialer Sicht** kommt es

- zur Abnahme der Lebenszufriedenheit
- zu Trauer über das Schicksal des Gepflegten
- die Bewältigung der täglichen Aufgaben ist erschwert

Aus **physischer Betrachtung** treten

- ungenügender Schlaf, Erschöpfungsgefühl und Kraftlosigkeit auf, es gelingt nicht mehr abzuschalten, es besteht der Wunsch auszuspannen
- besonders nicht oder nicht mehr berufstätige Angehörige und jene mit früherer Pflegeerfahrung sind stärker belastet

Verhaltenspräventive Maßnahmen einzuleiten bedingt, dass die angegebenen mangelnden zeitlichen Ressourcen und der durch die Betreuung/Pflege sinkende Lebensstandard entsprechend ausgeglichen werden.

In der **Verhältnisprävention** ist zu prüfen, ob durch eine Änderung und Optimierung in der Versorgungsstruktur eine Verbesserung oder zumindest ein gleiches Ergebnis der bestehenden Situation erzielt werden kann. Zur Entwicklung günstigerer Lebens- und Arbeitsbedingungen ist der Sozialstaat ressortübergreifend gefordert Maßnahmen zu setzen (Health in all Policies).

Kurzfristig kann durch Verwendung der HPS erhoben werden, wo rasch Hilfe ansetzen sollte.

Mittelfristig müssen Unterstützungsmaßnahmen gesetzt werden, um das Auftreten der oben beschriebenen Belastungen zu verringern oder zu verhindern.

Langfristig werden noch große Anstrengungen auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich sein, um eine nachhaltige Verbesserung/Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen/Angebote und deren Finanzierung im extramuralen Sektor zu bewirken (Health in all Policies).

11.2 Umsetzungsmöglichkeiten und Nutzen vorhandener Ressourcen

- **Netzwerkerfordernisse**

Wie in Punkt 6.1.3 ausgeführt, benötigt nachhaltige Gesundheitsförderung ein stabiles theoretisches Fundament, systematisches und Evidenz basiertes Vorgehen, starke Verbündete in der Gesellschaft und muss regelmäßigen ethischen Diskussionen standhalten.

Bestehende politische Institutionen, Policy-Netzwerke, aber auch politische Parteien und Gruppierungen (Vgl. Punkt 7.1) benötigen beratende Unterstützung durch Public Health Professionals, ergänzt durch Finanz,- Bildungs- und PolitikexpertInnen auf kommunaler, Länder- und Bundesebene.

Ein Netzwerk an gleichgesinnten Akteuren auf unterschiedlichen gesundheits- und sozialpolitischen Ebenen kann letztendlich nur versuchen, unter Mitwirkung betroffener Personengruppen, den Einklang zwischen theoretischen Konzepten und realen Bedürfnissen herzustellen. Öffentlichkeitsarbeit, Bildungsoffensiven, Empowerment und Motivation zur Mitgestaltung (Partizipation) sind erforderlich, um nachhaltige, hochwertige und ethisch beständige Lösungen hervorzubringen.

„Capacity Building“ (Vgl. Punkt 7.3) erfordert bei der Erstellung von Konzepten auf die Wechselwirkung zwischen strukturellen Gegebenheiten, auf Programmbeständigkeit und Problemlösungsvermögen zu achten. ExpertInnenwissen, die Kenntnis der Organisationsstrukturen, der möglichen vorhandenen Ressourcen und das Bekenntnis zur sektorenübergreifenden Gesundheitsförderung sind unabdingbare Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung von gesundheitsfördernden Konzepten.

- **Nutzungsmöglichkeiten vorhandener Strukturen**

Durch ein Bekenntnis des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)¹²⁸ zur Verantwortlichkeit für die extramurale Betreuung/Pflege, könnte die Integration verschiedener Leistungserbringer in eine bestehende Struktur (Sozialhilfereferate der Bezirkshauptmannschaften oder Magistrate unter Einbindung von Gemeinden, etc.) erfolgen.

Der ÖGD ist bestimmt durch sektoren- und fachbereichsübergreifendes Denken und Handeln und versteht Gesundheit als eine Querschnittmaterie. Das Handeln aus bevölkerungsspezifischer Sichtweise, das Setzen von verhältnisbezogenen Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelten, bedarfsorientierte Planung,

multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des ÖGD, aktive, vernetzte, systemische und partizipative Vorgangsweise, Themenführerschaft im Gesundheitswesen, konzeptives und vorausblickendes Tätigwerden, gesundheitsbezogenes/medizinisches Fachwissen als zentrale Komponente, sowie Spezialisierung und Professionalisierung, zeichnen den ÖGD aus.

Dem 2010 erschienen Handbuch des ÖGD ist zu entnehmen, dass die Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens ständiger Anpassung und Weiterentwicklung unterliegt. Der ÖGD hat es sich zur Aufgabe gemacht sich im Sinne von ‚Health in all Policies‘ Gedanken zu notwendigen Strukturen zu machen, Konzepte zu entwickeln bzw. zu begutachten u.v.m.. Durch Mitwirkung an Entscheidungsprozessen und deren Umsetzung sowie dem ethischen Umgang mit vorhandenen Ressource gilt es, die medizinische Grund- und Notfallversorgung für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Als Teil des österreichischen Gesundheitswesens stellt der ÖGD die Schnittstelle zur Gesundheits- und Sozialpolitik dar.

Die in Punkt 7.1 dargestellte SWOT-Analyse zeigt Vor- und Nachteile öffentlicher und privater extramuraler Betreuungs-/Pfleheinstitutionen auf.

- **Mögliche Optionen / Alternativen**

Die Nutzung von vorhandenen Strukturen (Vgl. Punkt 11.2) könnte auf unterschiedliche Weise erfolgen.

- a) Die Einbindung bestehender privater Institutionen in die ÖGD Struktur auf regionaler Ebene könnte in koordinierender Funktion erfolgen, wobei die fachliche Aufsicht und Qualitätssicherung beim ÖGD verbleibt. Ein gemeinsames multidisziplinäres Lenkungsgremium wird eingerichtet, um eine bedarfsgerechte Angebotsplanung und Koordination durchzuführen. Die institutionelle Selbständigkeit in Personalplanung, Finanzwesen und Ressourcenverwaltung bleibt erhalten.
- b) Der ÖGD ist federführend an der Preisgestaltung von Betreuungs-/Pflegeleistungen beteiligt und kauft in lenkender sowie koordinierender Funktion auf regionaler Ebene private Leistungen bedarfsgerecht zu. Die Selbständigkeit privater Institutionen bleibt bestehen, die Beteiligung an der Preisgestaltung wird ermöglicht, jedoch wird die Angebotspalette an Leistungen in Verbindung mit hoher Qualität zum bestimmenden Faktor auf diesem Sektor.

- c) Bezirke werden bedarfsgerecht in regionale Sprengel aufgeteilt, jeweils eine dieser Sprengelgemeinden übernimmt die Funktion des Anstellungsträgers für Betreuungs-/ Pflegefachkräfte. Die Lenkung und Koordination verbleibt beim regionalen öffentlichen Gesundheitsdienst, die Personalkosten sowie der Verwaltungsaufwand wird den Gemeinden über den Sozialhilfeverband, unterstützt durch Landes- und Bundesförderungen, Sozialversicherungsbeiträge bei krankenhausersetzender Pflege, Spenden sowie KlientInnenbeiträge, rückerstattet. Dienstfahrzeuge sowie Verbrauchsgüter werden zentral akquiriert. Die im regionalen Gesundheitsdienst angesiedelten unterschiedlichen Professionen können bei Bedarf bereichsüberlappend eingebunden werden (SozialarbeiterInnen, LogopädInnen, etc.).

NPOs und private Initiativen sowie formelle Leistungserbringer könnten in allen drei Modellen zu einer regional gebündelten Kraft zusammengeführt werden.

Die Verbesserung des Finanzierungskonzepts ist vorrangig voranzutreiben, in dieser Darstellung wird auf aktuelle Regelungen und bestehende Strukturen Bezug genommen.

- Durchführbarkeitsprüfung / Umsetzungsmöglichkeiten

Die Durchführbarkeitsprüfung muss nach erfolgter Konzepterstellung durch ein ExpertInnengremium auf Mikro- Meso- und Makroebene erfolgen.

Wie bereits festgehalten, muss Sozial- und Gesundheitspolitik in Alltagssituationen hineinreichen, um Veränderungen zu bewirken. Die Betreuenden/Pflegenden von heute dürfen nicht durch übermäßige Belastungen zu den Betreuten/Gepflegten von morgen gemacht werden.

Modellregionen könnten unter laufender Prozessevaluation¹²⁹ zur Konzeptumsetzung unter Beachtung der Zielgruppenerreichung dienen. Programmakzeptanz und Programmreichweite sind Voraussetzung zur Zielgruppenerreichung. Bei der Projektumsetzung ist auf vorhandene Ressourcen (Finanzplan,...) und Programmtreue (Abgleich mit dem Aktionsplan, ProjektmitarbeiterInnen Feedback,...) zu achten.

Die Ergebnisevaluation kann verhaltenspräventive Maßnahmen (Aufklärung, Gesundheitserziehung,...), aber auch verhältnispräventive Maßnahmen (Änderung der Lebensverhältnisse,...) erforderlich machen. Beide Maßnahmen ziehen kurz-, mittel – und langfristige Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen nach sich und sind den Ergebnissen entsprechend zu analysieren.

Verbindliche Qualitätskriterien sind zu erstellen und Qualitätssicherungsmaßnahmen auszuarbeiten. Eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) könnte konkrete Hinweise und Empfehlungen für politische Entscheidungsträger liefern. Nach Abschluss des Pilotprojektes sollte jedenfalls ein retrospektives Health Impact Assessment (HIA) durch ExpertInnen erfolgen, um positive sowie negative Auswirkungen der Maßnahmen zu beurteilen.

- Diskussion eventueller Konsequenzen

Die über Jahre aufgebauten Organisationen befinden sich im Wandel. Geänderte Anforderungen (Multiprofessionalität,...), Konkurrenzdruck, vor allem jedoch die unsichere finanzielle Lage bringen Bewegung in die Diskussion um das bestehende Leistungsangebot.

Erworbenes ExpertInnenwissen darf infolge von Umstrukturierungsmaßnahmen nicht verloren gehen. Es gilt Arbeitsplätze zu sichern und neue Professionen in ein inter- / transdisziplinäres Team aufzunehmen. Unsicherheitsfaktoren müssen rasch offengelegt werden, gezielte Öffentlichkeitsarbeit hat die Aufgabe entlastend auf Angehörige und Betreuungs-/ Pflegebedürftige, aber auch auf MitarbeiterInnen in den einzelnen Organisationen zu wirken. Maßnahmen sind nur sinnvoll, wenn zumindest ein optimiertes adäquates Unterstützungsangebot, oder eine Verbesserung der aktuellen Situation für alle Beteiligten erwartet werden kann.

11.3 Handlungsempfehlungen

Es wird festgehalten, dass informelle Pflege und Beruf nicht nur ein Vereinbarkeitsproblem der bekannten Genderdimension, sondern auch eine markante soziale Schieflage aufweisen (Vgl. Punkt 4.2, Mehrfachbelastungen, Familienstruktur, Einkommen, sozialstaatliche Rechte).

Eine Evaluation der aktuellen Angebotspalette sollte auf Wirtschaftlichkeit, Qualität (Multiprofessionalität), Quantität (Personalbedarf und Bedarfsentwicklung), hinsichtlich Strukturoptimierung, aber letztendlich vor allem auf Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit hin für die Gruppe der Betreuungs-/Pflegebedürftigen und deren Angehörige erfolgen.

Die Anbindung/Einbindung der extramuralen Pflege und der NPOs, sowie sonstiger privater Initiativen, in ihrer derzeitigen Form in ein multiprofessionelles öffentliches System ist zu empfehlen. Ein optionaler Zukauf von Leistungen privater Anbieter ist nur durch

Festlegung klar definierter Leistungsanforderungen, Offenlegung der Preisbildungsmechanismen unter laufender Evaluation und Qualitätssicherung denkbar, wobei im regionalen Gesamtkonzept auf Interdisziplinarität, Wirtschaftlichkeit sowie hohe Qualität zu achten ist. Die administrative, organisatorische, finanzielle und qualitative Letztverantwortung sollte nicht an private Anbieter delegiert werden.

Der Betreuungs-/Pflegesektor muss sich zu einem attraktiven Arbeitsmarkt für seine MitarbeiterInnen entwickeln, atypische Beschäftigungsverhältnisse und flexible Dienste, die sich über den ganzen Tag verteilen, dürfen zum Schutz der ArbeitnehmerInnen nur blockweise ausgestaltet werden, um die Freizeitgestaltung planbar zu machen. Regelmäßige externe Kontrollen zum Schutz dieser Beschäftigten sind als Teil der Qualitätssicherung zu verstehen.

Health Professionals sollten verpflichtend auf allen Ebenen in beratender Funktion zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Gesundheits- und Sozialsystem eingebunden werden.

11.4 Abschließende persönliche Stellungnahme und Fazit

Eine umfassende persönliche Stellungnahme kann ich nur wiederum den jeweiligen Ebenen folgend abgeben, um die Übersichtlichkeit zu wahren.

a) Mikroebene:

Leistungsangebote, die sich günstig auf Mikroebene auswirken, zeichnen sich durch langfristig entlastende Maßnahmen aus. Daher sind speziell alle mobilen Dienste unter Achtung auf Multiprofessionalität, regelmäßige Beratungs- und Informationsangebote, die Vermittlung von Copingstrategien, aber auch die Inanspruchnahmemöglichkeit einer Hospizkarenz von großer Bedeutung für betreuende/pflegende Angehörige. Die entsprechende Abgeltung von Pflegeleistungen innerhalb der Familie fußt auf individuellen Regelungen, für die keine allgemein gültigen Vorgaben bestehen. Aber auch die Vereinbarkeit zwischen Familie, Beruf, Haushalt und Pflege stößt rasch an ihre Grenzen und entbehrt einer gangbaren Lösung, wenn die Leistungsfähigkeit der Betreuungs-/Pflegeperson nachlässt oder gesundheitliche Probleme auftreten.

Für eine mögliche innerfamiliäre Lastenaufteilung unter mehreren Angehörigen (z. B. unter mehreren Kindern) gibt es in der häuslichen Betreuung/Pflege keine normative Verpflichtung, wenn selbst keine kulante Lösung gefunden werden kann.

Im intramuralen Bereich ist keine Institution zu finden, die auf ein multiprofessionelles Team unter einem Dach verzichtet. Der extramurale Bereich mutet älteren Menschen und

deren Angehörigen ein unübersichtliches Leistungsangebot unterschiedlicher Organisationen zu, die sich gegenseitig im Verteilungskampf um finanzielle Mittel und prominente mediale Positionierung in der Öffentlichkeit in Schach halten.

b) Mesoebene:

Multiprofessionalität und damit einhergehend ein umfassendes Leistungsspektrum, ist im Bereich der extramuralen Gesundheitsförderungsangebote anzustreben.

Der formelle Gesundheits- und Pflegebereich muss ArbeitnehmerInnen ein stabiles, sicheres und familienfreundliches Arbeitsumfeld bieten. Der informelle und formelle Bereich sollten regional unter einem Dach Platz finden, um damit die Bildung von Parallelstrukturen zu vermeiden. Betreuende/pflegende Angehörige benötigen einen raschen Überblick und einen einfachen Zugang zum vorhandenen Angebot.

Die HPS könnte als ein mögliches geeignetes und kostengünstiges Mittel zur raschen Diagnostik von subjektivem Belastungsempfinden bei betreuenden/pflegenden Angehörigen eingesetzt werden, um den Verdacht von Überbelastung und dem damit ggf. verbundenen Risiko für psychosomatische Beschwerden frühzeitig entgegenzuwirken. Bei Arztbesuchen von betreuungs-/pflegebedürftigen Personen sollte engagierten Angehörigen routinemäßig besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Das Gefühl der Hauptverantwortlichkeit von betreuenden/pflegenden Angehörigen ist nicht immer deckungsgleich zur Außenwirkung und sollte gezielt und in regelmäßigen Abständen geklärt werden. Eine Veränderung in der Rollenverteilung verändert auch das subjektive Belastungsempfinden. Eine innerfamiliäre Lastenaufteilung sollte, wo möglich, angeregt und von den sozialen Diensten gefördert werden.

Durch die vermehrte Übernahme von Koordinations- und Beratungsaufgaben von diplomierten Pflegefachkräften gelangen wertvolle Ressourcen und Kenntnisse nur mehr in delegierter Form an Betreuungs-/Pflegebedürftige.

Eine lückenlose, normierte und transparente Begleitevaluation der Leistungserbringer ist nur ansatzweise vorhanden und wird vorrangig organisationsintern erstellt. Die Vergabe der Evaluation an externe Anbieter sollte in der bestehenden Struktur verpflichtend sein.

Bundesweit abgestimmte Förderangebote sollten für alle betreuenden/pflegenden Angehörigen gleichermaßen zugänglich sein. Bewährte regionale Konzepte wie das NaMaR Projekt (Vgl. Punkt 6), könnten als Basis zur Weiterentwicklung von informellen Angeboten dienen. Eine koordinierende Stelle (z.B. der ÖGD im regionalen Setting) sollte das formelle und informelle Leistungsspektrum unter Nutzung der vorhandenen Strukturen (Amtsärztin/Amtsarzt, SozialarbeiterInnen, LogopädInnen, Administration, etc.) vereinen. Durch die regionale Zusammenführung aller formellen und informellen

Angebote könnten Parallelgesellschaften vermieden, Kosten (Miete, Telefon, Personal, etc.) minimiert und bestehende Ressourcen optimal eingesetzt werden.

c) Makroebene:

J. Siegrist hat aufgezeigt, dass erhöhtes ziviles Engagement zum Rückzug des Staates aus öffentlichen Dienstleistungen und sozialer Sicherung führt, und dadurch zunehmend Gewinne in die private und Kosten in die öffentliche Hand fließen.

Diese Feststellung bestärkt mich in meiner Einschätzung der bestehenden Situation, wenn beispielhaft als erste beratende Tätigkeit bei Hausbesuchen um die Zuerkennung von Pflegegeld angesucht wird, um den KlientInnenbeitrag ‚staatlich bezuschusst‘ anzuheben.

Der Pflegesektor hat sich längst über viele Jahre zu einem intransparenten Markt entwickelt, dessen Diktat nun langsam mit Anforderungen an die Offenlegung von statistisch normierten Daten konfrontiert wird (Vgl. Punkt 7.2 Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 und Pflegefondgesetz, konsolidierte Fassung vom 17.09.2012). Durch politische Arrangements im Hintergrund gab es bislang kein Interesse an einer Offenlegung interner Daten und Fakten der Trägerorganisationen. Der Markt wurde den damaligen Kräfteverhältnissen entsprechend aufgeteilt und größtenteils mittels öffentlicher Gelder subventioniert.

Eine Verschiebung der Kräfteverhältnisse, aber auch geringere finanzielle Mittel lassen erste Verlustängste zutage treten und haben betroffene Akteure wie das Österreichische Komitee für Soziale Arbeit aktiviert, sich Gedanken über die zukünftige Absicherung der Pflegefinanzierung zu machen (Vgl. Publikation zur Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven).

Informelle Aktivitäten und Leistungen sowie NPOs werden über einen begrenzten Zeitraum gefördert, in der Hoffnung, dass sich die Freiwilligenarbeit (Arbeit mit hohem Frauenanteil) etabliert und als engagiertes Netzwerk bestehen bleibt. Das Projekt NaMaR (Netzwerk für Menschen im alpenländischen Raum) ist in diesem Sinne als ein Best Practice Modell zu benennen.

Die Sicherstellung der in den WHO Zielen formulierten Verteilungsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung (Vgl. Punkt 7), unter verpflichtender Beziehung von Public Health ExpertInnen, wäre unter Nutzung der bestehenden Strukturen (Vgl. Punkt 11.2) gut denkbar. Public Health Spezialisten sollen verpflichtend zum fixen ExpertInnengremium des Sozial - & Gesundheitssektors gehören und Gesundheitsförderung mit entsprechenden Mitteln ausgestattet werden.

Gesundheitsförderung, Familienförderung und die Stärkung sozialer Netze über alle Altersstrukturen hinweg erfordern verstärkte sektorenübergreifende Bildungsoffensiven.

Politik als Mittel, die gesellschaftlichen und staatlichen Verhältnisse nach menschlichen Vorstellungen frei zu entwickeln, bedarf Menschen mit hohem sozialen Verantwortungsbewusstsein und ethisch einwandfreiem Charakter. Die Erkenntnis, dass letztendlich politische Vorstellungen durch demokratische Legitimierung der Mehrheit des Volkes verbindliches Recht unseres Staates werden, sollte für Health Professionals Motivation zur regen Teilhabe an der Mitgestaltung sein.

Gesundheit und Soziales kann nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Gesundheits- und Sozialausgaben sollten speziell im Bereich der extramuralen Betreuung/Pflege gemeinsam geplant und optimiert werden.

Fazit

Die Auswirkungen von mangelhaften strukturellen Rahmenbedingungen für betreuende/pflegende Angehörige werden letztendlich an den Betroffenen offenkundig. Innerfamiliärer Geldtransfer, Mehrfachbelastungen, aber auch der Entgang von Karrieremöglichkeiten sind neben den belastenden Betreuungs-/Pflegeleistungen als Einsatz mit zu bewerten, wenn 80% der älteren Menschen in ihrer gewohnten Umgebung betreut und versorgt werden.

Präventive Maßnahmen erfordern engagierte BürgerInnen und Verantwortliche auf allen politischen Ebenen, die eine zuträgliche Gesundheits- und Sozialpolitik vertreten, um möglichst gesunde Arbeits- und Lebenswelten zu gestalten. Informelle Angebote wie das beschriebene NaMaR Projekt und andere Netzwerke schließen häufig Lücken, die formelle Leistungsanbieter nicht ausreichend abdecken können. Freiwilligenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil des öffentlichen Lebens, jedoch im Sozial- und Pflegebereich mit einseitiger Genderdimension, verbunden mit sozialer Schieflage, ausgeprägt. Der formelle Betreuungs-/ Pflegesektor benötigt in Hinblick auf künftige demografische Veränderungen ein gutes Fundament, um einerseits ein verlässliches qualitativ hochwertiges multiprofessionelles Leistungsspektrum zu bieten, andererseits um die Betreuung/Pflege zu einer gesundheits- und sozialpolitischen öffentlichen Aufgabe zu entwickeln. Der postulierte steigende Personalbedarf kann nur durch attraktive Arbeitgeber und ein förderliches Arbeitsumfeld gewährleistet werden.

Dem Gebiet der Versorgungsforschung als Querschnittmaterie im Kontext mit Gesundheitsförderung sollte - auch im Sinne von betreuenden/pflegenden Angehörigen - größere Beachtung beigemessen werden.

Die gemeinsame Entwicklung von Rahmen- und Gesundheitszielen auf Bundesebene bedingte verlässliche Verbündete auf Landes- und Gemeindeebene und ist entscheidend

für eine Weiterentwicklung der extramuralen Betreuung/Pflege sowie deren Finanzierung. Eine Optimierung und Evaluation der aktuellen Förderstrukturen ist erforderlich. Kostenintensive Parallelgesellschaften sollten vermieden, sowie Soziales und Gesundheit als eine Einheit erfasst werden.

12 Verzeichnisse und Erklärungen

Alle kursiv gekennzeichneten Zitate und Begriffe wurden originalgetreu übernommen, die Entscheidung zum Verzicht auf die Verwendung geschlechterspezifischer Differenzierung liegt beim Autor/bei der Autorin des jeweiligen Quelltextes.

Dieser Arbeit wurde frei von Interessenskonflikten erstellt.

12.1 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
Art.	Artikel
ASK	Albert Schweitzer Klinik
BAGS	Bundesvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe
BHG	Behindertengesetz
Bsp.	Beispiel
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
DGKPP	Diplomiertes Gesundheits - & Krankenpflegepersonal
DSA	Diplomsozialarbeiterin
EU	Europäische Union
F-VG	Finanzverfassungsgesetz
FSBA/PH	FachsozialbetreuerIn Altenarbeit/Pflegehilfe
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GD	Gesundheitsdienst
GGZ	Grazer Geriatriische Zentren
HH	Heimhilfe
HPS	Häusliche Pflegeskala
HTA	Health Technology Assessment
i.d.F.	in der Folge
i.d.R.	in der Regel
inkl.	inklusive
i.V.m.	in Verbindung mit
LGBl	Landesgesetzblatt
Mio.	Millionen
MPH	Master of Public Health
NPOs	Non Profit Organizations
Nr.	Nummer

ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖKSA	Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OTCs	Over-the-Counter Produkte (rezeptfreie Apothekerwaren)
PH	Pflegehilfe
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHG	Sozialhilfegesetz
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SoC	Sense of Coherence
Stmk.	Steiermark
StSHG-DVO	Steiermärkische Sozialhilfe-Durchführungsverordnung
SWOT	Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats
TN	TeilnehmerIn
ULG	Universitätslehrgang
USA	United States of America
u.v.a.	und vielen anderen
VIC	Vienna informal care
VPI	Verbraucherpreisindex
Vgl.	Vergleich
vs.	versus
WHO	World Health Organisation
Z.	Ziffer
z. B.	zum Beispiel

12.2 Tabellenverzeichnis

- Tab. 1) Modell nach Dahlgren & Whitehead (1991) – adaptiert für die vorliegende Arbeit
- Tab. 2) Belastungs- und Bewältigungsunterschiede sowie Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung)
- Tab. 3) Darstellung des Leistungsangebots mit Personenbezug, zeitlicher Eingrenzung, physischer, psychischer und ökonomischer Entlastungskomponente (eigene Darstellung, nicht taxativ)
- Tab. 4) Gegenüberstellung von Sozialhilfeausgaben für Mobile Dienste und Wohn- & Pflegeheimbereich
- Tab. 6) SWOT-Analyse: Vergleich von öffentlichen und privaten Anstellungsträgern (Eigene Darstellung)
- Tab. 7) Modelle sozialer Sicherungssysteme nach Palme/Korpi
- Tab. 8) Projektetappen 2011 (eigene Darstellung)
- Tab. 9) Projektetappen 2012 (eigene Darstellung)
- Tab.10) Durchschnittliche Summenwerte im Vergleich
- Tab.11) Einteilung des Beschwerderisikos für DemenzpatientInnen und Häufigkeitsquantifizierung für psychosomatische Beschwerden in %

- Tab.12) Einteilung des Beschwerderisikos für PatientInnen mit Pflegeursachen außer Demenz und Häufigkeitsquantifizierung für psychosomatische Beschwerden in %
- Tab.13) Darstellung des subjektiven Belastungsempfindens bei Vollzeit- & Teilzeitbeschäftigung sowie bei nicht oder nicht mehr berufstätigen Personen
- Tab.14) Gefühl der Hauptverantwortlichkeit für die Betreuung/Pflege in unterschiedlichen Ausprägungsstufen und Darstellung des ermittelten durchschnittlichen Punktwerts des subjektiven Belastungsempfindens, des Medians und des Gesamtpunktwerts
- Tab.15) Höchste abgeschlossene Schulbildung in vier Unterteilungen mit Darstellung der durchschnittlichen Belastungswerte, der Mediane und der Gesamtpunktwerte differenziert nach Demenz, - und nicht-Demenzgruppe
- Tab.16) Subjektives Belastungsempfinden mit und ohne frühere Pflegeerfahrung, differenziert nach Demenz- und nicht-Demenzgruppe
- Tab.17) Antwortverhalten zur Spiritualität als Motiv für die Übernahme von Pflege
- Tab.18) Antwortverhalten zur Spiritualität als Hilfe zur Bewältigung der Pflege
- Tab.19) Antwortverhalten zur Frage nach der Hauptverantwortlichkeit

12.3 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1) Gliederung der vorliegenden Arbeit (eigene Darstellung)
- Abb. 2) Ost-West Gefälle: Altersstruktur der Bevölkerung
- Abb. 3) Triade der Finanzierung nach G. Hartinger & ÖBIG
- Abb. 4) Prozentuelle Verteilung der Sozialhilfeausgaben im Jahr 2008 in Niederösterreich
- Abb. 5) Prozentuelle Verteilung der Sozialhilfeausgaben im Jahr 2008 in Oberösterreich
- Abb. 6) Bevölkerungspyramide 2011
- Abb. 7) Bevölkerungspyramide 2032
- Abb. 8) Strukturen und Einflussfaktoren auf die Kosten der Pflege
- Abb. 9) Verteilung des privaten Brutto-Geldvermögens 2008/2009 in Österreich
- Abb. 10) Komplexe Ansätze – Rahmentheorie der Gesundheitsentwicklung
- Abb. 11) Kapazitätsentwicklung oder Capacity Building nach RH. Noack
- Abb. 12) Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf unterschiedlichen Ebenen, adaptiertes Schweizer Ergebnismodell
- Abb. 13) Fragebogenboxen mit Handhabungshinweisen und Kontaktdaten inkl. Telefonnummern auf der Außenseite
- Abb. 14) Inhalt der Frageboxen
- Abb. 15) Minimal- und Maximalwert aus der ASK I Gruppe
- Abb. 16) Visualisierung des Medians bei Vollzeit- & Teilzeitbeschäftigten sowie bei nicht berufstätigen Personen mit Unterscheidung der Demenz- und nicht-Demenzgruppe
- Abb. 17) Visualisierung von Hauptverantwortlichkeit für die Betreuung/Pflege in Verbindung mit der empfundenen subjektiven Belastung
- Abb. 18) Visualisierung von Bildungsgrad und subjektivem Belastungsempfinden
- Abb. 19) Gesamtdarstellung aller Befragten zum Bildungsgrad
- Abb. 20) Gegenüberstellung von Demenz- und nicht-Demenzgruppe und subjektivem Belastungsempfinden von Angehörigen mit sowie ohne frühere familiäre Pflegeerfahrung

12.4 Hilfreiche Links

Familienhospizkarenz:

<http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/familienkarenz.htm>

Familienhospizkarenz- Härteausgleich:

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.080740.html>

Rundfunkgebührenbefreiung und Zuschuss zum Fernsprechentgelt:

<https://www.gis.at/service/antrag-auf-befreiung/>

Versicherungsmöglichkeiten bei Pflege naher Angehöriger:

[http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege und Betreuung/Betreuende und pflegende Angehörige/Pensionsversicherung fuer pflegende Angehörige](http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegerische_Angewandte/Pensionsversicherung_fuer_pflegerische_Angewandte)

Antrag auf Rezeptgebührenbefreiung:

<http://www.arbeiterkammer.at/online/befreiung-von-der-rezeptgebuehr-56241.html>

Bundespflegegeld/ Landespflegegeld:

[http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege und Betreuung/Pflegegeld/](http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegegeld/)

24-Stunden Pflege:

[http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege und Betreuung/Pflegegeld/](http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegegeld/)

*Sozialdienste:

[http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege und Betreuung/Soziale Dienste/](http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Soziale_Dienste/)

Plattform für pflegende Angehörige:

[http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege und Betreuung/Betreuende und pflegende Angehörige/Plattform fuer pflegende Angehörige](http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegerische_Angewandte/Plattform_fuer_pflegerische_Angewandte)

Tagesklinik:

Bsp.: <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/565>

Akutgeriatrie/ Remobilisation:

<http://www.rechnungshof.gv.at/beratung/kernaussagen/kernaussagen/detail/geriatrie-und-altenbetreuung-akutgeriatrie-und-remobilisation-strukturqualitaetskriterien-personal.html>

Ersatzpflege:

[http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegerische Angehörige](http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegerische_Angewandte)

Dienstleistungsscheck:

[http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegerische Angehörige](http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegerische_Angewandte)

Notruftelefon div. Anbieter:

Bsp.: <http://www.stmk.volkshilfe.at/Notruftelefon>

Selbsthilfegruppen:

<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH1684>

Begleitdienste:

Bsp.: <http://www.rotekreuz.at/stmk/mitmachen/mitarbeit/freiwilliger-sozialdienst/besuchs-und-begleitdienst/>

Sozial-/Pflegetelefon:

<http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0510>

Unterstützungsfond für pflegende Angehörige:

[http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegerische Angehörige](http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegerische_Angewandte)

Unterstützungsfond der Sozialversicherungsträger:

http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=689&p_tabid=4

13 Anhang

13.1 Häusliche-Pflege-Skala

Manual inkl. Auswertungsspiegel und Zusatzfragen

Häusliche-Pflege-Skala

HPS

Zur Erfassung der subjektiven
Belastung bei betreuenden
oder pflegenden Personen



Elmar Gräßel

Vlöss Verlag

Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Gräßel, Elmar: Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven
Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen / Elmar Gräßel
Ebersberg: Vless Verlag, 2001
ISBN 3-88562-098-7

Verfasser: Priv.-Doz. Dr. Elmar Gräßel

Gestaltung: Friederike Sturm

2. überarbeitete Auflage

© 2001 VLESS Verlag, Ebersberg
ISBN 3-88562-098-7

2

Häusliche-Pflege-Skala Manual

Inhaltsübersicht

1.	Subjektive Belastung der familiären Pflegeperson als zentrales Merkmal der häuslichen Pflegesituation	4
2.	Die Häusliche-Pflege-Skala	6
3.	Anwendung der Häusliche-Pflege-Skala	9
3.1	Verwendungszweck	9
3.2	Durchführung	11
3.3	Auswertung	12
3.4	Interpretation („Normen“)	13
4.	Testgütekriterien	16
4.1	Reliabilität	16
4.1.1	Innere Konsistenz	16
4.1.2	Testwiederholungs-Reliabilität	16
4.2	Veränderungssensitivität	18
4.3	Validität	20
5.	Inter-Item-Korrelationen und Faktorenstruktur	23
6.	Literatur zur Häusliche-Pflege-Skala	26
7.	Englischsprachige Fassung: Burden Scale for Family Caregivers (BSFC) ...	28

1. Subjektive Belastung der familiären Pflegeperson als zentrales Merkmal der häuslichen Pflegesituation

Die subjektive Belastung familiärer Pflegepersonen ist ein zentrales Merkmal der häuslichen Pflegesituation. In welchem Ausmaß sich die familiäre Pflegeperson belastet fühlt, ob gar nicht, gering, mittel, stark oder sehr stark, beeinflusst erheblich den „Pfleigestil“, die Gesundheit und die Mortalität von Pflegepersonen sowie den Fortbestand der häuslichen Pflege (siehe folgende Abbildung).

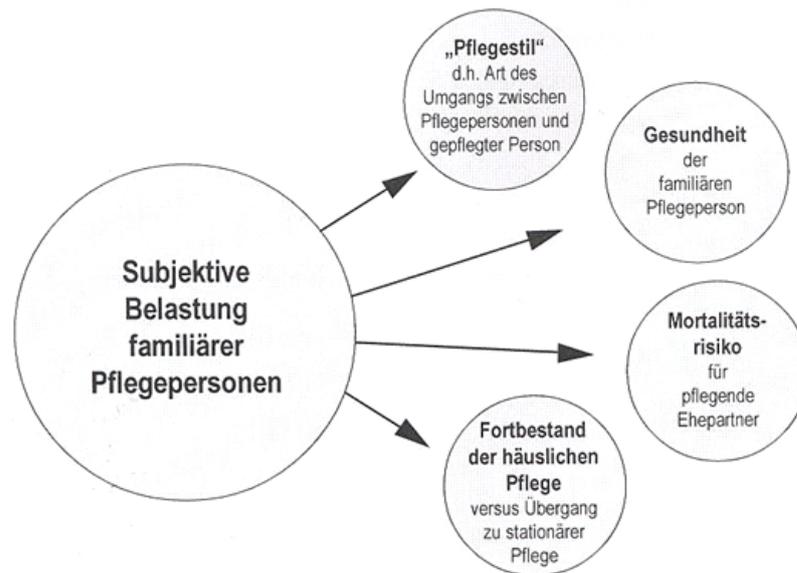


Abb. 1: Auswirkungen subjektiver Belastung familiärer Pflegepersonen

1. Subjektive Belastung der familiären Pflegeperson

- a) Bei stärker belasteten Pflegepersonen kommt es häufiger zu aggressiven Verhaltensweisen der Pflegenden gegenüber der gepflegten Person als bei weniger belasteten Angehörigen (Grafström et al., 1993).
- b) Je größer die subjektive Belastung der Pflegeperson ist, desto mehr und ausgeprägtere körperliche Beschwerden treten bei der Pflegeperson auf (Gräßel, 1998).
- c) Durch die Pflege belastete Ehepartner haben im Gegensatz zu den pflegenden Ehepartnern, die die häusliche Pflege nicht als belastend empfinden, im Zeitraum von 4,5 Jahren ein um 63% erhöhtes Risiko zu sterben, verglichen mit Kontrollpersonen (Schulz und Beach, 1999).
- d) Bei stärker belasteten Pflegepersonen wird die häusliche Pflege häufiger und frühzeitiger aufgegeben als bei weniger belasteten Pflegepersonen (Gräßel, 2001; Zarit et al., 1986).

Literatur:

Grafström, M., Nordberg, A., Winblad, B. (1993): Abuse is in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 247-255.

Gräßel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter, 2. Aufl. Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen.

Gräßel, E. (2001): Prädiktoren für den Fortbestand der häuslichen Pflege. Verlaufsuntersuchung bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter, in Vorbereitung.

Schulz, R., Beach, S.R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effect Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.

Zarit, S.H., Todd, P.A., Zarit, J.M. (1986): Subjective burdens of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.

2. Die Häusliche-Pflege-Skala

Die Häusliche-Pflege-Skala HPS besteht aus 28 Aussagen (Abbildung 2a und 2b). Zu jeder Aussage wird der Grad der Zustimmung anhand einer 4-fachen Abstufung erfasst: „stimmt genau“, „stimmt überwiegend“, „stimmt ein wenig“, „stimmt nicht“. Elf der 28 Aussagen sind invers gepolt, d.h. subjektive Belastung drückt sich dabei durch den Grad der Ablehnung der Aussage aus. Diese Art der Fragebogenkonstruktion hat den Vorteil, dass der „Ja-Sage-Effekt“, eine potentielle Verfälschungstendenz des Ergebnisses, minimiert wird.

Die HPS wurde in sechs Schritten entwickelt:

- a) Passive Teilnahme des Autors an einem Gesprächskreis für pflegende Angehörige mit Sammlung von spontanen Aussagen der familiären Pflegepersonen zu bedeutsamen Aspekten der häuslichen Pflege.
- b) Durchführung qualitativer Interviews mit familiären Pflegepersonen über positive und negative Auswirkungen der häuslichen Pflege.
- c) Formulierung von Belastungs-Items aufgrund der in Schritt a) und b) gewonnenen Aussagen (► Vorform der HPS).
- d) Vergleich der Vorform mit den bis dato international publizierten Belastungs-Skalen (► Weiterentwicklung der Vorform).
- e) Beurteilung der Relevanz der Aussagen der Vorform durch drei Experten (► Konkretisierung, Entfernung und Ergänzung einzelner Aussagen).
- f) Probelauf mit Rückmeldungen zur Verständlichkeit und Akzeptanz der Items (► Anpassung an die Ergebnisse des Probelaufs: Endfassung der HPS).

2. Die Häusliche-Pflege-Skala

HPS Häusliche Pflege-Skala



● **Angaben zu Ihrer Person:** heutiges Datum _____
 Name: _____ Geb.datum: _____ Geschlecht: _____

● **Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person:**
 Name: _____ Geb.datum: _____ Geschlecht: _____

Ursache der Pflegebedürftigkeit: _____
 (wenn möglich in Form der ärztl. Diagnose)

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer *gegenwärtigen* Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort "Pflege" ist beides gemeint.

 Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1. Ich fühle mich morgens ausgeschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation "auszubrechen".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich vermisse es, über die Pflege mit anderen sprechen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühle mich von dem/der Pflegebedürftigen manchmal ausgenutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann außerhalb der Pflegesituation abschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es fällt mir leicht, dem/der Pflegebedürftigen bei den notwendigen Dingen zu helfen (z. B. beim Waschen und Essen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte wenden 

Abb. 2a: Vorderseite der Häusliche-Pflege-Skala

2. Die Häusliche-Pflege-Skala

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
10. Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die von mir geleistete Pflege wird von anderen entsprechend anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe das Gefühl, daß mir die Pflege aufge- drängt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Wünsche des/der Pflegebedürftigen sind mei- ner Meinung nach angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe das Gefühl, die Pflege "im Griff" zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegrif- fen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich kann mich noch von Herzen freuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wegen der Pflege mußte ich Pläne für meine Zu- kunft aufgeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es macht mir nichts aus, wenn Außenstehende die Situation des/der Pflegebedürftigen mitbekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich fühle mich "hin und her gerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich empfinde den Kontakt zu dem/der Pflegebe- dürftigen als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wegen der Pflege gibt es Probleme mit anderen Familienangehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe das Gefühl, ich sollte mal wieder ausspan- nen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Fami- lienangehörigen, Verwandten, Freunden und Be- kannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Das Schicksal des/der Pflegebedürftigen macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Neben der Pflege kann ich meine sonstigen Auf- gaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 2b: Rückseite der Häusliche-Pflege-Skala

3. Anwendung der Häusliche-Pflege-Skala

3.1 Verwendungszweck

Die Häusliche-Pflege-Skala HPS kann sowohl auf Item-Ebene (Antworten auf einzelne Aussagen) als auch auf Summenebene (Gesamtsummenwert) ausgewertet werden (siehe Abschnitt 3.3.). Damit lässt sich die HPS sowohl in der Praxis als auch in der Forschung einsetzen.

a) In der Praxis:

- ◆ Allen, die mit familiären Pflegepersonen zu tun haben und ihnen gezielte Hilfe und Unterstützung zukommen lassen wollen, können sich mit Hilfe der HPS einen **schnellen Überblick** verschaffen, **wo Hilfen ansetzen sollten**, je nachdem bei welchen Aussagen eine erhebliche Belastung festzustellen ist (siehe Abschnitt 3.3.: Auswertung der einzelnen Aussagen).
- ◆ Mit dem Summenwert lässt sich die **Dringlichkeit des Entlassungsbedarfs** beurteilen, da dieser Wert ein Maß für das individuelle Risiko der familiären Pflegeperson darstellt, an psychosomatischen körperlichen Beschwerden zu leiden, die in Zusammenhang mit der Pflegesituation entstanden sind (siehe Abschnitt 3.4). Bei diesen Beschwerden handelt es sich vor allem um Symptome der körperlichen Erschöpfung, Gelenk- und Rückenschmerzen sowie Magenbeschwerden.
- ◆ Durch eine Wiederholungsbefragung lässt sich **die Wirksamkeit von Hilfsmaßnahmen** anhand der Senkung der subjektiven Belastung beurteilen.

3. Anwendung

b) In der Forschung:

- ◆ Mit dem Summenwert der HPS als Maß für die subjektive Gesamtbelastung der familiären Pflegeperson wird in der Forschung ein bedeutsames Merkmal der Pflegesituation erfasst, **das ein signifikanter Prädiktor** für die Gesundheit der familiären Pflegepersonen, für das Mortalitätsrisiko pflegender Ehepartner, für den „Pflegestil“ und für die weitere Entwicklung der Pflegesituation (Fortführung oder Beendigung der häuslichen Pflege) ist (siehe Kapitel 1).
- ◆ In **Interventions-Studien**, deren Zielgruppe (auch) familiäre Pflegepersonen sind, stellt die Messung der subjektiven Gesamtbelastung aufgrund ihrer zentralen Bedeutung (siehe Kapitel 1) die geeignetste Zielvariable dar.

3.2 Durchführung

Die Häusliche-Pflege-Skala HPS besteht aus einem Blatt mit Vorder- und Rückseite (siehe Abbildung 2a und 2b). Die Befragung wird üblicherweise als Einzel-, kann aber auch als Gruppenbefragung durchgeführt werden. In jedem Fall ist zu gewährleisten, dass der Befragte bzw. die Befragten den Fragebogen ungestört beantworten können. Die Anweisung zum Ausfüllen befindet sich eingerahmt auf der Vorderseite nach den Angaben zur Person (siehe Abbildung 2a).

Der Anwender sollte keine weiteren Hinweise oder zusätzlichen Erläuterungen geben, insbesondere nicht, dass es sich hierbei um die Erfassung von Belastungen durch die Pflege handelt. Es ist jedoch möglich und hat sich in der Praxis als sinnvoll erwiesen, die Anweisung vor Aus-händigung des Fragebogens im Wortlaut vorzutragen: *„Ich bitte Sie (wir bitten Sie), einen Fragebogen auszufüllen, in dem Sie um Angaben gebeten werden, die im Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen.“*

Nachdem die Befragten die Häusliche-Pflege-Skala ohne Zeitdruck beantwortet haben, sollte der Anwender die Antworten auf **Vollständigkeit und Eindeutigkeit** kontrollieren und gegebenenfalls um Vervollständigung bzw. eindeutige Markierung nachsuchen.

Erfahrungsgemäß dauert die Beantwortung der Aussagen (durch ankreuzen) **5 bis 10 Minuten**.

3.3 Auswertung

Die Antworten auf die 28 Aussagen der HPS werden nach folgendem Schema mit Punkten bewertet:

Auf die Aussagen 1, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 22 und 28 wird die Antwort „stimmt genau“ mit 0 Punkten, „stimmt überwiegend“ mit 1 Punkt, „stimmt ein wenig“ mit 2 Punkten und „stimmt nicht“ mit 3 Punkten gewichtet.

Bei den Aussagen 2, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26 und 27 ist die Gewichtung umgekehrt („stimmt genau“ 3 Punkte, „stimmt überwiegend“ 2 Punkte, „stimmt ein wenig“ 1 Punkt und „stimmt nicht“ 0 Punkte). Da die Items verschieden gepolt sind, lässt sich die Auswertung mit Hilfe der **beiliegenden Auswertungsschablone** schneller durchführen.

Falls einzelne Aussagen nicht oder nicht eindeutig beantwortet wurden, gilt folgende Vorgehensweise:

- a) Bei direktem Kontakt zur familiären Pflegeperson empfiehlt es sich, um Ergänzung der fehlenden Aussage/n zu bitten.
- b) Sind Rückfragen bei der/den ausfüllenden Person/en nicht (mehr) möglich, wird bei einer oder bei maximal zwei fehlenden Aussagen ein **gewichteter Summenwert** gebildet, d.h. für die eine bzw. für die zwei fehlenden Aussagen wird der Durchschnittswert aus den beantworteten 27 bzw. 26 Aussagen berechnet und als Wert für die fehlende bzw. die zwei fehlenden Aussagen bei der Summenwertbildung hinzugerechnet.
- c) Bei mehr als zwei fehlenden Antworten (das sind mehr als 10%) kann der Summenwert nicht mehr mit genügender Sicherheit interpretiert werden. Eine Summenwertbildung sollte dann **nicht** erfolgen.

3.4 Interpretation („Normen“)

In der Eichstichprobe (siehe Anmerkungen unten) betrug der HPS-Summenwert der familiären Pflegepersonen eines Demenzkranken (N = 1253) im Durchschnitt 41,9 (Standardabweichung $s = 14,8$). In der Nicht-Demenz-Gruppe (N = 612) war die subjektive Belastung der familiären Pflegepersonen signifikant ($p < 0,001$) niedriger (36,6; $s = 16,0$).

Die Interpretation des HPS-Summenwertes erfolgt deshalb in Abhängigkeit von der bzw. den Pflegeursachen: Handelt es sich um die Pflege eines Demenzkranken, ist die Bewertung nach den Angaben von Tabelle 1 durchzuführen. Ansonsten gilt die Einteilung nach Tabelle 2 (für alle Pflegeursachen außer Demenz).

Die Zuordnung des HPS-Summenwertes zu den Kategorien

- a) **nicht bis gering** belastet,
- b) **mittelgradig** belastet,
- c) **stark bis sehr stark** belastet

erfolgt nach dem dazugehörigen Risiko für psychosomatische Beschwerden, das bei Kategorie a) nicht erhöht, bei Kategorie b) erhöht und bei Kategorie c) stark erhöht ist.

Anmerkungen:

- ◆ Grundlage der Einteilung in drei Belastungskategorien ist eine Studie, an der 1911 Hauptpflegepersonen teilnahmen und deren Ergebnisse verallgemeinert werden können. [Näheres zur Methodik dieser Untersuchung: Gräßel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, 52-56].
- ◆ Neben der hinreichenden Streuung („Differenzierungsfähigkeit“) in beiden Gruppen ist der HPS-Summenwert in beiden Gruppen symmetrisch verteilt (keine signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung im Kolmogorov-Smirnov-Test).

3. Anwendung

Tab. 1: Interpretation des HPS-Summenwertes bei **Demenzsyndrom** (normierte Einteilung anhand des Risikos für psychosomatische Beschwerden)

HPS-Summenwert	Belastungs- ausmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (N = 1236)
0 – 35	nicht bis gering	nicht erhöht ^{a)}	33,8 %
36 – 45	mittelgradig	erhöht ^{b)}	25,3 %
46 – 84	stark bis sehr stark	stark erhöht ^{c)}	40,9 %

- ^{a)} im Bereich der HPS-Summenwerte von 0 bis 35 entspricht das Ausmaß der körperlichen Gesamtbeschwerden (Gießener Beschwerdebogen GBB-24) dem Erwartungswert in der "Normalbevölkerung", d.h. 50% der Befragten weisen einen Prozentrang (PR) der Körperbeschwerden ≤ 50 und 50% einen PR > 50 auf.
- ^{b)} im Bereich der HPS-Summenwerte von 36 bis 45 weisen 74% der Befragten ein überdurchschnittliches Ausmaß an Körperbeschwerden (PR > 50) auf.
- ^{c)} im Bereich der HPS-Summenwerte von 46 bis 84 weisen 90% der Befragten ein überdurchschnittliches Ausmaß an Körperbeschwerden (PR > 50) auf.

Tab. 2: Interpretation des HPS-Summenwertes bei **Pflegeursachen außer Demenz** (normierte Einteilung anhand des Risikos für psychosomatische Beschwerden)

HPS-Summenwert	Belastungs- ausmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (N = 591)
0 – 41	nicht bis gering	nicht erhöht ^{a)}	61,4 %
42 - 55	mittelgradig	erhöht ^{b)}	24,4 %
56 –84	stark bis sehr stark	stark erhöht ^{c)}	14,2 %

- ^{a)} im Bereich der HPS-Summenwerte von 0 bis 41 entspricht das Ausmaß der körperlichen Gesamtbeschwerden (Gießener Beschwerdebogen GBB-24) dem Erwartungswert in der "Normalbevölkerung", d.h. 50% der Befragten weisen einen Prozentrang (PR) der Körperbeschwerden ≤ 50 und 50% einen PR > 50 auf.
- ^{b)} im Bereich der HPS-Summenwerte von 42 bis 55 weisen 84% der Befragten ein überdurchschnittliches Ausmaß an Körperbeschwerden (PR > 50) auf.
- ^{c)} im Bereich der HPS-Summenwerte von 56 bis 84 weisen 90% der Befragten ein überdurchschnittliches Ausmaß an Körperbeschwerden (PR > 50) auf.

4. Testgütekriterien

4.1 Reliabilität

4.1.1 Innere Konsistenz

In der **Demenz**gruppe beträgt der Konsistenzkoeffizient nach Spearman-Brown (Testhalbierung nach geradzahligen und ungeradzahligen Aussagen) 0,88 und der **Cronbach-alpha**-Wert **0,90**. Die entsprechenden Werte in der **Nicht-Demenz**-Gruppe lauten 0,90 bzw. **0,91**.

4.1.2 Testwiederholungs-Reliabilität

Bei einer wiederholten Befragung nach 14 Tagen beträgt die **Testwiederholungs-Reliabilität 0,94**.

Dieser Wert wurde in zwei Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige ermittelt, bei der insgesamt 23 Personen an der Wiederholungsbefragung anlässlich des darauffolgenden Gruppentreffens teilnahmen und das Einschlusskriterium (keine zwischenzeitlichen belastungsrelevanten Veränderungen der Pflegesituation) erfüllten (Tabelle 3). Drei Befragte mussten von der Berechnung des Reliabilitätskoeffizienten ausgeschlossen werden, da bei ihnen zwischen Erst- und Zweitbefragung gravierende Veränderungen der Pflegesituation eintraten (Tod der pflegebedürftigen Person, Suizidabsichten der pflegebedürftigen Person, Berentung der Hauptpflegeperson).

Tab. 3: Charakteristika der Stichprobe (N=23) zur Ermittlung der Testwiederholungs-Reliabilität

Alter der Hauptpflegepersonen ^{a)} (in Jahren)	51 ± 6
Geschlecht der Hauptpflegepersonen (% Frauen)	91
Alter der pflegebedürftigen Personen ^{a)} (in Jahren)	82 ± 5
Geschlecht der pflegebedürftigen Personen (% Frauen)	78
Dauer der Pflegebedürftigkeit ^{a)} (in Jahren)	3 ± 2,25
Hauptursache der Pflegebedürftigkeit (Häufigkeit):	
• Demenzsyndrom	12
• Schlaganfall	3
• Parkinsonsyndrom	2
• Epilepsie	1
• Multiple Sklerose	1
• Commotio cerebri	1
• Bronchialkarzinom	1
• Altersschwäche	1
• fehlend	1

^{a)} Median ± Median-Deviation

4.2 Veränderungssensitivität

Die Fähigkeit des HPS-Summenwertes, Veränderungen der subjektiven Belastung anzuzeigen, die durch bedeutsame Veränderungen der Pflegesituation oder durch Interventionsmaßnahmen hervorgerufen wurden, zeigte sich in einer Studie des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg (Holz, 1999). In dieser Interventionsstudie (ohne Kontrollgruppe) erhielten pflegende Angehörige (Tabelle 4) eine dreiwöchige Kurmaßnahme, die vor allem die gesundheitliche Stabilisierung und psychosoziale Unterstützung der Pflegenden zum Ziel hatte. Zu Beginn der Kur (Messzeitpunkt T1), am Ende (T2), vier Wochen (T3) und neun Monate danach (T4) wurden Depressivität, Befindlichkeit und körperliche Beschwerden erfasst. Die subjektive Belastung der Pflegenden wurde bei T1, T3 und T4 gemessen, das heißt zu den Messzeitpunkten, zu denen die Probanden aktuell pflegten. Bezüglich der Veränderungssensitivität des HPS-Summenwertes wurden folgende Ergebnisse berichtet:

- a) „Die Messwiederholungsvarianzanalyse“ (N = 64 Personen mit vier Messungen) „ergab einen statistisch signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messwiederholung ($F = 6,2, \dots, p < 0,01$). Dieser Haupteffekt geht auf die Mittelwertunterschiede zwischen T1 und T3 ($F = 9,3, \dots, p < 0,01$) bzw. zwischen T1 und T4 ($F = 8,3, \dots, p < 0,01$) zurück. Mit anderen Worten: Es findet eine signifikante Reduktion der Pflegebelastung infolge der Kur statt, die auch noch 9 Monate nach der Kur anhält.“ (Holz, 1999, S. 280).
- b) Die veränderte subjektiv erlebte Pflegebelastung (Differenz des HPS-Summenwertes T1 – T4) ist ein signifikanter Prädiktor für das Ausmaß der Veränderung der Befindlichkeit ($p = 0,016$) und der körperlichen Beschwerden ($p = 0,047$) nach der Kur (Differenz T2 – T4) und

tendenziell ($T = 0,060$) auch für die Veränderung der Depressivität nach der Kur (Methode: multifaktorielle Kovarianzanalysen Typ III) (Holz, 1999, S. 246–250 und 326, 327).

Tab. 4: Einige Kennwerte der Stichprobe "Kuren für pflegende Angehörige" (N = 107; Holz, 1999)

Alter der pflegenden Angehörigen ^{a)} (in Jahren)	57,5 ±12,0
Geschlecht der pflegenden Angehörigen (% Frauen)	91
Dauer der Pflegebedürftigkeit ^{a)} (in Jahren)	8,1 ± ?
Erkrankungen der Pflegebedürftigen (Häufigkeit):	
• Demenzsyndrom	42
• Schlaganfall	39
• Parkinsonsyndrom	17
• Sonstige	9

^{a)} arithmetisches Mittel ± Standardabweichung

Literatur:

Holz, P. (1999): Kuren für pflegende Angehörige. Evaluation einer Modellmaßnahme im Rahmen des Projektes „Hilfen für Pflegende“ der AOK Baden-Württemberg, Teil III der Langfassung des Abschlussberichts. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg.

4.3 Validität

In der Literatur hat sich übereinstimmend gezeigt, dass soziale Verhaltensstörungen des Patienten (z.B. Unruhe, Aggressivität) ein erheblicher Stressor für familiäre Pflegepersonen sind und demzufolge ein signifikanter und bedeutsamer, positiv linearer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß sozialer Verhaltensstörungen und der subjektiven Belastung der Pflegepersonen festzustellen ist. Dies gilt insbesondere für multiple Zusammenhangsanalysen (z.B. Gold et al., 1994; Reis et al., 1994). Dieser Zusammenhang zeigt sich auch unter Verwendung des HPS-Summenwertes – und zwar in beiden Gruppen (Tabelle 5).

Demgegenüber wurde in der Literatur übereinstimmend beschrieben, dass zwischen dem Belastungsausmaß und der Zeitspanne seit Beginn der häuslichen Pflege kein signifikanter Zusammenhang in multivariaten Analysen besteht (z.B. Kramer und Kipnis, 1995; Thompson et al., 1993). Auch dieses empirische Ergebnis lässt sich unter Verwendung des HPS-Summenwertes in beiden Gruppen bestätigen (Tabelle 5).

Gemessen an den beiden äußeren Kriterien „soziale Verhaltensstörungen“ und „Zeitspanne seit Beginn der häuslichen Pflege“ erweist sich der HPS-Summenwert als valide.

4. Testgütekriterien

Tab. 5: Aspekte der äußeren kriterienbezogenen Validität des HPS-Summenwertes in der Demenz- und der Nicht-Demenz-Gruppe

Gruppe	Zusammenhang zwischen HPS-Summenwert und sozialen Verhaltensstörungen ^{a)}		Zeitspanne seit Beginn der häuslichen Pflege	
	univariat ^{b)} r	multivariat ^{c)} β	univariat ^{b)} r	multivariat ^{c)} β
Demenz ^{d)}	0,39***	0,34***	0,10***	0,07
Nicht-Demenz ^{e)}	0,44***	0,34***	0,03	0,02

- * p < 0,05
- ** p < 0,01
- *** p < 0,001

- a) Faktor „Soziale Verhaltensstörungen“ in der Fremdbeurteilungs-Skala „Sandoz Clinical Assessment – Geriatric“ (SCAG)
- b) Pearson-Korrelation
- c) schrittweise multiple Regressionsanalysen mit dem HPS-Summenwert als abhängiger Variablen unter Berücksichtigung von 26 unabhängigen Variablen [vergl.: Gräßel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnitt-untersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Egelsbach, Frankfurt (Main), Washington: Hänsel-Hohenhausen]
- d) Hauptursache der Pflegebedürftigkeit: Demenzerkrankung
- e) Hauptursache der Pflegebedürftigkeit: sonstige Erkrankungen außer Demenz

4. Testgütekriterien

Literatur:

Gold, D.P., Franz, E., Reis, M., Senneville C. (1994): The influence of emotional awareness and expressiveness on care-giving burden and health complaints in women and men. *Sex roles*, 31, 205-224.

Kramer, B.J., Kipnis, S. (1995): Eldercare and work-role conflict. Toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist*, 35, 340-348.

Reis, M.F., Gold, D.P., Andres, D., Markiewicz, D., Gauthier, S. (1994): Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 257-271.

Thompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J.M., Lovett, S.B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journals of Gerontology*, 48, S245-S254.

5. Inter-Item-Korrelationen und Faktorenstruktur

Die Inter-Item-Korrelationen und die Faktorenstruktur der HPS stützen die Vorgehensweise, nur einen **Gesamtsummenwert** und keine Teilsummenwerte zu bilden.

In der Demenz-Gruppe liegen die Inter-Item-Korrelationen im Bereich von minus 0,21 und plus 0,55, wobei nur 1,6% aller Korrelationen negativ sind, 63,5% jedoch positiv mit einem Wert $> 0,20$.

In der Nicht-Demenz-Gruppe erstreckt sich der Bereich von minus 0,13 bis plus 0,57, wobei 3,5% der Inter-Item-Korrelationen negativ sind, 76,5% jedoch positiv mit einem Wert $> 0,20$.

Alle bedeutsamen Zusammenhänge zwischen HPS-Items sind demnach positiv. Das heißt, je größer der Belastungswert eines Items ist, desto größer ist auch der des anderen Items. Somit spricht nichts dagegen, die Belastungswerte sämtlicher Items aufzuaddieren.

Wird die Zusammenhangstruktur der HPS-Items faktorenanalytisch untersucht, hebt sich in beiden Gruppen familiärer Pflegepersonen **ein Faktor** auffallend von den anderen ab („Generalfaktor“ der subjektiven Belastung, siehe Abbildung 3 und 4). Bei der Einfaktorenlösung „laden“ in der Demenz-Gruppe 16 HPS-Items mit einem Wert $> 0,50$ und weitere sechs mit einem Wert $> 0,45$ auf dem Generalfaktor (Tabelle 6). In der Nicht-Demenz-Gruppe sind dies 19 bzw. drei Items. In beiden Gruppen sind es somit die gleichen 22 Items, also knappe vier Fünftel aller HPS-Items, die als zusammenhängend im Sinne eines Faktor anzusehen sind.

5. Inter-Item-Korrelationen und Faktorenstruktur

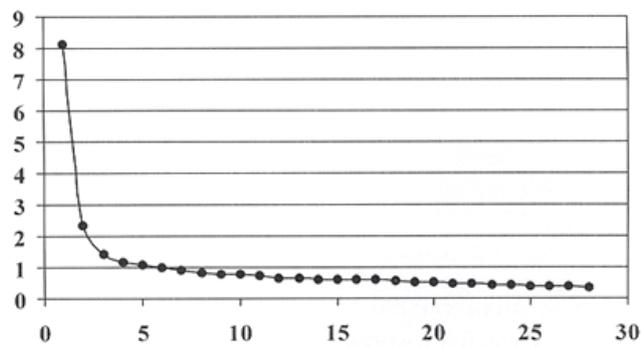


Abb. 3: Diagramm der nach der Größe ihres Eigenwertes geordneten Faktoren (Demenz-Gruppe, N = 1143)

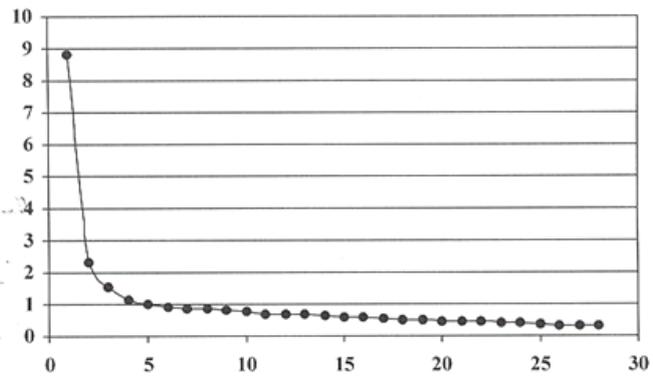


Abb. 4: Diagramm der nach der Größe ihres Eigenwertes geordneten Faktoren (Nicht-Demenz-Gruppe, N = 548)

5. Inter-Item-Korrelationen und Faktorenstruktur

Tab. 6: Faktorladung der HPS-Items bei Einfaktorenlösung (Faktorenanalysen nach der Hauptkomponenten-Methode) (Werte $\geq 0,50$ sind fettgedruckt)

Item	Faktormatrix (unrotiert)	
	Demenz-Gruppe ^{a)} N = 1143 ^{c)}	Nicht-Demenz-Gruppe ^{b)} N = 548 ^{c)}
1. Unausgeschlafenheit	0,49	0,51
2. Zufriedenheitsabnahme	0,70	0,72
3. Körperliche Erschöpfung	0,66	0,68
4. Wunsch auszubrechen	0,66	0,70
5. Kommunikationsdefizit	0,49	0,48
6. Zu wenig Zeit für eigene Interessen	0,45	0,58
7. Gefühl des Ausgenütztwerdens	0,57	0,56
8. Nicht abschalten können	0,52	0,56
9. Hilfe fällt schwer	0,48	0,47
10. Depersonalisation	0,71	0,73
11. Pflege zu wenig anerkannt	0,42	0,44
12. Verringerung des Lebensstandards	0,56	0,60
13. Aufgedrängte Pflege	0,46	0,49
14. Unangemessene Ansprüche des Gepflegten	0,37	0,44
15. Pflege nicht im Griff haben	0,37	0,40
16. Angegriffene Gesundheit	0,70	0,70
17. Sich nicht mehr so freuen können	0,53	0,53
18. Aufgabe von Zukunftsplänen	0,48	0,53
19. Scheu vor Außenstehenden	0,21	0,06
20. Pflege kostet Kraft	0,62	0,65
21. Konflikt zwischen Anforderungen	0,67	0,68
22. Kontakt zum Gepflegten wird schlechter	0,35	0,37
23. Probleme mit Familie	0,50	0,53
24. Wunsch nach Ausspannung	0,61	0,61
25. Zukunftsangst	0,64	0,65
26. Beziehung zu anderen leidet	0,67	0,67
27. Trauer über Schicksal des Gepflegten	0,21	0,30
28. Bewältigung sonstiger Aufgaben erschwert	0,54	0,55
Aufgeklärter Varianzanteil	29,1%	31,5%

^{a)} Hauptursache der Pflegebedürftigkeit: Demenzerkrankung

^{b)} Hauptursache der Pflegebedürftigkeit: sonstige Erkrankungen außer Demenz

^{c)} Fälle, bei denen alle 28 HPS-Items auswertbar waren

6. Literatur zur Häusliche-Pflege-Skala

Handbuch (1. Aufl.):

Gräßel, E., Leutbecher, M. (1993): Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: Vless.

Besprechung der 1. Auflage:

Reuschenbach B. (2001): Häusliche Pflege-Skala (HPS) zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Die Pflege, 14, 130-131.

Pilotstudie zur HPS:

Gräßel, E. (1994): Körperbeschwerden und subjektive Belastung bei pflegenden Angehörigen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 119, 501-506.

Gräßel, E. (1994): Pflegende Angehörige – potentielle Patienten von morgen. Häusliche-Pflege-Skala (HPS) zur Bestimmung der subjektiven Belastung: Allgemeinarzt, 16, 799-800.

Gräßel, E. (1995): Somatic symptoms and caregiving strain among family caregivers of older patients with progressive nursing needs. Archives of Gerontology and Geriatrics, 21, 253-266.

Weitere Studien unter Verwendung der HPS:

Gräßel, E. (1997): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen.

Gräßel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, 57-62.

Hecht, M. et al. (2001): Burden of care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. Palliative Medicine, zur Publikation eingereicht.

Holz, P. (1999): Kurmaßnahmen für pflegende Angehörige – Evaluation einer Modellmaßnahme des Projekts „Hilfen für Pflegenden“ der AOK Baden-Württemberg. In: AOK Baden-Württemberg (Hrsg.): Hilfen für Pflegenden, Kurzfassung des Abschlussberichts, S. 48-80. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg.

7. Englischsprachige Fassung: Burden Scale for Family Caregivers (BSFC)

Nachfolgend ist die durch Rückübersetzung kontrollierte, englischsprachige Fassung der HPS aufgeführt. Sie ist in der Literatur als Burden Scale for Family Caregivers BSFC eingeführt:

Please read each of the following statements and decide which answer corresponds best to your caregiving situation.

1. ***I feel fresh and rested when I get up in the morning.***

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

2. ***The care I provide has made me less content with my life.***

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

3. ***I often feel physically exhausted.***

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

4. ***From time to time I wish I could 'run away' from the situation I'm in.***

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

5. ***I wish I could talk to others about my role as a caregiver.***

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

6. *I have enough time for my own needs and interests.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
7. *I feel appreciated by the person I'm caring for.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
8. *I can switch off when I'm not ,on duty'.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
9. *I feel comfortable providing the necessary nursing care (washing, feeding etc.).*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
10. *Sometimes I don't really feel myself any longer.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
11. *The care I give is fully recognised by others (i.e., families and friends).*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
12. *My role as a caregiver has affected my financial situation.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
13. *I feel I was pressurized into this caregiving situation.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

7. Englischsprachige Fassung: BSFC

14. *The demands the person I'm caring for makes on me are appropriate in my view.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

15. *I feel I have a handle on the care-situation.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

16. *My health is affected by the care-situation.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

17. *I am still capable of feeling really joyful.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

18. *I have had to give up future plans because of the care.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

19. *I feel comfortable when outsiders witness the situation the person I am caring for is in.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

20. *I feel emotionally drained by the care that I provide.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

21. *I feel torn between the demands imposed by my environment (e.g. my family) and the demands the care makes on me.*

- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not

22. *I feel I have a good relationship with the person I'm caring for.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
23. *I have problems with other people in my family because of my caregiving situation.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
24. *I feel I need to take a break.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
25. *I'm worried about how the care will affect my future.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
26. *My relationship with other members of the family, relatives, friends and acquaintances are suffering as a result of the care.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
27. *The fate of the person I'm caring for saddens me.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not
28. *I can take care of other daily obligations to my satisfaction in addition to the caregiving.*
- Yes, definitely Yes, generally
 No, not really No, definitely not



Auswertung

Häusliche Pflege-Skala

Vorderseite

stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Rückseite

stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Zusatzfragen:

- | | stimmt
genau | stimmt
überwiegend | stimmt
ein wenig | stimmt
nicht |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 29. Ich fühle mich hauptverantwortlich für die Pflege und das Wohlergehen der/des Pflegebedürftigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Spiritualität ist für mich auch ein Motiv für die Übernahme der Pflege. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Mit Hilfe von Spiritualität sind die Mühen der Pflege leichter zu bewältigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Es gab bereits früher in unserer Familie häusliche Pflege: | | ja
<input type="checkbox"/> | | nein
<input type="checkbox"/> |
| 33. Meine höchste abgeschlossene Schulbildung: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ich bin berufstätig: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.2 Überblick über soziale Pflege- und Betreuungsdienstleistungen der Bundesländer für das Jahr 2010

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.08.2012

Pflege- und Betreuungsdienste¹⁾ der Bundesländer²⁾ 2010

Bundesland	Pflege- und Betreuungsdienste					
	Mobile Dienste	Stationäre Dienste	Teilstationäre Dienste	Kurzzeitpflege	Alternative Wohnformen	Case- und Caremanagement
Betreute Personen						
Insgesamt	127.891	71.798	(4.564)³⁾	5.107	(10.806)	44.677
Burgenland	4.310	1.768	135	0	0	0
Kärnten	7.366	5.490	n.e. ⁴⁾	634	n.e.	1.500
Niederösterreich	15.338	12.869	578	1.965	0	9.200
Oberösterreich	29.378	15.567	848	10	0	7.187
Salzburg	5.250	3.918	478	423	0	2.981
Steiermark	15.369	10.989	259	0	463	0
Tirol	8.322	5.505	256	754	0	3.410
Vorarlberg	12.261	1.925	n.e.	351	28	0
Wien	30.297	13.767	2.010	970	10.315	20.399
Personaleinheiten (Vollzeitaquivalente)						
Insgesamt	11.500,7	30.135,5	(326,2)	(285,0)	(2.749,0)	157,4
Burgenland	246,7	797,0	15,7	0,0	0,0	0,0
Kärnten	1.165,0	1.603,5	10,5	n.e.	n.e.	3,0
Niederösterreich	2.572,0	5.130,0	15,0	95,0	0,0	48,0
Oberösterreich	1.258,2	5.346,0	41,0	1,0	0,0	35,4
Salzburg	539,0	1.770,0	49,0	n.e.	0,0	13,0
Steiermark	937,8	3.593,0	18,0	0,0	34,0	0,0
Tirol	503,0	2.534,0	12,0	25,0	0,0	4,0
Vorarlberg	489,0	1.245,0	n.e.	n.e.	15,0	0,0
Wien	3.790,0	8.117,0	165,0	164,0	2.700,0	54,0
Voll- bzw. Bruttokosten						
Insgesamt	470.133.325	2.121.480.105	23.091.331	(8.458.018)	(147.485.564)	7.347.537
Burgenland	6.606.741	45.939.622	324.538	0	0	0
Kärnten	25.626.277	122.156.795	222.474	n.e.	n.e.	108.854
Niederösterreich	64.614.543	306.198.963	944.571	2.457.006	0	1.920.931
Oberösterreich	62.892.865	307.937.203	1.199.875	18.468	0	1.532.995
Salzburg	16.648.575	88.377.154	585.317	229.159	0	518.363
Steiermark	50.275.016	350.930.896	1.026.642	0	539.394	0
Tirol	22.780.578	124.388.834	697.157	673.561	0	150.415
Vorarlberg	18.451.947	73.535.045	113.757	949.824	621.591	0
Wien	202.236.783	702.015.593	17.977.000	4.130.000	146.324.579	3.115.979
Nettoaufwand⁴⁾						
Insgesamt	346.491.376	1.153.350.878	20.216.470	(5.120.790)	(80.655.783)	7.346.987
Burgenland	5.297.824	18.752.843	324.538	0	0	0
Kärnten	21.236.277	55.511.175	222.474	n.e.	n.e.	108.854
Niederösterreich	62.424.543	139.921.340	944.571	2.457.006	0	1.920.931
Oberösterreich	45.668.776	125.721.791	1.199.875	18.468	0	1.532.445
Salzburg	13.186.490	41.810.966	585.317	229.159	0	518.363
Steiermark	29.181.807	195.107.369	237.573	0	370.671	0
Tirol	15.456.879	51.750.192	337.157	300.956	0	150.415
Vorarlberg	7.896.177	40.844.960	113.757	591.763	297.001	0
Wien	146.142.603	483.930.241	16.251.208	1.523.438	79.988.111	3.115.979

Q: STATISTIK AUSTRIA, Pflegedienstleistungsstatistik 2010. Erstellt am 03.02.2012.

Positionen mit dem Vermerk "n.e." wurden für das Berichtsjahr 2010 nicht erhoben. - 1) Ohne Pflege- und Betreuungsdienste der Behindertenhilfe und der Grundversorgung. - 2) Zu weiteren bundesländerspezifischen Daten und Anmerkungen siehe die einzelnen Bundesländer-Tabellen. - 3) Wenn die Werte nicht für alle Bundesländer vorliegen, ist der Insgesamt-Wert in Klammer gesetzt. - 4) Voll- bzw. Bruttokosten abzüglich Kostenbeiträge, Regresse und sonstige Einnahmen.

Sozialhilfe 2010

Merkmale	Österreich ¹⁾	Burgenland ²⁾	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Insgesamt										
Ausgaben in Mio. Euro	3.393,406	49,244	166,534	474,182	479,506	150,415	435,700	188,000	122,371	1.327,456
Richtsatzleistungen (Dauerunterstützte u.a.)										
Ausgaben in Mio. Euro	168,045	1,790	6,548	31,995	15,964	10,510	21,522	10,000	8,625	61,090
Personen/Fälle	.	539	10.311	7.850	10.613	4.714	3.570	7.423	4.209	5.913
Mietbeihilfen										
Ausgaben in Mio. Euro	54,012	844	862	2,411	2,796	10,379	9,198	8,879	6,570	12,074
Personen/Fälle	.	458	5.251	2.657	9.652	5.228	3.940	7.865	3.846	9.204
Geldaushilfen zur Sicherung des Lebensbedarfs										
Ausgaben in Mio. Euro	223,960	356	3,113	1,183	2,711	882	2,954	1,470	1,161	210,129
Personen/Fälle	.	623	13.271	2.814	7.961	1.347	4.368	4.317	1.570	84.914
Krankenhilfe										
Ausgaben in Mio. Euro	138,897	948	26,433	10,077	4,923	5,919	25,332	3,849	3,708	57,709
Personen/Fälle	.	554	3.870	1.635	3.405	2.553	.	4.044	2.155	.
Altenwohn- und Pflegeheime (landeseigene und private)										
Ausgaben in Mio. Euro	1.981,042	39,891	93,617	315,563	308,068	87,221	332,534	122,684	70,497	610,968
Personen/Fälle	76.104	1.693	5.490	12.869	11.447	3.936	10.989	4.450	2.270	22.960
Soziale Dienste										
Ausgaben in Mio. Euro	532,435	215	23,203	72,803	83,086	17,480	18,349	21,763	11,545	283,993
Flüchtlingshilfe										
Ausgaben in Mio. Euro	157,387	4,075	9,056	23,266	38,374	7,375	24,665	10,752	8,665	31,160
Sonstige Leistungen										
Ausgaben in Mio. Euro	137,628	1,125	3,701	16,886	23,584	10,650	1,146	8,602	11,600	60,333

Q: STATISTIK AUSTRIA, Sozialhilfestatistik. Erstellt am: 14.06.2012.

1) Da die Meldungen nicht für alle Bundesländer vorliegen und weil aus den vorhandenen Meldungen nicht immer eindeutig hervorgeht, ob es sich bei den Angaben um Personenzahlen oder Fallzahlen handelt, wurden keine Summen gebildet. - 2) Bei den sozialen Diensten nur personenbezogene Ausgaben, d.h. ohne Förderungen/Subventionen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege. - 3) Daten stimmen mit jenen gemäß Pflegedienstleistungsstatistik aufgrund unterschiedlich gefasster Leistungsbereiche und abweichender Ausgabenbegriffe nicht überein.

13.3 Zeittafel

Dokumentation der zeitlichen Ressourcen für die Erstellung der vorliegenden Arbeit

Vorgehensweise	Datum / Zeitraum	Stunden- ausmaß
Themenvorschlag ad Dr. Martin Sprenger mit positiver Rückmeldung	02.05.2011	1
Erste Überlegungen zum Thema und Festhalten der ersten Gedanken zum Thema	02.05.2011	4
Kontaktaufnahme mit dem Betreuer und Darlegung des Vorhabens	02.05.2011	4
Literaturrecherche & Literaturstudium ab 24.05.2011	laufend	25
Suche nach einem standardisierten Fragebogen	laufend	8
Bestellung der Fragebögen & Überlegung zur Erweiterung der Fragestellungen	11.05.2011	5
Studium der Anwendung des standardisierten Fragebogens	19.05.2011	4
LPZ Besprechung, Bad Radkersburg, incl. Vorbereitung & Vorabinformation (e-Mail,...)	15.06.2011	4
Erstbesprechung mit DI Dr. Hartinger, MPH, DSA Wolfsberger im GGZ	17.06.2011	4
Erweiterung des Fragebogens und erste Handhabungshinweise sowie ethische Überlegungen (Prim.Schippinger, DSA Wolfgruber, Dr.Hartinger)	05.07.2011	3
Erstellung der Fragebögen incl. Durchnummerierung	05.07.2011	6
Erstellung von Handhabungshinweisen für die MitarbeiterInnen	06.07.2011	4
Datenschutzerklärung & Informed Consent	06.07.2011	4
Überprüfung der Handhabbarkeit (Testlauf Mitte Juli bis Ende August im Arbeitsumfeld)	07.07.2011	6
Konkretisierung des empirischen Teils & Information/Schulung der Case & Care Managerin	07.07.2011	4
Zusammenstellung der Koffer incl. Fotodokumentation & Übergabe incl. erneuter Einschulung	07.07.2011	5
Konzeptformularentwicklung	22.10.2011	6
Ständige telefonische Erreichbarkeit und Rückfragen in regelmäßigen Abständen von 14 Tagen	laufend	6
Abholung der ausgefüllten Fragebögen, Feedback, 1. Koffer	02.02.2012	3
Erstellung der Auswertungstabelle (Excel) und erste Eingaben	15.02.2012	4
Erfassung der Fragebögen (a´15 Min. x 34) - Excel	laufend	10
Besprechung DSA Kornberger	02.03.2012	2
2. Koffer & Einholung der Rückmeldungen	09.03.2012	3
Erfassung der Fragebögen (a´15 Min. x 34) - Excel	laufend	10
3. Koffer (wurde am 09.03.2012 übergeben) Rückmeldung an DSA Stocker, MA	16.03.2012	3
Erfassung der Fragebögen (a´15 Min. x 34) - Excel	laufend	10
Rückmeldung GGZ und Besprechung DSA Kornberger	10.04.2012	3
Kontrollroutine zum Ausschluss von Eingabefehlern & Auswertung der Fragebögen	laufend	20
Literaturstudium & Auswahl konkreter Literaturstellen/Adaptierung Arbeitskonzeptstruktur	laufend	20
Erstellung des Arbeitskonzepts incl. Präsentation für 31.05.2012	ab 20.03.2012	10
Terminkoordination & Vorlage der Skizze für die Konzeptbesprechung	ab 20.03.2012	80
Vorlage der Arbeitsstruktur und Besprechung des Arbeitskonzepts	24.04.2012	3
	07.05.2012	5

(Betreuer & MitarbeiterInnen)

Ergänzungen und Korrekturen am Konzept	10.05.2012	4
Korrekturlesen	13.05.2012	4
Auswertungskontrolle & externe Begutachtung	24.05.2012	5
Postererstellung für GGZ	28.05.2012	5
Auswertung: Vorlage bei Prim.Dr.Schippinger (Poster)	01.06.2012	3
Gliederung der MT	06.06.2012	3
Überarbeitung der Struktur	09.06.2012	4
Beschreibung: Methode d. Primärdatenerhebung, Gültigkeitskriterien, etc.	10.06.2012	4
Abbildung des bestehenden Leistungsangebots im Überblick	12.&13.06.2012	6
Bearbeitung des 1. Abschnitts, strukturelle Nachbesserungen, Literaturrecherche	14.06.- 28.06.2012	6
Literaturrecherche & lesen zum Thema Finanzierung in Österreich & Europa	02.07.- 09.07.2012	10
Besprechung mit dem Betreuer (MT-Aufbau)	10.07.2012 10.07.-	3
Erstellung des MT-Aufbaus	16.07.2012 31.07.-	15
Recherchen, Einleitung, allgemeiner Teil	05.08.2012	20
Vergleich der Sozialhilfesysteme der Bundesländer, Angehörige zwischen Beruf und Pflege	08.08.- 12.08.2012	20
Gesundheitssystem/Sozialsystem, Leistungsangebot, Leistungserbringer	13.08.- 19.08.2012	20
Bedarfsdiagnose, Bedürfnisdiagnose	20.08.- 26.08.2012	12
Gesundheits- & Sozialpolitik	01.09.- 09.09.2012	15
Strukturanalyse, Veränderungsansätze, Schnittstellenproblematik	10.09.- 16.09.2012	20
Empirischer Teil: Vorgehensweise & Implementierung der Ergebnisse	16.09.- 28.09.2012	35
Zusammenfassung der Ergebnisse inkl. Persönliche Stellungnahme	29.09.- 01.10.2012	20
Besprechung mit dem Betreuer (letzte Korrekturen/Ergänzungen)	01.10.2012 01.10.-	2
Überarbeitung, Optimierung, Ergänzungen, stilistische Verbesserungen	15.10.2012	35
Kontaktaufnahme mit Prof. Noack, Genehmigung zur Verwendung von Folie 43, E-Mail, Telefon	18.10.2012	1
Korrekturlesen, Formatierung, etc. und Vorlage zur Beurteilung durch den Betreuer	15.10.- 25.10.2012	45
Abstrakt englisch, Ergänzungen, Korrekturen, Druck, Binden	25.10.- 31.10.2012	50
	ges.:	656
ASK I Befragung	ges.:	150
Gesamtaufwand		<u>806</u>

13.4 Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

im Österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplan 2001 <http://www.geriatrie-online.at/mm/Struktur.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.08.2012

Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) im Österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplan 2001	
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Personalausstattung</i> <i>Vollzeitäquivalent zu Betten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärzte 1 : 9 • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen 1 : 1,5 • Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, weitere nach Bedarf) 1 : 8,4 • Sozialarbeiter 1 : 50 • Klin. Psychologen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeuten 1 : 100 <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die AG/R-Einheit zugeordnet ist.</p> <p><i>Qualifikation</i></p> <p>Ärztliches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung durch Facharzt für Innere Medizin oder für Neurologie mit <ul style="list-style-type: none"> – Geriatrie-Diplom der Österreichischen Ärztekammer oder – vergleichbarem ausländischen Diplom oder – mehrjähriger Tätigkeit in einer geriatrischen Institution bzw. – zukünftig (sofern eingerichtet): mit Additivfach für Geriatrie. • Bei Abteilung: Zumindest ein zweiter Arzt muss über die Qualifikation der Leitung verfügen. <p>Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitendes Pflegepersonal: <ul style="list-style-type: none"> – Absolvierte Weiterbildung in der Pflege von alten Menschen und chronisch Kranken oder vergleichbare Ausbildung und – absolvierte Weiterbildung in reaktivierender Pflege und – Praxis in geriatrischen Einrichtungen. • Übriges Pflegepersonal: <ul style="list-style-type: none"> – Zumindest eine einschlägige Fortbildung (reaktivierende Pflege, Bobath, Validation, basale Stimulation und andere) oder – dreimonatige Praxis in reaktivierender Pflege in geriatrischen Einrichtungen.
	Infrastrukturelle Anforderungen

Fortsetzung Strukturqualitätskriterien - Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none">• Begutachtung der von anderen Abteilungen oder Krankenanstalten zugewiesenen Patienten vor Aufnahme• Geriatrische Akutdiagnostik und nach Prioritäten geordnete medizinische Behandlung• Geriatrisches Assessment• Wöchentliche Evaluierung von Therapieerfolgen und Behandlungsplanung• Funktionsverbessernde, funktionserhaltende und reintegrierende therapeutische Maßnahmen• Reaktivierende Pflege• Psychologische/psychotherapeutische Betreuung• Sozialarbeiterische Betreuung• Angehörigenarbeit• Entlassungsplanung (bei Bedarf mit diagnostischem Hausbesuch)• Geriatrisches Entlassungsassessment• Interdisziplinär geführte Dokumentation• Tagesklinische Behandlung• Konsiliaritätigkeit• Geriatrische Spezialambulanz• nach Möglichkeit: Überleitungspflege (kurzfristige pflegerische Weiterbetreuung zu Hause)
-------------------------	--

14 Literaturquellen

-
- ¹ Finanzierung der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste Steiermark. – Finanzierungsteile, Abs. 4. <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/54760731/DE/> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 09.07.2012
- ² Kargl, M. Soziale Rechte im österreichischen Sozialstaat: Versicherungs-, Versorgungs- und Fürsorgeprinzip. S. 2-4
http://www.armutskonferenz.at/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=131&Itemid=36 Online Verfügbar: zuletzt aufgesucht am 3.7.2012
- ³ Duden – Fremdwörterbuch. (1990) Subsidiarität. Meyers Lexikonverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, Band 5, S.750
- ⁴ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S. 9
- ⁵ Ahrens, D. Gesundheitsökonomie und Public Health. Public Health in Österreich und Europa – Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack, PhD. Hrsg. Martin Sprenger; S. 264-265 In: Füllgraff, G. New Public Health. In: Schlicht, W; Dickhut, H. Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität? Stuttgart, Schattauer, 1999, S. 225-238.
- ⁶ Anbehörige. <http://de.wikipedia.org/wiki/Angeh%C3%B6riger> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 18.09.2011
- ⁷ Pflegende Angehörige. http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegende_Angeh%C3%B6rige Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 03.07.2012
- ⁸ Pochobradsky, E; Bergmann, F; Brix-Samoylenko, H; Erkamp, H; Laub, R. Situation Pflegender Angehöriger. – Endbericht. S. 1 und S. 78 ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, 2005 – http://www.uni-graz.at/ukidabww_bmask_studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 18.03.2012
- ⁹ Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 6
http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012
- ¹⁰ Einpersonenhaushalte in Österreich.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushalts_und_familienprognosen/index.html#index2 Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 29.04.2012
- ¹¹ Schneider, NF; Häuser, JC; Ruppenthal SM; Stengel, S. Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegbedürftigen Familienangehörigen. Institut für Soziologie, Johannes Gutenberg Universität Mainz – Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, 2006, S. 3, Abs. 2 <http://www.menschen-pflegen.de/files/636ae28349187b4c226b5df9e86a75b4/667/Familienpflege.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 06.05.2012
- ¹² Haller, M; Müller, B. (2005) Gesundheitliches Wohlbefinden im sozialen Kontext. Public Health in Österreich und Europa – Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack, PhD. Hrsg. Martin Sprenger; S. 165
- ¹³ Simsa, R. (2004) Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich – Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven. Hrsg. Wirtschaftsuniversität Wien. S. 252

<http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/bag-studie.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 20.03.2012

¹⁴ Gillsjö et al. Home: The place the older adult can not imagine living without. BMC Geriatrics 2011, 11:10 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-11-10.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 18.03.2012

¹⁵ Noack, H; Kittl, H; Reis-Klingspiogl, K, Wolf, P. (2007) Familiäre Hilfe und Pflege im Alter. S. 71 - Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung und Sozialplanung in der Steiermark, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz, unveröffentlichter Endbericht. Zur Verfügung gestellt von der Lehrgangsführung des Universitätslehrgangs Public Health 2010/2012

¹⁶ Hollstein, B. Reziprozität in familialen Generationenbeziehungen. – In: Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. (Hrsg. Adloff, F; Mau, S) Reihe „Theorie und Gesellschaft“. Frankfurt/M; Campus, 2005;187-211 http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/sozialoekonomie/hollstein/Team/Hollstein_Betina/Literatur_Betina/Reziprozitaet_2005.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 28.08.2012

¹⁷ Stmk. Sozialhilfegesetz-Durchführungsverordnung – StSHG-DVO http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/LGBl_ST_20120308_18/LGBl_ST_20120308_18.html Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 7.3.2012

¹⁸ Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 11A – Soziales, Arbeit und Beihilfen. S. 21 http://www.landtag.steiermark.at/cms/dokumente/11399730_58064506/48e73fd3/16_668_1_BE.pdf Online verfügbar: Zuletzt aufgesucht am 07.06.2012

¹⁹ Kargl, M. Soziale Rechte im österreichischen Sozialstaat: Versicherungs-, Versorgungs- und Fürsorgeprinzip. S. 5 – In: Bauernberger, J. (2002) Sozialausgaben in Österreich. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG): Bericht über die soziale Lage 2001-2002, Wien, S. 47-54 http://www.armutskonferenz.at/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=131&Itemid=36 Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 3.7.2012

²⁰ Czirkovits, C; Winkler, P. (2009) GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle). Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur S.15, 16

²¹ Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 28 http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012

²² Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland Pfalz, Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit. 2006, S. 3 <http://www.menschen-pflegen.de/files/636ae28349187b4c226b5df9e86a75b4/667/Familienpflege.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 06.05.2012

²³ Höpflinger, F. Angehörigenpflege – Bedeutung und Entwicklung. Managed Care 3, 2004, S.5. http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/04-angehoerigenpflege.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 04.08.2012

-
- ²⁴ Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland Pfalz, Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit. 2006, S. 7
<http://www.menschen-pflegen.de/files/636ae28349187b4c226b5df9e86a75b4/667/Familienpflege.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 06.05.2012
- ²⁵ Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 27
http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012
- ²⁶ Schneider, U. et al. (2006) Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht 02/2006; S. 3 <http://epub.wu.ac.at/1538/1/document.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 24.05.2012
- ²⁷ Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 27 http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012
- ²⁸ Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/downloads/karto/them_beav_alter_struktur/ Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 18.03.2012
- ²⁹ Hartinger, G. (2005) Der geriatrische Patient zwischen Asylierung und Anstaltspflege. Public Health in Österreich und Europa – Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack, PhD. Hrsg. Martin Sprenger; S. 302
- ³⁰ Hartinger, G. Wachkoma: Rechtliche & Ökonomische Folgen. Triade der Finanzierung (2005), Folie 6 http://www.wachkoma.at/Informationen/Jahrestagung_2005/Hartinger.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 13.06.2012
- ³¹ Pfeil, W. (2001) Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer. Rechtswissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Erster Teil, S. 9
http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Statistische_Daten_und_Studien/Studien/Vergleich_der_Sozialhilfesysteme_der_oesterreichischen_Bundeslaender Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 10.07.2012
- ³² Bundesverfassungsgesetz über die Regelung der finanziellen Beziehungen zwischen dem Bund und den übrigen Gebietskörperschaften (Finanz-Verfassungsgesetz 1948 - F-VG 1948)
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003819> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.08.2012
- ³³ Der Rechnungshof. Zahlungsflüsse zwischen Ländern und Gemeinden am Beispiel der Sozialhilfe im engeren Sinn in Niederösterreich und Oberösterreich. Rechnungshof GZ 001.503/242-1B1/11, S. 28 <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVII/07/778/778B.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.08.2012
- ³⁴ Der Rechnungshof. Zahlungsflüsse zwischen Ländern und Gemeinden am Beispiel der Sozialhilfe im engeren Sinn in Niederösterreich und Oberösterreich. Rechnungshof GZ 001.503/242-1B1/11, S. 30 <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVII/07/778/778B.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.08.2012

-
- ³⁵ Brauner, H; List, R; Tritremmel, W. Gesundheit 2020. Das IV-Konzept für ein exzellentes und nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen. http://www.iv-mitgliederservice.at/iv-all/publikationen/file_462.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 08.04.2012
- ³⁶ Die Angehörigen wissen am besten was gut ist. (2011) Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger. (Hrsg. Kreimer, M; Meier, I.) Rechts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaft. Volkswirtschaftslehre. Grazer Universitätsverlag – Leykam – Karl-Franzens-Universität Graz, ISBN 978-3-7011-0109-6; S. 116
- ³⁷ Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 18.03.2012
- ³⁸ Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 18.03.2012
- ³⁹ Steiermärkisches Sozialhilfegesetz (SHG): Stammfassung: LGBl. Nr. 29/1998(XIII.GPStLT EZ 30 Blg.Nr. 91), Novellen 1-17
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LrStmk/LRST_9200_006/LRST_9200_006.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 12.08.2012
- ⁴⁰ Schriftliche Anfragebeantwortung betreffend Sozialhilfeumlage: Einl.Zahl 345/2 (2012) Land Steiermark <http://www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11399035/58064506/> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 10.08.2012
- ⁴¹ Sozialstaat Österreich. Sozialleistungen im Überblick. (2011) Lexikon der Ansprüche und Leistungen. (Hrsg. Kammer für Arbeiter und Angestellte) ÖGB Verlag, ISBN 978-3-7035-1474-6; S.228
- ⁴² Bundespflegegeldgesetz.
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859&FassungVom=2012-08-19> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 19.08.2012
- ⁴³ Hofmacher, MM; Rack, HM. (2006) Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin, Deutschland. ISBN 3-939069-07-8 S.xvi
- ⁴⁴ Habl, C; Bachner, F; Feichter, A; Fousek, S; Mildschuh, S; Nemeth, C. Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2010, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. S. 45
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgerufen am 20.03.2012
- ⁴⁵ Habl, C; Bachner, F; Feichter, A; Fousek, S; Mildschuh, S; Nemeth, C. Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2010, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. S. 46
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgerufen am 20.03.2012
- ⁴⁶ Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz. (2006) Familienpflege und Erwerbstätigkeit. S. 8 <http://www.menschen-pflegen.de/files/636ae28349187b4c226b5df9e86a75b4/667/Familienpflege.pdf> Online verfügbar: Zuletzt aufgesucht am 06.05.2012

⁴⁷ Pochobradsky, E; Bergmann, F; Brix-Samoylenko, H; Erfkamp, H; Laub, R. Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. S. II. http://www.uni-graz.at/ukidabww_bmask_studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 06.05.2012

⁴⁸ Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 28
http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012

⁴⁹ Hill, B. Selbsthilfe und soziales Engagement – Motor für die Zivilgesellschaft? Herausforderungen und Potenziale für Kooperationen von Selbsthilfekontaktstellen und Einrichtungen der Sozialen Arbeit in der Gemeinde. Fachhochschule München, Fakultät Sozialwesen, DAG SHG 2008, S. 9 <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG/JT08/DAGSHG-JT08-Vortrag-Hill.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 08.04.2012

⁵⁰ Simsa R. Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich – Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven. (2004) Hrsg. Wirtschaftsuniversität Wien. S. 214
<http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/bag-studie.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 20.03.2012

⁵¹ Thönnessen, J. Public Health und die Frage nach dem 'richtigen' Gesundheitsverständnis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB). 1997; (20) 3: 214
http://www.ssoar.info/ssoar/files/2008/1739/jour_397_sub_1997_2_artikel.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 22.03.2012

⁵² Statistik Austria. Österreich: Zahlen, Daten, Fakten. Bevölkerung. S.22
http://www.statistik.at/web_de/services/oesterreich_zahlen_daten_fakten/index.html Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 05.07.2012

⁵³ Die Angehörigen wissen am besten was gut ist. (2011) Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger. (Hrsg. Kreimer, M; Meier, I.) Rechts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaft. Volkswirtschaftslehre. Grazer Universitätsverlag – Leykam – Karl-Franzens-Universität Graz, ISBN 978-3-7011-0109-6; S. 127-136

⁵⁴ Die Angehörigen wissen am besten was gut ist. (2011) Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger. (Hrsg. Kreimer, M; Meier, I.) Rechts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaft. Volkswirtschaftslehre. Grazer Universitätsverlag – Leykam – Karl-Franzens-Universität Graz, ISBN 978-3-7011-0109-6; S. 127-136 In: Couch, K.; Daly, M; Mary C, Wolf, D. (1999) Time? Money? Both? The Allocation of Resources to older Parents. – In: Demography, 36 (20): 219-232

⁵⁵ Die Angehörigen wissen am besten was gut ist. (2011) Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger. (Hrsg. Kreimer, M; Meier, I.) Rechts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaft. Volkswirtschaftslehre. Grazer Universitätsverlag – Leykam – Karl-Franzens-Universität Graz, ISBN 978-3-7011-0109-6; S. 127-136 In: Sarkisian, N, Gerstel, N. (2004): Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment. In: Journal of Marriage and Family; 66 (2): 431-451

⁵⁶ Kargl, M. Soziale Rechte im österreichischen Sozialstaat: Versicherungs-, Versorgungs- und Fürsorgeprinzip. S. 5
http://www.armutskonferenz.at/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=131&Itemid=36 Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 03.07.2012

-
- ⁵⁷ Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 11A – Soziales, Arbeit und Beihilfen. S. 10 - 11
http://www.landtag.steiermark.at/cms/dokumente/11399730_58064506/48e73fd3/16_668_1_BE.pdf
Online verfügbar: Zuletzt aufgesucht am 07.06.2012
- ⁵⁸ Schneider, U. et al. (2006) Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht 02/2006; S. 14 <http://epub.wu.ac.at/1538/1/document.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 24.05.2012
- ⁵⁹ Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 11A – Soziales, Arbeit und Beihilfen. S. 114
http://www.landtag.steiermark.at/cms/dokumente/11399730_58064506/48e73fd3/16_668_1_BE.pdf
Online verfügbar: Zuletzt aufgesucht am 07.06.2012
- ⁶⁰ Noack, H. Governance and Capacity Building in German and Austrian Public Health Since the 1950s. Public Health Reviews; 33 (1): 264-276
http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/9/Noack.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 25.08.2012
- ⁶¹ Steinmann, R. M. (2005) Gesundheitsförderung Schweiz. Psychische Gesundheit – Stress: Wissenschaftlich Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern, Lausanne. S. 80
http://www.promotionsante.ch/common/files/strategy/PsychGesundheit_de.pdf Zur Verfügung gestellt von der Lehrgangslleitung im Rahmen des Universitätslehrgangs Public Health 2010/2012
- ⁶² Dahlgren, G; Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, Oxford University Press,
<http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/318.full> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 29.09.2012
- ⁶³ Siegrist, J; Marmon, M. (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. (Hrsg. Siegrist, M; Marmon, M.), Hans Huber Verlag, Hofgrete AG, Bern, ISBN 978-3-456-84563-0, S.54-70
- ⁶⁴ Siegrist, J; Möller-Leimkühler, AM. (2012) Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. - Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Hrsg.: Schwartz, FW, Walter, U; Siegrist, J; Kopip, P; Leidl, R; Dierks, ML; Busse, R; Schneider, N.) Urban & Fischer, München, 3. Auflage, ISBN 978-3-437-22261-0, S. 130
- ⁶⁵ Siegrist, J; Marmon, M. (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. (Hrsg. Siegrist, M; Marmon, M.), Hans Huber Verlag, Hofgrete AG, Bern, ISBN 978-3-456-84563-0, S.79
- ⁶⁶ Blättner, B; Waller, H. (1995/2011) Gesundheitswissenschaft. Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer GmbH, Stuttgart; 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-021082-0, S. 97
- ⁶⁷ Blättner, B; Waller, H. (1995/2011) Gesundheitswissenschaft. Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer GmbH, Stuttgart; 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-021082-0, S. 104 -106
- ⁶⁸ Schwartz, FW; Kickbusch, I; Wismar, M; Krugmann, CS. (2012) Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. - Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Hrsg.: Schwartz, FW, Walter, U; Siegrist, J; Kolip, P; Leidl, R; Dierks, ML; Busse, R; Schneider, N.) Urban & Fischer, München, 3. Auflage, ISBN 978-3-437-22261-0, S. 244-245
- ⁶⁹ Blättner, B; Waller, H. (1995/2011) Gesundheitswissenschaft. Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer GmbH, Stuttgart; 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-021082-0, S. 258

⁷⁰ Gutzwiller, F; Paccaud, F. (2011) Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. (Hrsg. Gutzwiller, F; Paccaud, F.) Hans Huber Verlag, Hofgrete AG, Bern, ISBN 978-3-456-84964-5, S. 396-397

⁷¹ Rosenbrock, R; Michel, C. (2006) Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften. (Hrsg. Busse, R; Henke, KD; Gibis, B; Kraft, M; Rosenbrock, R; Willich, S.) Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, ISBN 978-3-939069-16-4, S.18

⁷² Borrmann, B. Auszug aus dem Skript „Antonovskys Salutogenesemodell“. S.2 – In: Antonovsky, A. (1979) Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco. <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/salutogenese.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 05.08.2012

⁷³ Steinbach, H. (2011) Gesundheitsförderung. Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 3. Auflage, Facultas Verlag, Wien, S. 128-139– In: Antonovsky, A. (1979) Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco.

⁷⁴ Masterplan Gesundheit. Einladung zum Dialog. Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung. November 2010; S. 7
http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 07.09.2012

⁷⁵ Hill, B. Selbsthilfe und soziales Engagement – Motor für die Zivilgesellschaft? Herausforderungen und Potenziale für Kooperationen von Selbsthilfekontaktstellen und Einrichtungen der Sozialen Arbeit in der Gemeinde. Fachhochschule München, Fakultät Sozialwesen, DAG SHG 2008, S. 45 <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG/JT08/DAGSHG-JT08-Vortrag-Hill.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 08.04.2012

⁷⁶ Rosenbrock, R. (2008) Primärprävention – Was ist das und was soll das? S.9. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), ISSN 1866-3842
<http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-303.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 04.08.2012

⁷⁷ Netzwerk für alte Menschen im alpenländischen Raum (NaMaR). <http://www.namar.at/> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 13.10.2012

⁷⁸ Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (ÖKSA). Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. Dokumentation der Jahreskonferenz vom 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich; S. 6

⁷⁹ Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 11A – Soziales, Arbeit und Beihilfen. S. 145. - In: Pochobradsky, E; Baumer, EM; Vrtikapa, K. Entwicklung einer Leitlinie (Standard) zur integrierten Versorgung von Demenzerkrankten, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien 2009.
http://www.landtag.steiermark.at/cms/dokumente/11399730_58064506/48e73fd3/16_668_1_BE.pdf
Online verfügbar: Zuletzt aufgesucht am 07.06.2012

⁸⁰ Rothgang, H. Überblick über die zukünftige Finanzierung der Pflege in Europa. – In: Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 83- 84
http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012

-
- ⁸¹ Normkostenfinanzierung.
http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11294293_54760731/fd7ad600/Normkosten%20der%20Mobilen%20Pfleger-%20und%20Betreuungsdienste_%C3%9Cberarbeitung20062011.pdf
Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 09.07.2012
- ⁸² Finanzierung der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste Steiermark.
<http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/54760731/DE/> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 09.07.2012
- ⁸³ Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (ÖKSA). Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. Dokumentation der Jahreskonferenz vom 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich; S. 81
- ⁸⁴ Arbeiterkammer Oberösterreich (2011). Verteilung der Vermögen in Österreich.
http://www.arbeiterkammer.com/bilder/d155/B_2011_Vermögenssteuer_NEU.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 09.09.2012
- ⁸⁵ Blättner, B; Waller, H. (1995/2011) Gesundheitswissenschaft. Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer GmbH, Stuttgart; 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-021082-0, S. 263-267
- ⁸⁶ Blättner, B; Waller, H. (1995/2011) Gesundheitswissenschaft. Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer GmbH, Stuttgart; 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-021082-0, S. 266 – In: Kühn, H; Rosenbrock, R. (2009) Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. Normativität und Public Health I: 47-71
- ⁸⁷ Noack H. 1.1. Einführung: theoretische Perspektiven, ausgewählte Forschungsfragen und methodische Ansätze. Skriptum Modul B: 12. & 13.03.2011; Folie 43 <http://public-health.meduni-graz.at/archiv/cug/modulB/11.3.-12.3.2011%20Horst%20Noack/Theoret%20Perspetiven,%20ausgewaehlte%20Forschungsfragen,%20methodische%20Ansaetze.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.09.2012
- ⁸⁸ Art. 118 Abs. 1 und 2 B-VG.
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40045824> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 15.09.2012
- ⁸⁹ Fürst, M; Trinks, J. (2001) Paradigmenwechsel. Philosophie. 2. Auflage, öbv & hpt, Wien, S. 96
- ⁹⁰ 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, ausgegeben am 14. Juli 2008 - Nr. 105; Abschnitt 2 Art. 11
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_I_105/BGBLA_2008_I_105.html
Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 17.04.2012
- ⁹¹ Pfaff, H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. S. 13
http://www.gesundheitspolitik.org/01_gesundheitssystem/krankenversicherung/versorgungsforschung/VersorgungsforschungBegriffsbestimmungGegenstandundAufgaben.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 07.09.2012
- ⁹² Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept. „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 5; ISBN 92 890 7348 9
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 08.09.2012
- ⁹³ Habl, C; Bachner, F; Feichter, A; Fousek, S; Mildschuh, S; Nemeth, C. Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2010, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. S. 77
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgerufen am 20.03.2012

-
- ⁹⁴ Schwartz, FW; Kickbusch, I; Wismar, M; Krugmann, CS. (2012) Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. - Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Hrsg.: Schwartz, FW, Walter, U; Siegrist, J; Kolip, P; Leidl, R; Dierks, ML; Busse, R; Schneider, N.) Urban & Fischer, München, 3. Auflage, ISBN 978-3-437-22261-0, S. 251-252
- ⁹⁵ Mittelbacher, G; Possert, R. (2005) Ein primärmedizinisches interdisziplinäres Versorgungsnetz am Beispiel des Sozialmedizinischen Zentrums (SMZ) Liebenau. Public Health in Österreich und Europa – Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack, PhD. Hrsg. Martin Sprenger; S. 291-298
- ⁹⁶ Siegrist, J. Soziales Kapital und Gesundheit. Gesundheitswesen 2002; 64: 189-192, ISSN 0941-3790
- ⁹⁷ 302. Verordnung: Pflegedienststatistik-Verordnung 2012 – PDStV 2012
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2012_II_302/BGBLA_2012_II_302.pdf
Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 16.09.2012
- ⁹⁸ Pflegefondgesetz
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007381> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 17.09.2012
- ⁹⁹ Schwartz, FW; Kickbusch, I; Wismar, M; Krugmann, CS. (2012) Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. - Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Hrsg.: Schwartz, FW, Walter, U; Siegrist, J; Kolip, P; Leidl, R; Dierks, ML; Busse, R; Schneider, N.) Urban & Fischer, München, 3. Auflage, ISBN 978-3-437-22261-0, S. 252-253
- ¹⁰⁰ Universitätslehrgang Master of Science in Public Health Governance.
<http://www.medunigraz.at/mphg> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 19.09.012
- ¹⁰¹ Binder, B. Öffentliches Recht I, Glossar S. 87, Linzer Rechtsstudien, Multimedia-Diplomstudium der Rechtswissenschaften
- ¹⁰² Noack, H. (2012) Akteure, Gesundheitsentwicklung und Perspektiven. - Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Hrsg.: Schwartz, FW, Walter, U; Siegrist, J; Kolip, P; Leidl, R; Dierks, ML; Busse, R; Schneider, N.) Urban & Fischer, München, 3. Auflage, ISBN 978-3-437-22261-0, S. 31-32
- ¹⁰³ Rothgang, H. Überblick über die zukünftige Finanzierung der Pflege in Europa. – In: Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven. (2008) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz, 27. November 2008, St. Pölten, Niederösterreich, S. 91 - 92
http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 11.08.2012
- ¹⁰⁴ Czirkovits, C; Winkler, P. (2009) GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle). Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur S.15 – In: McGinnis, J. M; Williams-Russo, P; Knickman, J.R. (2002) The case for more active policy attention to health promotion. Health affairs; 21 (2): 78-93
- ¹⁰⁵ A framework for building capacity to improve health. (2001) NSW Health Department. ISBN: 0734731248 - In : Hawe, P; King, L; Noort, M; Jordens, C; Lloyd, B. Indicators to help with capacity building in health promotion. NSW Department of Health and the Australian Centre of Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, 2000
http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/framework_improve.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 28.09.2012

-
- ¹⁰⁶ Noack RH. Public Health in Europa: Forschung, Ausbildung und Perspektiven. In: Schwartz, FW; Badura, B; Busse, R; et al. Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, Urban & Fischer, München – Jena. 2003; 757-771
- ¹⁰⁷ Coletta, B; Spencer, B; Ackermann, G; Broesskamp-Stone, U; Ruckstuhl, B; Spörri-Fahrni, A. Ergebnismodell Gesundheitsförderung. Weiterentwicklung des Outcome-Modells für Gesundheitsförderung von Don Nutbeam – In: Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 15, 259-267
http://gesundheitsfoerderung.ch/images/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Uebersicht-Ergebnismodell-d.jpg Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 21.09.2012
- ¹⁰⁸ Mestheneos, E; Triantafillou, J. (2005) Supporting family carers of older people in Europe – the pan-European background. On behalf of the EUROFAMCARE group. S. 17-25
http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/peubare_a4.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 06.10.2012
- ¹⁰⁹ Tausch, A. Pflegesysteme in Europa. – Eine sozialstatistische Datensammlung. Herbst 2006; S. 130 http://druckversion.studien-von-zeitfragen.net/Das%20oesterreichische%20Sozialsystem_2006.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 28.08.2012
- ¹¹⁰ Minas, R. Sozialpolitik im europäischen Vergleich. Internationale Politikanalyse. Friedrich Ebert Stiftung, Oktober 2010 <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/07494.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 28.08.2012
- ¹¹¹ Minas, R. Sozialpolitik im europäischen Vergleich. Internationale Politikanalyse. Friedrich Ebert Stiftung, Oktober 2010 – In: Korpi, W; Palme, J. (1998) The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. American Sociological Review; 63(5): 661-687 <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/07494.pdf> Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 28.08.2012
- ¹¹² Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Weißbuch. Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013. 2007, S.7- 9
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_de.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 29.09.2012
- ¹¹³ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S.4,5
- ¹¹⁴ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S. 5 - In: Grafström, M; Nordberg, A; Windblad, B. (1993) Abuse is in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. Scandinavian Journal of Social Medicine, 21, 247-255.
- ¹¹⁵ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S.4,5 - In: Grähsel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter, 2. Aufl. Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen
- ¹¹⁶ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, S.4,5 - In: Schulz, R; Beach, SR. (1999) Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effect Study. Journal of the American Medical Association, 282, 2215-2219
- ¹¹⁷ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, S.4,5 - In: Zarit, SH; Todd, PA, Zarit, JM. (1986) Subjective burden of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study. The Gerontologist, 26, 260-266

-
- ¹¹⁸ Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. Ausgabe 2010; S. 18-19
- ¹¹⁹ Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. Ausgabe 2012; S. 26, 28, 29
- ¹²⁰ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S.11
- ¹²¹ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S.16, Abs. 1
- ¹²² Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S.16, Abs. 2
- ¹²³ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, S. 20 - In: Gold, DP; Franz, E; Reis, M; Senneville, C. (1994): The influence of emotional awareness and expressiveness on care-giving burden and health complaints in women and men. *Sex roles*, 31, 205-224
- ¹²⁴ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, S. 20 - In: Reis, MF; Gold, DP; Andres, D; Markiewicz, D; Gauthier, S. (1994): Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 257-271
- ¹²⁵ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, S. 20 - In: Kramer, BJ; Kipnis, S. (1995): Eldercare and work-role conflict. Toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist*, 35, 340-348
- ¹²⁶ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, S. 20 - In: Thompson, EH; Futterman, AM; Gallagher-Thompson, D; Rose, JM; Lovett, SB. (1993): Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journals of Gerontology*, 48, 245-254
- ¹²⁷ Grähsel, E. (2001) Häusliche-Pflege-Skala Manual, VLESS Verlag. Ebersberg, S. 20
- ¹²⁸ goeg. (2010) Handbuch des öffentlichen Gesundheitsdienstes. S. 1-7
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/handbuch_oegd.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 28.09.2012
- ¹²⁹ Loss, J; Seibold, C; Eichhorn, C; Nagel, E. Evaluation in der Gesundheitsförderung. Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG); Band 3 der Schriftenreihe, 2010; S. 27-83, ISBN 978-3-939652-90-8 http://www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/manuale_bt_101125_online.pdf Online verfügbar: zuletzt aufgesucht am 09.07.2012