



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Pflegende Angehörige

„Zur Situation der pflegenden Angehörigen
im Waldviertel“

Verfasserin

Christina Huber

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Soziologie (Mag. rer. soc. oec.)

Wien, Februar 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 121
Soziologie (sozial-/wirtschaftsw. Stud.)
Univ.-Prof. Dr. Josef Hörl

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegenden Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benützt habe.

Christina Huber

Christina Huber

Herzlichen Dank ...

... an die interessierten Angehörigen, die so zahlreich an der Befragung teilgenommen haben und mit teils sehr persönlichen Anmerkungen und angeführten erlebten Ereignissen das Thema um einiges konkreter machten und die Individualität der Pflege aufzeigten.

... an die Organisation CARITAS „Betreuung und Pflege zu Hause“: insbesondere Herrn DSA Gerhard Datler, der durch seine wertvolle Mithilfe an dem Fragebogen und durch seine Geduld die Erarbeitung der Befragung und der Auswertung der Ergebnisse ermöglichten; weiters an Frau DGKS Helga Tersek und ihre freundliche, unterstützende und aufbauende Kontaktaufnahme mit der Organisation; und an die zahlreichen Mitarbeiterinnen, die zusätzlich zu ihrer täglichen Arbeit die Fragebögen ausgeteilt, die pflegenden Angehörigen informiert und den Zweck der Befragung erklärt und die Bögen wiederum eingesammelt haben.

... an Herrn Prof. Josef Hörl, der sich zur Betreuung bereit erklärt hat und mit intensiven Gesprächen die Erstellung dieser Arbeit unterstützt hat.

... an Herrn Peter Hammerschmidt, der hilfreiche Tipps gegeben hat und mit Recherchen von aktuellen Zeitungsberichten zu diesem Thema stets bereit stand.

...und auch an meine Familie für die Unterstützung und Geduld, die sie mir während meines Studiums entgegen brachten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Soziologie und Pflegewissenschaft.....	2
2.1. Praktische Pflege.....	2
2.2. Theoretische Pflege.....	3
3. „Soziologische“ Pflgetheorien.....	4
3.1. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts – Marie-Luise Friedemann.....	4
3.1.1. Konzept Umwelt.....	7
3.1.2. Konzept Gesundheit.....	7
3.1.3. Konzept Familie.....	7
3.1.4. Konzept Familiengesundheit.....	8
3.1.5. Konzept Pflege.....	8
3.2. Allgemeine Theorie der Pflege – Dorothea Orem.....	8
3.2.1. Selbstpflege/Selbstpflegeerfordernisse.....	9
3.2.2. Selbstpflgedefizit.....	9
EXKURS Pflgetheorien.....	10
4. Altenpflege – Altenbetreuung.....	11
4.1. Definition.....	11
4.2. Häusliche Altenpflege und –betreuung.....	11
5. Pflegebedürftigkeit.....	12
5.1. Definition.....	12
5.2. Merkmale von Pflegebedürftigkeit.....	13
5.3. Dimensionen der Pflegebedürftigkeit.....	14
5.3.1. Gesellschaftliche Dimension.....	14
5.3.2. Ökonomische Dimension.....	14
5.3.3. Soziale Dimension.....	15
5.3.4. Psychische Dimension.....	15
5.4. Pflegegeld.....	15
6. Der pflegende Angehörige.....	17
6.1. Definition.....	17
6.2. Angehörigentypen.....	17
6.2.1. Der delegierende Angehörige.....	17
6.2.2. Der pflegende Angehörige.....	18
6.2.2.1. Der sich distanzierende Angehörige.....	18
6.2.2.2. Der aktiv pflegende Angehörige.....	18
6.2.2.3. Der psycho-sozial-stabilisierende Angehörige.....	18

6.3. Verhältnis von pflegenden Angehörigen mit MitarbeiterInnen der professionellen, mobilen Pflege	19
6.3.1. Persönliche Kompetenz	19
6.3.2. Fachkompetenz	19
6.3.3. Personelle Kontinuität.....	20
6.3.4. Zuverlässigkeit und Freiraum für eigene Aktivitäten	20
7. Gründe für die Pflege- und Betreuungsarbeit	20
7.1. Selbstverständlichkeit.....	21
7.2. Wiedergutmachung und Hoffnung auf lang ersehnte Anerkennung	21
7.3. Gefühlsnähe und Abhängigkeit	22
7.4. Versprechen	22
7.5. Vererbung	22
7.6. Mangel an Informationen	22
8. Belastungen bei der Pflege- und Betreuungsarbeit	23
8.1. Ständige Anwesenheit – alleinige Zuständigkeit.....	24
8.2. Mangelnde Perspektive.....	25
8.3. Mangel an Anerkennung	25
8.4. Finanzielle Belastungen.....	25
8.5. Reduzierung von Freizeit/Erholung – Soziale Isolation.....	26
8.6. Reduzierung/Kündigung der Erwerbstätigkeit	26
8.7. Gesundheitszustand des Pflegenden.....	26
8.8. Gesundheitszustand des Gepflegten - Nähe zum Tod.....	27
EXKURS Die „Sandwich“-Generation.....	27
9. Entlastungen bei der Pflege.....	29
9.1. Zeitliche Entlastung.....	29
9.2. Psychische und soziale Entlastung	29
9.3. Körperliche Entlastung	30
9.4. Finanzielle Entlastung	30
EXKURS CARITAS „Betreuen und Pflegen zu Hause“	30
10. Historische Veränderungen von Familie, Altenversorgung und Pflege.....	32
10.1. Wandel der Familie und des Haushalts	32
10.2. Wandel der Mortalität.....	33
10.3. Wandel der Altenversorgung und der Pflege	34
11. Altersentwicklung in Österreich.....	36

12. Forschungsdesign und Datenerhebung	39
12.1. Zielsetzung und Fragestellung	39
12.2. Datenerhebung	39
12.3. Erhebungsinstrument.....	39
12.3.1. Feldzugang – Ablauf der Befragung	40
12.3.2. Stichprobe.....	41
13. Deskriptive Ergebnisse	42
13.1. Beschreibung der pflegenden Personen	42
13.2. Beschreibung der gepflegten Personen	47
13.3. Erwerbstätigkeit und Pflege	53
13.4. CARITAS Heimhilfe	59
13.5. Faktorenanalysen.....	63
13.6. Deskriptive Befunde zu den Untersuchungsvariablen	66
14. Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen.....	67
14.1. Pflegebetreuung.....	67
14.2. Motivation zur Pflege.....	71
14.3. Doppelbelastung durch Arbeit und Pflege	75
14.4. Determinanten für das Ausmaß der erlebten Doppelbelastung durch Arbeit und Pflege.....	82
15. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse.....	84
15.1. Geschlecht der pflegenden Angehörigen	84
15.2. Alter der pflegenden Angehörigen.....	84
15.3. Schulbildung der pflegenden Angehörigen.....	85
15.4. Familienverhältnis zur gepflegten Person	85
15.5. Wohnsituation	86
15.6. Erwerbstätigkeit und Einkommen der pflegenden Angehörigen	86
15.7. Ausmaß des Pflegeaufwands.....	87
15.8. Unterstützung bei der Pflege	87
16. Pflegesituation in Österreich.....	88
17. Kurzzusammenfassung	90
18. Anhang.....	91
19. Literaturverzeichnis	120
20. Lebenslauf	127

1. Einleitung

Der Bereich der Altenpflege ist ein viel diskutiertes, immer aktuelles Thema der Öffentlichkeit. Politik, Wissenschaft, Medizin und Wirtschaft sind nur eine geringe Anzahl der Felder, die sich mit dieser komplexen Materie befassen. Jedoch ist nur eine kleine Minderheit der älteren Personen in Alten- oder Pflegeheimen untergebracht. Hauptaugenmerk liegt bei der Pflege der bedürftigen Menschen in ihrem gewohnten Umfeld – 80 % der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause von einem Angehörigen gepflegt.

Aufgrund dieser Vielzahl von hilfsbereiten Menschen ist diese Arbeit den pflegenden Angehörigen gewidmet. Die Gesellschaft nimmt zumeist an, dass diese Aufgabe, die ein Verwandter oder Bekannter für seinen Mitmenschen übernimmt, selbstverständlich ist. Oft ist dies in Familien auch tatsächlich der Fall. Dass aber die Übernahme der Tätigkeiten zu erschwerten Alltags- und Lebensbedingungen führt, ist nicht jedem sofort verständlich. Ein Angehöriger, der sich aufopfernd um seinen Pflegebedürftigen kümmert und ihn umsorgt, ist oft psychischen aber auch physischen Belastungen ausgesetzt. Nicht allzu selten ist es der Fall, dass der Angehörige plötzlich in die Situation der Pflege eines Menschen kommt. Diese neue Lebenssituation ist dann kaum zu bewältigen und artet oft in Isolation aus.

In dieser Arbeit wird aufgezeigt, welche unterschiedlichen Gründe existieren, wenn ein Familienmitglied – in den meisten Fällen trifft es den weiblichen Part (Ehefrau, Tochter, Schwiegertochter) – mit der Pflegeübernahme konfrontiert wird. Außerdem werden Be- und Entlastungen der Betreuung eines Angehörigen angesprochen.

Der zweite, große Teil der Arbeit enthält eine durchgeführte Befragung von pflegenden Angehörigen im Raum Zwettl und Waidhofen/Thaya (NÖ). In Zusammenarbeit mit der Organisation CARITAS „Betreuung und Pflege zu Hause“ wurde ein Fragebogen erstellt und an pflegende Angehörige verteilt. Die Ergebnisse der Auswertung sollen aufzeigen, wie enorm das Ausmaß der Belastungen mit den pflegerischen Tätigkeiten ist, welche Motivation zur Pflege besteht, welchen Aufwand die Pflege im Allgemeinen bedarf und welche Unterstützung den Angehörigen zu teil wird.

2. Soziologie und Pflegewissenschaft

Da sich bislang noch keine reine Pflegesozio­logie, deren Entwicklung vergleichbar mit einer Verkehrs-, Familien- oder Organisationssoziologie wäre, herausgebildet hat, ist es von Interesse, dessen Aufgabenstellung näher zu erläutern: Die Pflegewissenschaft ist eine praktische Wissenschaft mit Unterstützung von soziologischen Theorien und Methoden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Soziologie nicht primär daran beteiligt ist, die gesellschaftliche Praxis zu verbessern und somit Pläne und Strategien entwickelt, die sowohl individuelle als auch kollektive Pflegebereiche betreffen. Soziologie dient als theoretische „Vorlage“ für die praktische Pflegewissenschaft.

2.1. Praktische Pflege

Die Pflege als Praxisfeld bedeutet, dass diese ein relativ autonomes soziales Feld des umfassenden Gesundheitssystems der Gesellschaft ist. Dieses bestimmte soziale Feld ist wiederum in eine Vielzahl von Subbereichen untergliedert, in denen unterschiedlich spezialisierte Akteure und verschiedene Ressourcen nach eigenen Logiken und Regeln tätig sind.

Diese Regeln und Logiken sind komplex und differenziert. Jedoch sind sie nicht völlig autonom, dh sie sind nicht getrennt von den Umgebungssystemen wie Gesundheit, Politik und Wirtschaft. Die Subbereiche ihrerseits folgen wieder eigenen Regeln, zB die Unterschiede der Subpflegebereiche von Spitals-, Alten-, Behindertenpflege.

Pflege ist eine komplexe Konstruktion mit vielschichtigen und auch auseinander weisenden Sinnzusammenhängen. Sie wird auf den verschiedensten Ebenen wahrgenommen, gedeutet und konstruiert. Konflikte sind je nach Ebenenzusammenhang nicht auszuschließen. Ein Konflikt zeigt sich bei den Pflegeberufen zwischen bedürfnisorientierter Zuwendung (interpersonelle Ebene) und kostenoptimierendem Arbeitskräfteeinsatz (Organisationsebene). Diese Konflikte werden auf der einen Seite dauernd in der Pflegepraxis ausgetragen (Alltagshandeln), werden aber auf der anderen Seite zu einem

interessanten Gegenstand theoretischer Untersuchungen und empirischer Erhebungen (verschiedene Ebenen theoretischer Betrachtung).¹

2.2. Theoretische Pflege

Die Pflegewissenschaft ist eine immer aktueller werdende Wissenschaft. Es sind soziologische, medizinische, psychologische, familiäre, organisatorische, technische, etc Aspekte zu berücksichtigen und dennoch ist Pflege keinem der angegebenen Wissenschaftsgebiete unterzuordnen. Pflege tritt immer mehr als eigenständige Wissenschaft auf – und dies zu Recht. Pflegewissenschaft bringt eigene Forschungsmethoden hervor, obwohl sie im Hinblick auf die Forschung und Theorienbildung der Soziologie am nächsten kommt. Jedoch ist es wichtig, die Soziologie, die „Gesellschaftswissenschaft“, soweit wie möglich von der Pflegewissenschaft abzugrenzen. Die Soziologie ist jene Wissenschaft, die Strukturen gesellschaftlicher Verhältnisse aufzeigt, den Wandel, den diese Strukturen durchmachen, Einflüsse von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf Institutionen erklärt und sich mit Interaktion und Kommunikation unter den Angehörigen einer Gesellschaft beschäftigt. Soziologie befasst sich außerdem mit Institutionen und deren Organisation, die als Handlungsrahmen für das Handeln der Gesellschaftsmitglieder dient. Die Mikroebene der Soziologie selber ist bezeichnend für das Verhalten von Gesellschaftsangehörigen.

¹ Schroeter, Klaus (2006: 35ff)

3. „Soziologische“ Pflege-theorien

Im Folgenden werden nun zwei große Theorien von PflegewissenschaftlerInnen vorgestellt:

3.1. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts – Marie-Luise Friedemann

Nach Friedemann ist die Pflege nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts und schließt somit an die Systemtheorie an, die ganz allgemein davon ausgeht, dass alle Komplexitäten in Systeme untergeordnet sind. Die Theorie orientiert sich an den vier Metaparadigmen:

UMWELT – MENSCH – GESUNDHEIT – PFLEGE.

Friedemann fügt ihrer Theorie die Konzepte FAMILIE und FAMILIENGESUNDHEIT hinzu und unterstreicht somit den Zusammenhang Familie und Pflege.

„Laut der Systemtheorie kann eine Änderung in einem Subsystem in allen anderen Subsystemen, dem ganzen System und allen umliegenden Suprasystemen zu Folgen führen.“² Selbstverständlich sind diese Systeme nicht vor Veränderungen gefeit. Ein plötzlicher Pflegefall in der Familie zum Beispiel ändert nicht nur das Subsystem Familie, sondern auch eine Vielzahl anderer Subsysteme: Arbeits-, Freizeitleben,...

Nicht außer Acht zu lassen *„... ist die Hierarchie der Systeme. Systeme können nach ihrer Größenordnung beschrieben werden. Soziale Systeme zum Beispiel haben untergeordnete Systeme oder Subsysteme, deren kleinstes der einzelne Mensch ist. Gleichzeitig kann, je nach Perspektive, von der die Betrachtung ausgeht, ein System Teil eines größeren Systems oder Suprasystems sein und jenes wiederum ein Teil eines noch größeren Systems seiner Umwelt.“³*

² Friedemann, Marie-Luise (1996: 18)

³ Friedemann, Marie-Luise (1996: 17)

Pflege wird als systemische Einheit gesehen, sei es der Mensch, die Familie oder die Gemeinde. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts stellt die Familie und die Arten des Zusammenlebens in den Vordergrund. Die Familie mit ihren Mitgliedern wird in den Prozess der Pflege integriert und dabei ist das oberste Ziel dieser Theorie der Abbau von Ängsten. So meint Friedemann, dass „...*dies [...] maßgebend für die Gesundheit und die gesundheitsfördernden Maßnahmen [ist].*“⁴

Ausgangspunkt der Theorie des systemischen Gleichgewichts ist zum Einen, dass sowohl der pflegende Angehörige als auch der Gepflegte aktiv an einem Prozess teilnehmen. Dieses Zusammenarbeiten setzt voraus, dass eine systemische Verbindung zwischen beiden geschaffen und gehalten wird. Schlagworte dieser Theorie sind nicht die Konzentration auf Probleme, sondern die Pflege richtet sich vor allem auf vorhandene und erweiterbare Ressourcen und Fähigkeiten. Weiters wird davon ausgegangen, dass die Nutzung der Pflege darauf beruht, dass der zu Pflegende die Pfllegetätigkeit als Möglichkeit sieht und sie als notwendig erachtet, damit nicht nur die Gesundheit so lange wie möglich erhalten, sondern auch die Lebensqualität der letzten Jahre eines Menschen gebessert wird.

Die Theorie beruht auf vier Hauptzielen im Bezug auf das Konzept Mensch: Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität – natürlich mit dem vorrangigen Ziel Ängste zu bekämpfen.

Stabilität bedeutet, dass Menschen durch die Erhaltung des Systems, Ängste bekämpfen und abbauen – man wehrt sich gegen Einschnitte im Leben, die die Stabilität verletzen. ZB bei einer Krankheit wird durch medizinische Versorgung versucht, den Zustand vor der Erkrankung wiederherzustellen. Wird aber der ursprüngliche Zustand nicht wieder hergestellt, dann erreicht die Person nur dann eine Harmonisierung der Systeme ihrer Umwelt, wenn Werte und Prioritäten umgestellt werden.

Wachstum stellt sich dann ein, wenn die Werte und die Prioritäten erfolgreich umorientiert wurden. Dieses Wachstum muss immer mit einer Gesamtänderung der Grundstrukturen und dem Gewinn von neuen Kenntnissen gesehen werden. ZB erfolgt in dieser

⁴ Friedemann, Marie-Luise (1996: 21)

Phase die Anpassung an neue Lebenssituationen, wie Bettlägerigkeit oder Hilfe bei der körperlichen Hygiene.

Kontrolle und Regulation meint den Aufbau von Systemen, die zum Schutz der Person dienen. Diese Systeme sichern das Überleben seiner Zivilisation. Dabei ist erkennbar, dass Energie und Information innerhalb eines Systems zB durch Verordnungen und Gesetze geplant und kontrolliert werden. Jene Bereiche, die als angenehm empfunden werden, werden akzeptiert und andere Bereiche, die ungewollt sind, werden vermieden.

Spiritualität verbindet immer zwei Subsysteme – Mensch und Mensch, Mensch und Natur, Mensch und Arbeitsplatz, Mensch und Familie usw. Durch Spiritualität wird ein Gefühl der Zugehörigkeit und der Anerkennung geschaffen.

Zur Umsetzung der Ziele treten weitere vier Prozessdimensionen auf: Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation. Diese Dimensionen gelten sowohl für den einzelnen Menschen als auch für das System Familie. Selbstverständlich verschieben sich die Handlungen in den einzelnen Prozessdimensionen im Laufe des Lebens und auch die daraus resultierende Zielumsetzung sieht von einer Lebenslage zur anderen unterschiedlich aus.

Systemerhaltung bezieht alle Handlungen mit ein, die sich auf die Ziele Stabilität und Regulation/Kontrolle richten. Friedemann folgt damit Orem's Selbstpflagedefizit-Theorie und meint diejenigen Handlungen, die dem körperlichen und geistigen Wohl dienen – Körperpflege, Freizeithandlungen usw.

Systemänderung bedeutet Änderung der Werte, die neue Rollen kreiert und somit das Ziel Wachstum bzw auch Regulation/Kontrolle anstrebt. Gemeint ist hier, dass man zB neue Regeln befolgen muss.

Kohärenz befasst sich mit Stabilität und Spiritualität und drückt die Individualität eines Menschen aus. Hier werden unterschiedliche Subsysteme des Menschen verbunden. Wenn die Kohärenz positiv bewältigt wird, dann erfährt der Mensch Selbstsicherheit und inneren Frieden – zB werden die eigenen, für die jeweilige Lebenslage erforderlichen Bedürfnisse, aber auch die Schwächen erkannt und akzeptiert.

Individuation ist die Verständniserweiterung eines Menschen zur Förderung der Person selbst und seiner Mitmenschen. Mit Individuation wird Spiritualität erreicht. Hier werden wieder Subsysteme miteinander verbunden – zB durch die Übernahme von sozialen Aufgaben.

3.1.1. Konzept Umwelt

Das Konzept zur Umwelt umfasst alle Systeme, die den einzelnen Menschen und dessen Familienmitglieder betreffen. Wenn das System eines Menschen mit den Systemen seiner Umwelt übereinstimmt, ist dieser Mensch angstfrei; Kongruenz ist gegeben. Im Konzept Umwelt wird durch Anpassung nach Kongruenz gestrebt.

3.1.2. Konzept Gesundheit

Auch die Gesundheit eines Menschen entsteht durch die Übereinstimmung aller Systeme bzw durch Kongruenz der Subsysteme. Fühlt sich ein Mensch ganz allgemein wohl, dann bezeichnet er sich als gesund, auch wenn eine körperliche Krankheit vorliegt.

3.1.3 Konzept Familie

Das Konzept Familie hat einen Komplex von Subsystemen und weißt den größten Einfluss auf dessen Mitglieder aus. Die Familie steht immer im Austausch mit der Umwelt. Dabei ist zu erläutern, dass Familienmitglieder nicht immer verwandt sein müssen, es reicht lediglich eine vorhandene Beziehung und eine Übernahme einer familiären Rolle. Die Familie war schon immer ein Pol für die Weitergabe von Werten- und Kulturmustern an die nächste Generation. Wichtig sind in der Familie die Unterstützung der Angehörigen, die emotionalen Bindungen und der familiäre Halt.

In der Proposition Familie werden ebenfalls die vier Ziele Stabilität, Wachstum, Regulation und Spiritualität angestrebt. Stabilität gibt die Familie durch traditionelle Lebensmuster. Durch den Austausch mit der Umwelt erfährt der Angehörige Wachstum. Regulation/Kontrolle verleiht den Familienmitgliedern Sicherheit. Ein Schutz vor Isola-

tion und um Zugehörigkeit und Halt zu bekommen, ist Spiritualität ein wichtiger Bestandteil der Familie.

3.1.4. Konzept Familiengesundheit

Familienmitglieder empfinden Zufriedenheit und wenig Angst, wenn Kongruenz innerhalb der Familie herrscht. Dabei sind die Beziehungen zum System Umwelt wichtig.

3.1.5. Konzept Pflege

Im Konzept Pflege werden in Bezug auf das Individuum die Familie und all ihre Umweltsysteme eingeschlossen – Individuum, Familie, Interaktionssysteme, Gemeinde. Ziel ist es hier, das Kongruenzstreben zu erleichtern. Pflege sieht man nicht als eine Verabreichung, sondern Pflege muss ausgehandelt und besprochen werden.

Die Theorie des systemischen Gleichgewichts behandelt somit eine „familien- und umweltbezogene Pflege“, die ganz klar die Notwendigkeit erkennen lässt, dass die Pflege und Betreuung von Personen einen Mittelpunkt des Familienlebens darzustellen hat und die Umwelt der Familie ausschlaggebend für die Aktivitäten zur Erreichung der Ziele ist.

3.2. Allgemeine Theorie der Pflege – Dorothea Orem

Die Allgemeine Theorie der Pflege, oder auch „Selbstpflegedefizit-Theorie“ genannt, die weit verbreitet ist, wird der Gruppe der Bedürfnistheorien zugeordnet. Orem knüpft mit ihrer Theorie über Selbstpflege und Selbstpflegedefizit als bewusstes Handeln ebenfalls wie Friedemann unter anderem an die Systemtheorie Talcott Parsons an.

Die Grundidee dieser Pflegetheorie geht von den primitivsten Grundbedürfnissen des Menschen aus – Ernährung, Liebe, Atmung usw. Der Mensch schaut darauf, dass er

diese Bedürfnisse selbstständig erfüllen kann. Orem's Wissenschaft prägt die Begriffe SELBSTPFLEGE bzw SELBSTPFLEGEERFORDERNISSE. Ist es dem Menschen nicht möglich, seine Erfordernisse aus eigener Hand zu befriedigen, dann spricht Orem vom SELBSTPFLEGEDEFIZIT.

3.2.1. Selbstpflege/Selbstpflegeerfordernisse

Unter Selbstpflege werden alle Aktivitäten und Handlungen einer Person gesehen, die sie jeden Tag bewusst tätigt, um sich selbst versorgen zu können, „...um die eigenen Funktionen und Entwicklungen zu regulieren und um Leben, Gesundheit und Wohlbefinden anzustreben.“⁵ Diese Erfordernisse sind bei allen Menschen in gleicher Weise vorhanden. Die einzelnen (Selbst-)Pfle gehandlungen unterscheiden sich in ihrer Intensität und Variation nach der jeweiligen Lebenslage, in der sich der Mensch befindet.

3.2.2. Selbstpfle gedefizit

Ist es dem Menschen nun nicht mehr möglich seinen Bedarf an Selbstpflege bzw seine Selbstpflegeerfordernisse selbst zufrieden zu stellen, dann ist ein Defizit an Selbstpflege vorhanden.

Weitere Schlüsselbegriffe sind: SELBSTPFLEGE BEDARF, SELBSTPFLEGEKOMPETENZ und PFLEGEKOMPETENZ.

Der Selbstpflegebedarf beruht auf bewussten Handlungen, die ein Mensch benötigt, um seine Selbstpflege ausführen zu können. Die Fähigkeit, sich selbst um seine eigene Pflege zu kümmern, erklärt die Selbstpflegekompetenz. Die Pflegekompetenz, die faktisch eingreifend noch dazu kommt, meint professionelle Pflegepersonen, die mit ihren erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Selbstpfle gedefiziten den Selbstpflegebedarf erkennen und den Menschen helfen.

Orem geht bei der Problematik des Selbstpfle gedefizits grundlegend davon aus, dass, wenn ein Mensch seine Grundbedürfnisse nicht mehr selbstständig befriedigen kann,

⁵ Dennis, Connie M. (2001: 61, zit. nach Orem 1997: 103)

professionelle Pflege eingreifen soll. Der Aspekt der familiären Pflege wird weitgehend außer Acht gelassen. Der Prozess der Pflege ist vorrangig ein Prozess zwischen Pflegepersonal und dem Pflege-Empfänger. Die Pflgetheorie spricht kaum die Umwelt an und betont stark die Eigenständigkeit des Individuums. Jeder Mensch möchte seine Selbstständigkeit behalten: ein normaler, gesunder Mensch wird in der Selbstpflegedefizit-Theorie auf die Aktivitäten reduziert, die er für ein normales, gesundes Dasein benötigt. Das Leben des Menschen wird nicht eingeschlossen.

EXKURS Pflgetheorien

Durch die vermehrte wissenschaftliche Erkenntnis der Pflege, die nun nicht mehr auf rein medizinischem Wissen beruht, kamen umfassende Theorien zustande (Grounded Theories). All diese Theorieentwicklungen stellten sich die Frage, wer pflegt, was Pflege wie tut und was man mit Pflege bewirken kann. Dabei kommen unzählige Bereiche zur Diskussion: Berufspflege, Familienpflege, Gesundheitssysteme, gesellschaftliche Bedeutungen, Grenzen von Belastungen, Ängsten, ethnische Dimensionen, usw.

Görres/Friesacher⁶ übernehmen die Einteilung der Pflgetheorien in drei Typen:

Bedürfnistheorien

Hier stehen die Bedürfnisse des zu Pflegenden im Vordergrund. Sie orientieren sich an der Problemlösung von pflegerischen Defiziten. Im Vordergrund stehen die Erwartungen der Pflege an einem Individuum. Die Aufgabe der Pflege besteht darin, ein humanistisches Weltbild zu wahren, indem der Mensch Unterstützung in seinem Bedürfnis nach Reife, Wachstum und Unabhängigkeit bekommt. Orem's Selbstpflegedefizit-Theorie zählt zu den Bedürfnis- und Entwicklungstheorien.

Interaktionstheorien

Man versucht die Pflegebeziehung zwischen dem zu Pflegenden und dessen Pfleger zu erklären.

⁶ Görres, Stefan; Friesacher, Heiner (2005: 41, In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege)

System- und Ergebnistheorien

Diese Theorien konzentrieren sich auf die Resultate von Pflegeforschung. Die gesellschaftlichen Bedeutungen von Pflege stehen hier im Mittelpunkt. Marie-Luise Friedemann ist mit ihrer Theorie des systemischen Gleichgewichts eine Vorreiterin der Ergebnistheorien.

4. Altenpflege – Altenbetreuung

4.1. Definition

Die Pflege alter Menschen, auch Altenpflege, kann sowohl als professionelles Berufsfeld gesehen werden als auch als Übernahme der Betreuung eines alten Menschen innerhalb seiner Familie. Diese beiden Bereiche können kombiniert sein. Ziel der Alten- bzw. Langzeitpflege ist die Lebensqualität des zu Pflegenden zu gewährleisten. Dabei sollte die Selbstpflege soweit wie möglich erhalten bleiben. Um den Begriff der Altenpflege möglichst einzugrenzen wird im Weiteren auf Grund der Thematik vermehrt auf die häusliche Pflege und Betreuung eingegangen.

Die häusliche Pflege und Betreuung bezeichnet die Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen in ihrer Wohnung bzw. ihrer gewohnten häuslichen Umgebung außerhalb von teil- oder vollstationären Einrichtungen. Pflege umfasst jene gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Lebens, die sich auf die körperlichen und geistigen Krankheiten bzw. Behinderungen des Gepflegten beziehen (zB Körperpflege, usw). Betreuung beinhaltet die Tätigkeiten, die unabhängig vom Gesundheitszustand des Gepflegten geschehen (zB Gesellschaft leisten, Wohnraum putzen, usw).

4.2. Häusliche Altenpflege und –betreuung

Ganz im Gegensatz zu der teils immer noch existierenden Meinung der Bevölkerung werden ältere Menschen auf keinen Fall einfach in eine stationäre Einrichtung, die dann die Pflege übernimmt, abgeschoben. Die Hauptarbeit der Pflege und Betreuung eines

Menschen übernimmt nach wie vor die Familie und das sind in Österreich 80 % der Pflegefälle⁷. Der Begriff der Familie muss dabei subjektiv gesehen werden, da die Familienmitglieder nicht verwandt sein müssen, sondern es können zB auch gute Freunde die Funktion der Familie übernehmen. Dabei ist es wichtig, welche Rolle diese Person im Alltag übernimmt und wie sie durch ihr Wirken die pflegebedürftige Person unterstützt.⁸

Die Pflege eines Angehörigen setzt außerdem nicht erst dann ein, wenn akuter Bedarf besteht, sondern zeigt sich schon vorher in Unterstützungen und Zuwendungen durch den Angehörigen. Holuscha sieht mit diesen Aspekt den Vorteil der häuslichen Altenpflege: *„Die Pflege durch Familienangehörige besitzt also im Unterschied zur stationären Versorgung die besondere Qualität persönlicher Bezogenheit. Dies kommt insbesondere in der menschlichen Nähe und langfristigen Vertrautheit mit dem biografischen Lebens- und Familienzusammenhang des Pflegebedürftigen zum Ausdruck, was für das psycho-soziale Wohlergehen des alten Menschen von unschätzbarem Wert sein kann.“*⁹ Ein Pflege- und Betreuungsbedürftiger wird in seiner Umwelt und in seiner Familie nicht als Patient gesehen, sondern als das, was er ist: ein Vater, eine Mutter, ein Ehepartner, usw.

5. Pflegebedürftigkeit

5.1. Definition

Ganz allgemein wird bei den zahlreichen Definitionen, die sich in der Literatur und in Gesetzestexten finden, davon ausgegangen, dass eine gewisse Dauer der Pflege bei Pflegebedürftigkeit vorliegt. Außerdem wird zum Teil auch unterschieden, ob es sich um Pflegebedürftigkeit oder Hilflosigkeit handelt. Es soll aber festgehalten werden, dass zwischen diesen beiden Begriffen eine genaue Abgrenzung unmöglich ist.

⁷ Rotes Kreuz: www.rotekreuz.at (30. März 2008)

⁸ Vgl. Friedemann, Marie-Luise (1996: 37ff)

⁹ Holuscha, Annette (1992: 42)

Bei Fritz Marholds Definition von Pflegebedürftigkeit wird der Bedarf an Pflege als „[...] eine Form der Hilflosigkeit gesehen [...], die es dem Betroffenen nicht mehr erlaubt, die gewöhnlichen, regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auszuüben.“¹⁰

Im Gegensatz dazu wird im Sinne des Gesetzes jemand als pflegebedürftig gesehen, der einen mehrfach wöchentlichen Bedarf an Unterstützung bei der Ausführung körperbezogener alltäglicher Verrichtungen hat. Der Pflegebedürftige wird nicht auf seine Krankheit reduziert, sondern als Mensch mit funktionalen Einschränkungen betrachtet. Hilfe und Pflegeleistungen zielen demnach auf die Behebung von Funktionsdefiziten in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung und Hauswirtschaft ab.¹¹ Diese Definition ist schon wesentlich präziser und meint alle Bereiche, die ein Hilfs- und Pflegebedürftiger nicht mehr allein bzw ohne fremde Hilfe bewältigen kann.

5.2. Merkmale von Pflegebedürftigkeit¹²

Da die Anzahl der Definitionen von Pflegebedürftigkeit enorm groß ist, gilt es mittels Merkmalen der Pflegebedürftigkeit zu eruieren, welche Arten der Pflege und Hilfe von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen genau zukommen.

Dazu gilt es zu unterscheiden, auf welcher Ebene die Pflege und Betreuung stattfinden. Zu den Pflege- und Betreuungsarten zählen laut Alfred Radner

- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Pflege
- Fortbewegungshilfe
- Betreuung
- Kommunikationshilfe
- Behandlungspflege.

¹⁰ Radner, Alfred (1992: 4)

¹¹ Vgl. Geister, Christine (2004:15ff)

¹² Radner, Alfred (1992: 5f)

Weiters sind die Arten des Umfeldes zu berücksichtigen, in der ein Pflege- und Betreuungsbedürftiger auf Unterstützung angewiesen ist:

- Unmittelbarer Umkreis der gepflegten Person (Bett, Zimmer, etc)
- Wohnhaus/Wohnung
- Unmittelbarer Umkreis des Wohnhauses/der Wohnung (Garten, Verkehr, etc)
- Weitere Umgebung

All diese Arten der Pflege und Betreuung und die Beachtung des Umkreises, in welchem der Gepflegte Hilfe braucht, geben darüber Aufschluss, mit welchem Grad und Ausmaß an Pflegebedürftigkeit umgegangen werden muss.

5.3. Dimensionen der Pflegebedürftigkeit

Sieht man die Pflegebedürftigkeit aus der Sicht der Pflegewissenschaft, erkennt man, dass die Pflegebedürftigkeit ein multifaktorieller Vorgang ist, der nicht auf Einzelpersonen bezogen wird und dessen Ursachen äußerst vielfältig sind. Vier Dimensionen dienen zur Beschreibung dieses Vorganges:

5.3.1. Gesellschaftliche Dimension

Die heutige Gesellschaft soll mit Initiativen und Förderprogrammen darauf aufmerksam gemacht werden, dass kompensatorische Pflege mit finanziellem Aufwand verbunden ist – sowohl bei der Pflege zu Hause als auch bei Eintritt in ein Pflegeheim. Verschiedenste Projekte beschäftigen sich damit, der Bevölkerung eine gesunde Lebensführung näher zu bringen, um das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu minimieren.

5.3.2. Ökonomische Dimension

Die Kosten bei Pflegebedürftigkeit können nicht immer durch die Pension und das Pflegegeld abgedeckt werden. Daher ist es wichtig, sich schon vor dem Ruhestand über die Kosten eines eventuellen Betreuungsbedarfs zu informieren und staatliche oder private finanzielle Vorsorgemöglichkeiten in Anspruch zu nehmen.

5.3.3. Soziale Dimension

Die soziale Isolation im Falle von Pflegebedürftigkeit ist eines der schwerwiegendsten Effekte und dies nicht nur beim Gepflegten. Bei körperlichen Beeinträchtigungen oder fehlender Mobilität sind oft die Angehörigen und/oder die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes die einzigen Bindeglieder nach außen.

5.3.4. Psychische Dimension

Die enormen Aufwendungen, die mit der Pflegebedürftigkeit verbunden sind, lösen beim Pflegebedürftigen und bei dem pflegenden Angehörigen meist großen psychischen Druck aus.

5.4. Pflegegeld¹³

Das Pflegegeld wird in Österreich, unabhängig vom Einkommen, in sieben Stufen unterteilt und je nach monatlichem Zeitaufwand der Betreuung und Pflege zugeteilt. Es dient als finanzielle Unterstützung für die Aufwendungen, die zur Deckung des Pflegebedarfs benötigt werden, um den Pflege- und Betreuungsbedürftigen ein selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben zu ermöglichen. Die Pensionsversicherungsanstalt entscheidet, in Zusammenarbeit mit ärztlichen Sachverständigen, über Ablehnung und Gewährung von Pflegegeld und Höhe der Pflegestufe. Das Pflegegeld wird pauschaliert nach dem durchschnittlichen monatlichen Pflegebedarf. Die Auszahlung erfolgt zwölfmal im Jahr und unterliegt nicht der Einkommensteuer.

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Bundespflegegeld, wenn diese Personen Beziehender (einschließlich Witwen und Witwer) einer Pension der Sozialversicherung, einer Unfallrente, einer Beamtenpension des Bundes und von Versorgungsrenten sind. Diese Anträge sind an den jeweils zuständigen Pensionsversicherungsträger zu richten. Anspruch auf das Landespflegegeld haben mitversicherte Angehörige, Sozialhilfeempfänger und Berufstätige. Diese Anträge sind beim Wohnsitzgemeindeamt einzubringen.

¹³ Pflege in Niederösterreich: www.noe.gv.at (22. Jänner 2008)

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Pflegegeldgewährung vorhanden sein (bezogen auf das Land Niederösterreich):

- Österreichische Staatsbürgerschaft (in Ausnahmefällen kann diese Voraussetzung nachgesehen werden)
- Hauptwohnsitz in Niederösterreich
- Es besteht kein Anspruch auf Pflegegeld des Bundes oder vergleichbare Leistungen.
- Bei Erhöhungsanträgen muss seit der letzten Entscheidung mindestens ein Jahr vergangen sein, es sei denn, eine wesentliche Änderung der Anspruchsvoraussetzungen ist eingetreten.

Über die Höhe des Pflegegeldes liegt die siebenstufige Einteilung bei Gewährung vor (ab 01. Jänner 2005):

- Stufe 1 (Pflegebedarf monatlich mehr als 50 Stunden): 148,30 Euro
- Stufe 2 (Pflegebedarf monatlich mehr als 75 Stunden): 273,40 Euro
- Stufe 3 (Pflegebedarf monatlich mehr als 120 Stunden): 421,80 Euro
- Stufe 4 (Pflegebedarf monatlich mehr als 160 Stunden): 632,70 Euro
- Stufe 5 (Pflegebedarf monatlich mehr als 180 Stunden, außergewöhnlicher Pflegeaufwand): 859,30 Euro
- Stufe 6 (Pflegebedarf monatlich mehr als 180 Stunden, zeitlich unkoordinierte Betreuungsmaßnahmen): 1.171,70 Euro
- Stufe 7 (Pflegebedarf monatlich mindestens 180 Stunden, keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten möglich): 1.562,10 Euro

Die Beurteilung des Pflegebedarfs wird durch die Pflegegeld-Verordnung festgelegt. Grundlage für die Einstufung bildet ein ärztliches Gutachten. Der Begriff Pflegebedarf setzt sich aus "Betreuung" und "Hilfe" zusammen. Maßnahmen der Betreuung sind zB Körperpflege, An- und Auskleiden, Zubereitung und Verabreichung von Mahlzeiten, Maßnahmen der Hilfe sind zB Einkauf, Wohnungsreinigung oder Wäschepflege. Diese werden nach bestimmten Richt-, Fix- und Mindestwerten berechnet.

6. Der pflegende Angehörige

6.1. Definition

Der Begriff Angehörige geht weit über den Begriff Familie hinaus und schließt neben leiblich Verwandten auch entfernte Verwandte, Ehe- und Lebenspartner, Freunde, Bekannte, Vereinsmitglieder aus ehemaligen Organisationen, Mitarbeiter der religiösen Gemeinde und Nachbarn ein. Der pflegende Angehörige ist eine Einzelperson, der die Pflege und Betreuung eines nahe stehenden Menschen übernimmt. Diese Aktivitäten werden meist ehrenamtlich ausgeführt. Wie hoch der Anteil der Pflegearbeit ist, kann sehr verschieden sein. Zur Unterstützung der Pflegeleistung kann ein professioneller Pflegedienst in Anspruch genommen werden. Pflegende Angehörige sind aber von dem professionellen Pflegedienst zu unterscheiden, da sie unterschiedliche soziale, rechtliche, finanzielle und pflegerische Aufgaben übernehmen. Der Begriff der Hauptpflegerperson betrifft denjenigen Angehörigen, der ständig präsent ist und die Pflegeverantwortung, wenn auch nur stillschweigend, auf sich nimmt.

6.2. Angehörigentypen¹⁴

Grundsätzlich werden in der Pflegewissenschaft zwei unterschiedliche Typen von Angehörigen betrachtet:

6.2.1. Der delegierende Angehörige

Dieser Angehörige bildet seine Meinung zu den Pflegeleistungen als Überwachungsinstanz. Er beurteilt und bewertet die Tätigkeiten und Bedürfnisse als Außenstehender und bietet damit Kapital für familiäre Konflikte, aber auch für Probleme mit dem professionellen Pflegedienst.

¹⁴ Vgl. Daneke, Sigrid (2000: 152ff)

6.2.2. Der pflegende Angehörige

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen unterteilt sich wiederum in drei Untergruppen:

6.2.2.1. Der sich distanzierende Angehörige

Wenn sich der Angehörige weniger um den Betreuten kümmert, sondern die Stellung einnimmt, sich mit finanziellen und rechtliche Angelegenheiten zu beschäftigen, dann herrscht eine gewisse Distanz zwischen den beiden. Sie haben Schwierigkeiten, Bedürfnisse, Wünsche oder Probleme des gepflegten Angehörigen zu handhaben und dies zeigt sich in einer gespannten Beziehung. Verstärkt wird diese Spannung dann, wenn der distanzierte Angehörige sieht, dass die betreute Person mit den professionellen Pflegekräften offener umgeht und das führt zu Eifersucht. Als Begründung für diese Distanz meint Daneke, dass in einer derartigen Familie Zärtlichkeit, Fürsorglichkeit und liebevoller Umgang untereinander nie üblich war.

6.2.2.2. Der aktiv pflegende Angehörige

Der aktiv pflegende Angehörige hat sich mit der Pflegesituation auseinandergesetzt und sie akzeptiert. Er kennt die Bedürfnisse und Probleme seines betreuten Menschen und man lebt zumeist gemeinsam in einer Wohnung oder einem Haus.

6.2.2.3. Der psycho-sozial-stabilisierende Angehörige

Zur aktiven Pflege rückt hier das gesamte Wohlergehen des gepflegten Menschen in den Mittelpunkt. Der offene Umgang miteinander und die Fürsorglichkeit prägen diese Beziehung. Dieser Angehörige ist darum bemüht, dass der Gepflegte ständig in Kontakt mit Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten steht und verhindert somit die soziale Isolation.

Eine reine Form der Zuordnung eines Angehörigen in einem der vorgestellten Typen wird nicht möglich sein. Eher sind die Grenzen sehr verschwommen und je nach Lebenslage und momentaner Befindlichkeit wird der Angehörige verschieden in Erscheinung treten.

6.3. Verhältnis von pflegenden Angehörigen mit MitarbeiterInnen der professionellen, mobilen Pflege

Da die professionellen PflegerInnen nicht unmittelbar von der individuellen Pflegesituation betroffen sind, agieren diese mit beruflichem Wissen. Der pflegende Angehörige kennt den zu Pflegenden, und beide weisen eine emotionale Bindung zueinander auf. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfälle in den unterschiedlichen Familien müssen die professionellen PflegerInnen auf die individuellen Pflegesituationen eingehen und unter Einbindung des zu Pflegenden und deren Angehörigen einen Handlungsspielraum aufbauen und angepasste Pflegearrangements leiten. Dieses „Dreier-Gespann“ muss sich vereinbaren, denn nur so kann gewährleistet werden, dass sich jeder Teilnehmende in der Pflegesituation zurechtfindet und wohl fühlt.

Schnepf¹⁵ führt in seinem Werk Bereiche an, damit die Kombination von Angehörigenpflege und professioneller Pflege (mobiler Dienst) gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen qualitativ vonstatten geht:

6.3.1. Persönliche Kompetenz

Die MitarbeiterInnen des mobilen Dienstes können mit ihrem Verhalten die Beziehung positiv beeinflussen. Der Angehörige wird mit der Pflege unter Anweisungen betraut und sorgt somit für eine entsprechende Versorgung und Betreuung zu Hause.

6.3.2. Fachkompetenz

Die Angehörigen empfinden meist die professionelle Beratung und kompetente Durchführung der Pflege als Entlastung.

¹⁵ Vgl. Schnepf, Wilfried (2002: 288ff)

6.3.3. Personelle Kontinuität

Der Besuch des mobilen Dienstes ist als kontinuierlicher Kontakt zu sehen. Durch diese Kontinuität erfahren alle Beteiligten im Laufe der Zeit mehr übereinander, können dieses Wissen durch eine klare Arbeitsaufteilung und Rollenverteilung individuell handhaben.

6.3.4. Zuverlässigkeit und Freiraum für eigene Aktivitäten

In Verbindung mit der personellen Kontinuität ist auch die Zuverlässigkeit der professionellen PflegerInnen zu gewährleisten. Die pflegenden Angehörigen planen ihre Zeit für eigene Aktivitäten anhand der vereinbarten Besuchszeiten des mobilen Dienstes.

Selbstverständlich ist der Besuch des mobilen Pflegedienstes nicht immer nur mit Vorteilen und Annehmlichkeiten verbunden. Für einige Angehörige, die Pflegearbeit leisten, bedeutet das „Eindringen eines Außenstehenden“ eine Verletzung der eigenen Intimsphäre. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die professionellen PflegerInnen die Selbstbestimmung und Privatsphäre des Angehörigen wahren und anerkennen.

7. Gründe für die Pflege- und Betreuungsarbeit

Dass sich die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen in gewohnter, familiärer Umgebung befindet, ist nicht nur statistisch belegt, sondern zeigen auch die öffentlichen Diskussionen der letzten Zeit. Heime werden nach wie vor als Institution gesehen, die als fremd gelten. Das bekannte Umfeld in der Familie gewährt Wohlbefinden und Intimität. Ebenfalls kann man dem Gepflegten zu Hause einen gewissen Teil der bestehenden sozialen Kontakte erhalten.

Wenn sich ein Angehöriger für die Übernahme der Pflege entscheidet, dann resultiert dies nicht ausschließlich aus einer offenen, partnerschaftlichen Beziehung, sondern hier kommt eine Vielzahl von Motivationsgründen zum Ausdruck. Ein wichtiges Kriterium ist, dass der Betreute und der Angehörige, der die Pflegearbeit leisten wird oder bereits leistet, schon vor der Pflegeübernahme nahe zusammengelebt haben.

Holuscha¹⁶ fasste die Gründe für die Übernahme der Pflgetätigkeit in drei große Übergruppen zusammen: moralische Motive, finanzielle Motive und die Sozialisationsfunktion der Frau. Um die Motive genau zu betrachten, werden die einzelnen Gründe im Folgenden behandelt:

7.1. Selbstverständlichkeit

Die Bereitschaft einen Angehörigen zu pflegen, wird meist als selbstverständlich gesehen – sowohl von Familienangehörigen, die nicht unmittelbar betroffen sind als auch von Außenstehenden. Selbstverständlichkeit drückt sich in normativen und moralischen Vorstellungen aus. Verinnerlichte Schuldgefühle, wenn die Pflegesituation nicht anerkannt und übernommen worden wäre, werden in Gefühle umgewandelt, dass es selbstverständlich sei, die neuen Belastungen auf sich zu nehmen.

7.2. Wiedergutmachung und Hoffnung auf lang ersehnte Anerkennung

Diese Kriterien beruhen auf einer konkreten Erfahrung und Beziehung zum Gepflegten. Sie bezieht sich auch auf die nähere Vergangenheit und wird ohne Schuldgefühle als Dankbarkeit wahrgenommen werden. Die Hoffnung auf Anerkennung zeigt sich häufig bei Schwiegertöchtern, die die Pflege ihrer Schwiegereltern übernehmen. Jahrelang erlebte Gefühlskälte in diesen Schwiegerbeziehungen möchte das angeheiratete Kind durch die Pflgetätigkeiten kompensieren¹⁷.

¹⁶ Holuscha, Anette (1992: 48ff)

¹⁷ Vgl. Hedtker-Becker, Astrid (1990: 27)

7.3. Gefühlsnähe und Abhängigkeit

Im Unterschied zur Wiedergutmachung resultiert die Pflegebereitschaft hier aus ungelösten kindlichen Abhängigkeitsbedürfnissen zwischen Eltern(-teil) und Kind oder aus dem Bestreben, wenigstens im Alter endlich einmal von den Eltern akzeptiert zu werden.

7.4. Versprechen

Versprechen und Selbstverständlichkeit hängen bei der Entscheidung zur Pflegeübernahme eng zusammen. Manchmal werden schon vor dem Eintreffen einer Pflegesituation, die zukünftigen eventuellen Änderungen besprochen, damit der Lebenspartner oder die Eltern nicht im Stich gelassen werden, gibt der Partner oder der Sohn/die Tochter das Versprechen und wird so der Pflegerolle gerecht. Diese Situation entspricht häufig einer Familie mit einem landwirtschaftlichen Betrieb und das Versprechen muss dann von der jungen Landwirtin eingelöst werden.

7.5. Vererbung

Dieses Motiv hat ebenfalls besonders auf dem Land eine große Bedeutung, weil es hier zB um das geerbte Haus oder den Hof geht, der gemeinsam mit oder ausschließlich von dem Pflegebedürftigen finanziert wurde. In diesem Fall fühlen sich die anderen Geschwister, auch wenn sie vielleicht das bessere Verhältnis zum Gepflegten hatten, nur selten mitverantwortlich.

7.6. Mangel an Informationen

Ein ganz anderer Grund, warum Pfllegetätigkeiten zu Hause übernommen werden, ist der Informationsmangel. Wenn ein älterer Mensch pflegebedürftig ist, dann versuchen die Angehörigen zu allererst die Situation ohne fremde Hilfe zu meistern bzw haben sie überhaupt keine Kenntnis darüber, dass Hilfe von außen für genau diesen Wechsel in den Pflegealltag angeboten wird.

Nach dieser Auflistung der Motivationen kann man bereits die Sonderstellung der Frau bei der Übernahme der Pfl egetätigkeit erwähnen, da es zumeist die weiblichen Angehörigen sind, die es als selbstverständlich erachten, sich um den oder die Pflegebedürftigen zu kümmern. Frauen sind diejenigen, die sich stärker mit der Rolle der Betreuungsperson identifizieren. Sie sind diejenigen, die die eigenen Bedürfnisse am ehesten zurückstecken und somit die von außen geforderte Erwartungshaltung einnehmen.

8. Belastungen bei der Pflege- und Betreuungsarbeit

Ein Angehöriger, den man über Jahrzehnte als gesund, vital und geistig aktiv erlebt hat, ist nun plötzlich von fremder Hilfe abhängig und muss gepflegt werden. Dieser rasant auftretende Rollenwechsel eines Familienangehörigen bezieht sich nicht nur auf den Gepflegten, sondern auch der Partner oder Sohn/Tochter muss sich an den neuen Alltag und die neue Rolle gewöhnen und das ist gepaart mit Belastungen – sowohl körperliche, seelische als auch finanzielle und zeitliche Belastungen.

Der pflegende Angehörige befindet sich in einem Zwiespalt – einerseits hat er sich dazu entschlossen, sich um den zu Pflegenden zu kümmern und die Betreuung zu übernehmen, andererseits ist die neue Situation keine gewohnte und der Angehörige hat mit physische Belastungen wie Erschöpfungszuständen, körperlichen Schmerzen oder anderen Krankheitssymptomen zu kämpfen. Hinzu kommt meistens die seelische Belastung: der Pflegende muss seine eigenen Wünsche und Zukunftspläne zurückstecken, er erwartet eine steigende Pflegebelastung, da eine Heilung des Betreuten kaum in Sicht ist.

Eine große Belastung ist die ständige Anwesenheit bzw das ständige Angebunden sein. Selbst wenn sich der Pflegende Zeit für sich nehmen kann, gelingt es ihm meist nicht, von der Pflegesituation Abstand zu gewinnen.

Ein Grund, warum die Pflegesituation und die Übernahme der Pflege mit so vielen Belastungen verbunden ist, ist dass der pflegende Angehörige wenig Dank und Anerkennung erfährt und dies nicht nur von außen, sondern genauso innerhalb einer Familie.

Alle Belastungen, egal welcher Art, führen zu Veränderungen und sind keine einmaligen Ereignisse, sondern bilden einen Prozess. Mit Pflegesituation und Belastungen umgehen zu können, hängt vom Individuum ab, dem sich im sozialen Umfeld unterschiedliche Entlastungsmöglichkeiten bieten.

Nach Geister entwickeln pflegende Frauen im Laufe ihrer Tätigkeit effektive Formen der Belastungsbewältigung und können mit zunehmender Dauer die Pflegesituation entspannter ausführen¹⁸. Auch stellt sie einen Unterschied zwischen pflegenden Töchtern und pflegenden Söhnen fest: Söhne können mehr inneren Abstand zum Elternteil wahren. Sie halten ihre Grenzen der Belastung niedriger als Frauen und übernehmen viel seltener Schwerstpflge.

In der nachfolgenden Auflistung wird versucht, eine Auswahl der unzähligen Belastungsformen bei Pflegeübernahme zu erklären¹⁹.

8.1. Ständige Anwesenheit – alleinige Zuständigkeit

Besonders bei dementen oder verwirrten Menschen ist es erforderlich, dass den ganzen Tag über jemand anwesend ist und den Gepflegten „im Auge behält“. Diese permanente Anwesenheit wird zur Belastung. Auch wenn der pflegende Angehörige sich bewusst Zeit und Abstand zu nehmen versucht, ist es für sie/ihn schwierig, von der Pflegesituation abzuschalten. Die körperliche und seelische Anspannung wird auch vom Gepflegten meist verstärkt, da dieser dem Angehörigen vorhält, wenn sie/er sich Urlaub „nimmt“, den Pflegebedürftigen im Stich zu lassen.

Alleinige Zuständigkeit stellt eine weitere Belastungsform dar. Die pflegenden Angehörigen meistern die Pflege oftmals allein – Ehemann oder Kinder, aber auch Geschwister beteiligen sich selten an der Entlastung des Angehörigen. Zumal diese nur die lästigen Pflichten und unangenehmen Arbeiten der Pflegetätigkeiten sehen, jedoch *„...gehört auch das Gefühl, unentbehrlich und unersetzlich zu sein und dafür Dank und Anerken-*

¹⁸ Vgl. Geister, Christine (2004: 25ff)

¹⁹ Vgl. Hedtke-Becker, Astrid (1990: 30ff)

nung zu erhalten...“²⁰ dazu. Hedtke-Becker fügt außerdem an, dass die pflegenden Frauen Probleme damit haben, Hilfe einzufordern bzw anzunehmen.

8.2. Mangelnde Perspektive

Sowohl junge als auch bereits pensionierte pflegende Angehörige stecken ihre eigenen Zukunftspläne für die Pflegetätigkeit zurück. Angehörige mittleren Alters haben Familie, Beruf, Haushalt und Pflege zu bewältigen. Dies ist nicht immer leicht zu handhaben und meist müssen die Pflegenden Ziele und Zukunftswünsche zurückstellen, verändern oder aufgeben. Dass dies zum innerlichen Konflikt führt und nicht leicht zu ändern ist, zeigt sich meist in Wut und Verzweiflung. Ebenfalls ältere Personen, die eventuell schon in Pension sind und plötzlich ihren Ehepartner pflegen und betreuen müssen, stehen vor einer Veränderung ihrer Lebensplanung. Das gemeinsame Altern und die vorher festgelegte gemeinsame Lebensform in der Pension kann von nun an nicht mehr gelebt werden.

8.3. Mangel an Anerkennung

Den Mangel an Anerkennung kann man von zwei Seiten sehen: einerseits sind die Familienangehörigen und Bekannten, die zwar die Arbeit und die Aufopferung des pflegenden Angehörigen sehen und vielleicht auch schätzen, dem Angehörigen aber selbst weder Dank noch Lob aussprechen können; andererseits vom Gepflegten selbst, der keine Zufriedenheit ausstrahlt und „...*sich im Gegenteil über [sein] Schicksal [beklagt] und sich nach dem Tod [sehnt]*...“²¹.

8.4. Finanzielle Belastungen

Pflege und Betreuung ist mit finanziellem Aufwand verbunden. Angehörige müssen bestimmte Einrichtungen, seien es mobile Dienste oder Krankenbehelfe, finanzieren. Auch wenn Pflegegeld beantragt und gewährt wurde, so reicht dieses meist nicht aus, um den Gepflegten ordentlich und ausreichend betreuen zu können. Somit muss Erspar-

²⁰ Hedtke-Becker, Astrid (1990: 32)

²¹ Hedtke-Becker, Astrid (1990: 34)

tes und Haushaltseinkommen für die Pflege herangezogen werden und das bedeutet eine Verminderung der Lebensqualität. Diese Belastung verschlimmert sich, wenn die Erwerbstätigkeit auf Grund der Übernahme der Pflege reduziert oder aufgegeben wurde.

8.5. Reduzierung von Freizeit/Erholung – Soziale Isolation

Die persönliche Freizeit des pflegenden Angehörigen wird für Pflege, Familie und manchmal auch berufliche Tätigkeit herangezogen. Hobbys, Erholung und Urlaub werden vernachlässigt oder gar nicht mehr getätigt. Die Betroffenen wollen ebenso Freunden und Bekannten die Pflegesituation nicht zumuten und somit werden soziale Kontakte vernachlässigt. Jahrelange Pflege führt zu Vereinsamung, ganz besonders beim Tod des gepflegten Partners in einem Zwei-Personen-Haushalt.

8.6. Reduzierung/Kündigung der Erwerbstätigkeit

Angehörige nehmen eine Stundenreduzierung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit zugunsten des steigenden Pflegeaufwandes in Kauf. Fehlende berufliche Anerkennung, Verlust von sozialen Kontakten und die ausbleibende Selbstbestätigung, die man in der Arbeitswelt erfährt, ziehen den pflegenden Angehörigen noch mehr in den Sumpf der Belastungen.

Gerade Frauen, die auf Grund der Pflegetätigkeit aus dem Erwerbsleben ausscheiden, haben es in späterer Folge extrem schwer, wieder in den Beruf zurückzukehren. Außerdem ist angesichts all dieser Nachteile auch noch die persönliche Alterssicherung der pflegenden Frau gefährdet.

8.7. Gesundheitszustand des Pflegenden

Das Risiko durch die Pflege selbst an Gesundheit einzubüßen ist sehr hoch. Sowohl psychische Erkrankungen (zB Depressionen), die durch die ständige Anwesenheit, das täglich mitzerlebende Leid des Angehörigen und Frustration über die kontinuierliche Verschlechterung des Betreuten hervorgerufen werden, als auch körperliche Beschwer-

den (zB Gliederschmerzen, Probleme im Rücken) auf Grund vom anstrengenden physischen Einsatz, den der Gepflegte in Anspruch nehmen muss, zeigen sich bei den pflegenden Angehörigen.

8.8. Gesundheitszustand des Gepflegten - Nähe zum Tod

Einerseits geben sich die Angehörigen große Mühe den Gepflegten so gut wie möglich zu betreuen und dadurch das Leben zu verlängern und seine Leiden zu reduzieren, andererseits müssen sie erleben, dass keine Heilung der Pflegebedürftigkeit besteht und dass sich der Gesundheitszustand immer mehr verschlechtern wird. Diese zwei Seiten der Pflegesituation erhöhen die seelischen Belastungen des Angehörigen.

EXKURS Die „Sandwich“-Generation

Die Metapher der „Sandwich“-Generation wurde erstmals von Arthur N. Schwartz (1977) gekennzeichnet. Er beschreibt damit die Generation der 40- bis 60jährigen Personen, die einer Dreifachbelastung ausgesetzt sind: Erwerbstätigkeit, Pflege der Eltern/Elternteile und Pflege und Betreuung der Kinder und der eigenen Familie. Peuckert hebt besonders die Stellung der Frau in dieser Situation hervor.²² In einem Haushalt oder in einer Familie gibt es die Generation, die genau in der Mitte steht: *„Sie haben eigene Kinder, die auch schon volljährig sein und den elterlichen Haushalt verlassen haben können, oftmals ohne ökonomisch selbstständig zu sein. Gleichzeitig erreicht die (Groß)Elterngeneration ein Alter, in dem für sie die Phase der Pflegebedürftigkeit beginnt. Die Menschen im mittleren Lebensalter befinden sich damit in einer Situation, in der sie ‚von oben und von unten‘ gleichermaßen um Hilfe gebeten werden [...]“*²³

Diese Thematik der „Sandwich-Generation“ untersuchten 1998 Josef Hörl und Josef Kytir basierend auf Daten zur Generationsstruktur der Frauen mittleren Alters in Österreich²⁴. Die Frau mittleren Alters *„[...] wird ‚eingeklemmt‘ gesehen zwischen den Anforderungen der älteren und jüngeren Generationen und außerdem zunehmend konfrontiert mit den Erfordernissen ihres beruflichen Engagements.“*²⁵ Sie unterscheiden in

²² Vgl. Peuckert, Rüdiger (1999: 353f)

²³ Borchers, Andreas (1997: 21)

²⁴ Vgl. Hörl, Josef; Kytir, Josef (1998: 730ff)

²⁵ Hörl, Josef; Kytir, Josef (1998: 730)

ihrer Untersuchung zwischen „echter“ und „bedingter“ Sandwich-Generation. Ausgehend von der zur Verfügung stehenden Zeit bzw der finanziellen Unterschätzung der mittleren Generation, ergeben sich diese zwei Ausgangslagen: gibt es Nachkommen, die ihrerseits bereits Nachkommen – also Enkelkinder haben und finanziell und/oder zeitlich von der mittleren Generation unterstützt werden und (Schwieger-)Eltern oder (Schwieger-)Elternteile, die ebenfalls auf finanzielle und/oder zeitliche Hilfe angewiesen sind, zur Familie gezählt werden, dann sprechen Hörl/Kytir von der „echten“ Sandwich-Generation. Wird jedoch die Zeitsouveränität der mittleren Generation kaum in Anspruch genommen und sind lediglich Dienstleistungen in der darüber- oder darunterliegenden Generation zu erbringen, dann zählt diese Konstellation zur „bedingten“ Sandwich-Generation.

Die Ergebnisse der Untersuchung wurden hinsichtlich Generationskonstellation, Regionale Unterschiede, Erwerbstätigkeit und Kontakt mit Angehörigen betrachtet. Viele Erklärungen für die Belastungen der Frauen mittleren Alters könnten mit der Analyse aufgezeigt werden, dennoch „[...] kann aus den [hier] zur Verfügung stehenden Querschnittsdaten nicht die Behauptung abgeleitet werden, daß es sich bei der ‚echten‘ Sandwich-Konstellation mit Enkeln und Eltern um eine typische Erfahrung im Sinne einer mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden längeren Phase im ‚normalen‘ Lebenslauf von Frauen handelt.“²⁶ Jedoch merken Hörl/Kytir an, dass es in Zukunft durch den immer größer werdenden Abstand der Generationen für Frauen des mittleren Alters die „Sandwich-Belastungen“ zunehmen werden, und dies vor allem im ländlichen Raum, da hier die Einrichtungen für Betreuungen, Information und Unterstützungen momentan sehr begrenzt vorhanden sind.

²⁶ Hörl, Josef; Kytir, Josef (1998: 740)

9. Entlastungen bei der Pflege

Wie die Aufzählung der unterschiedlichen Belastungspunkte eines pflegenden Angehörigen gezeigt hat, so muss man hier gleich zu Beginn hinweisen, dass die Entlastungsmöglichkeiten eines Pflegenden von enormem Umfang sind und nicht vollständig aufgezählt werden können. Außerdem sind die Angebote von Bundesland, Region und Intensität unterschiedlich den Angehörigen zugänglich.

Hedtke-Becker²⁷ behandelt in ihrem Werk die Entlastung des pflegenden Angehörigen in vier Stadien der Pflege: vor Eintritt, zu Beginn, während und nach der Pflegesituation. Für jede dieser vier Bereiche gibt es Möglichkeiten den Pflegenden in seiner Tätigkeit zu entlasten. Der wichtigste Aspekt dabei ist aber, dass der Angehörige informiert ist über die Angebote. Meist kommt es gar nicht zu dem Schritt – der plötzlich eintretende Pflegefall steht im Vordergrund und die steigende Überlastung wird akzeptiert. Erst zu einem viel späteren Zeitpunkt und dadurch viel zu spät, wird eruiert, wie man welche Hilfe in Anspruch nehmen kann.

9.1. Zeitliche Entlastung

Zu diesem Bereich zählen alle Bemühungen, die den Angehörigen geboten werden, für einige Zeit von der Pflege entbunden zu werden. Da die ständige Anwesenheit eigentlich als größte Belastung gesehen wird, sind die Angebote zur zeitlichen Entlastung besonders wichtig. (zB Kurzzeitpflege, Tagespflege,...)

9.2. Psychische und soziale Entlastung

Da während oft jahrelanger Pflege, aber mit Sicherheit auch bereits kurz nach Übernahme der Pflegetätigkeit Anzeichen von Angst, Schuldgefühl oder/und anderen seelischen Belastungen auftreten, sollten die Angehörigen bei diesen Gefühlen Unterstützung erhalten. Die beste Gelegenheit dafür ist, wenn man sich mit anderen Betroffenen austauscht und dabei merkt, dass man mit seiner Pflegesituation nicht alleine ist. Ein

²⁷ Vgl. Hedtke-Becker, Astrid (1990: 48ff)

weiterer positiver Effekt ist, dass der pflegende Angehörige somit den Kontakt zur Außenwelt nicht verliert bzw sogar neue Kontakte aufbaut. (zB Selbsthilfegruppen, Gesprächskreise,...)

9.3. Körperliche Entlastung

Die Tätigkeiten der Pflege selbst erfordern meistens hohen körperlichen Aufwand, den man vielleicht so vor der Pflege nie zu bewältigen hatte. Damit der pflegende Angehörige nicht sich selbst bzw den Pflegebedürftigen schadet, sollte man genau über Behelfsgegenstände bzw „die richtigen und arbeitserleichternden Handgriffe“ Bescheid wissen. (zB Schulungen für pflegende Angehörige,...)

9.4. Finanzielle Entlastung

Durch die eventuelle Reduzierung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit kann es bei der Pflege eines Menschen zu finanziellen Engpässen kommen. Am bekanntesten ist das Pflegegeld²⁸. Dies dient dem Zwecke, pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die nötige Betreuung in gewohnter Umgebung zu ermöglichen. Ein weiterer Überlegungspunkt zur finanziellen Entlastung sind die Versicherungsmöglichkeiten, die speziell pflegenden Personen angeboten werden.

EXKURS CARITAS „Betreuen und Pflegen zu Hause“²⁹

Die CARITAS Diözese St. Pölten bietet der Bevölkerung den Dienst „Betreuen und Pflegen zu Hause“ an. Dieser Dienst bietet Hilfeleistungen bei Pflegebedarf an. Die qualifizierten MitarbeiterInnen unterstützen und fördern die Selbstständigkeit des zu Pflegenden, sie kümmern sich individuell um den zu Betreuenden und helfen aber auch bei administrativen Angelegenheiten und Entlastungsmöglichkeiten, die den pflegenden Angehörigen betreffen.

²⁸ siehe Anhang: Bundespflegegeldgesetz, Richtlinien für die Gewährung von Zuwendungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

²⁹ CARITAS Diözese St. Pölten: www.stpoelten.caritas.at (16. Juni 2008)

Die genauen Hilfeleistungen der MitarbeiterInnen des CARITAS Dienstes „Betreuen und Pflegen zu Hause“ umfassen folgende Tätigkeiten:

- Pflege und Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal
- Unterstützung im alltäglichen Leben (Einkauf, Reinigung, usw)
- Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit von pflegebedürftigen Personen, Mobilisation und Motivation
- Hilfe zur Erhaltung sozialer Kontakte
- Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen
- Unterstützung bei der Organisation von Pflegebehelfsmitteln, Pflegegeldanträgen, therapeutischen Möglichkeiten, usw
- Vermittlung von Notruftelefonen
- Hilfe bei Antrag auf das Pflegegeld

Die CARITAS Diözese St. Pölten bietet auch noch weitere Dienste zur Entlastung der pflegenden Angehörigen an.

Kompetenzstelle für Demenzkranke und Angehörige

Die CARITAS Diözese St. Pölten versucht mit Einzelberatungen oder organisierten Veranstaltungen über die Anzeichen, den Verlauf und den Umgang mit der Demenzerkrankung zu informieren.

Essen auf Rädern

Dieser Dienst wird in der Diözese in verschiedenen Regionen angeboten, vor allem für solche Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen können. In den ländlichen Ortschaften bereitet die tägliche Mahlzeit ein Gastronom in nächster Nähe zu und die MitarbeiterInnen sorgen für eine verlässliche und zeitgerechte Zustellung des Essens.

Notruftelefon

Das so genannte Notruftelefon wird als Sender als Armband oder als Halskette getragen. Bei einem Notfall ist ein angebrachter Schalter zu betätigen der über den vorhandenen Telefonanschluss eine Verbindung herstellt. Dieser ‚Notanruf‘ wählt die Nummer einer zuvor ausgewählten Person – Familienangehöriger, Nachbar, Bekannter, etc – und

diese kann sofort reagieren und den hilfsbedürftigen Angehörigen aufsuchen, helfen und eventuell Hilfe holen.

24-Stunden-Pflege

Im Zuge der rechtlichen Änderung der 24-Stunden-Pflege bietet die CARITAS Diözese St. Pölten nun ebenfalls die Vermittlung von geeigneten Betreuungspersonen zur 24-Stunden-Pflege an. Die CARITAS kümmert sich dabei um die Unterstützung bei der Erstellung der erforderlichen Verträge, überprüft die in Frage kommenden Betreuungspersonen hinsichtlich ihrer persönlichen Eignung und hinreichender Kenntnisse der deutschen Sprache.

Mobiler Hospizdienst

Der Dienst des mobilen Hospizes kümmert sich um schwerkranke und sterbende Personen und begleitet die pflegenden Angehörigen in dieser Phase – daheim, im Pflegeheim oder im Krankenhaus. Ebenfalls werden im Zuge dieses Dienstes Gesprächs- und Austauschgruppen für Trauernde angeboten.

10. Historische Veränderungen von Familie, Altenversorgung und Pflege

10.1. Wandel der Familie und des Haushalts

Möchte man die Veränderungen der häuslichen Pflege und Betreuung in den letzten Jahrhunderten betrachten, so ist es wichtig, zu allererst die Veränderungen der „familiären“ Haushaltsformen und Beziehungen zu erläutern. Das Wort „Familie“ taucht im deutschsprachigen Raum erstmals am Ende des 18. Jahrhunderts auf³⁰ und leitet sich vom lateinischen Wort familia ab, welches auf famulus (Diener) und famuli (das im Haus lebende Gesinde) verweist.

Ein historischer Rückblick ins 17. und 18. Jahrhundert lässt erkennen, dass damals kein richtig geschützter Ort für eine Familie gegeben war. Die bäuerlichen Häuser glichen

³⁰ Vgl. Rosenmayr, Leopold (Hg.); Rosenmayr, Hilde (1978: 196ff)

einem halböffentlichen Raum. Die Funktion des Haushalts war rein ökonomisch. Individuelle Bedürfnisse oder Interessen wurden kaum beachtet. Auch ist die Meinung nicht richtig, dass diese Haushalte im ländlichen Raum von mehreren Generationen bewohnt waren. Meistens waren es nur bis zu zwei Generationen, die aber auch eher kurzzeitig zusammenlebten. Ein bäuerliches Gut wurde dann übergeben, wenn die Hofinhaber gestorben sind. Dadurch ist auch erkennbar, dass diese Hofeigentümer bis kurz vor ihrem Tode in der bäuerlichen Wirtschaft ihre Arbeit geleistet haben, im Allgemeinen muss aber auch die frühe Sterblichkeit bedacht werden. *„Die personale Zusammensetzung einer solchen Haushaltung wechselte ständig, in ungleich höherem Maße als jetzt. Die Dienstboten blieben oft nur kurze Zeit, und umgekehrt war es die Regel, die eigenen Kinder früh aus dem Haus zu geben, damit sie in anderen Familien ‚gute Sitten‘ lernten.“*³¹ Die Mobilität der Bevölkerung war zu dieser Zeit prägend. Jedoch der Faktor der Produktion hatte immer Vorrang.

Mit der Entstehung des bürgerlichen Mittelstandes im 19. Jahrhundert und im Zuge der Industrialisierung bekommt dieses Wort „Familie“ allmählich die heutige Bedeutung der Kernfamilie. Die ökonomische Notwendigkeit der Haushaltszusammensetzung war nicht mehr so groß. Die Veränderung der Erwerbsstruktur im 19. Jahrhundert führte dazu, dass die ländliche Bevölkerung zurückging. Im Zuge der Lohnarbeit waren die Menschen darauf bedacht, sich individuelles Eigentum anzueignen. Die Abhängigkeit von einem bäuerlichen Hof, der nicht nur Arbeitsplatz, sondern auch Lebens- und Wohnraum geboten hat, war nun nicht mehr vorhanden. Durch die wirtschaftlichen Änderungen des 19. Jahrhunderts setzte eine Trennung von Arbeits- und Lebenswelt ein. Dies führte nun zu den neuen Formen des Haushalts und der so genannten Kernfamilie.

10.2. Wandel der Mortalität

Die Ursachen für einen Rückgang der Sterblichkeit in den letzten Jahrhunderten und Jahrzehnten kann anhand von sozialen und medizinischen Faktoren erklärt werden. Genetisch-biologische Faktoren sind zwar auch in einem gewissen Maße beteiligt, jedoch zur Erklärung von gegenwärtigen, aber vor allem historischen Veränderungen der tat-

³¹ Rosenmayr, Leopold (1978: 199)

sächlichen durchschnittlichen Lebenserwartung und dem Wandel der Sterblichkeitsrate trägt dieser Faktor nur wenig bei.

Soziale Faktoren:

- Verbesserung der Ernährung (Die Landwirtschaft wurde im 18./frühes 19. Jahrhundert deutlich modernisiert, und vor allem die Möglichkeiten des Transportes von Nahrungsmittel haben sich verbessert.)
- Bessere Hygiene (Durch soziale Disziplinierung wurden die persönlichen Sauberkeits- und Hygienemaßnahmen durchgesetzt.)
- Verbesserte Lebenslagen (Steigender Wohlstand, bessere Wohnverhältnisse etc)

Medizinische Faktoren:

- Im 19. Jahrhundert erlangte man immer mehr Kenntnisse über die Mechanismen der Infektionsübertragung von Krankheiten. Daraufhin folgten Interventionen wie Abwasser-, Abfallwirtschaftung, Versorgung mit Trinkwasser, Gesundheitskampagnen etc.
- Entdeckung der Antibiotika und Einführung von Impfungen zur Immunisierung.

10.3. Wandel der Altenversorgung und der Pflege³²

Aus der Geschichte der Pflege ist immer wieder deutlich zu beobachten, dass ein der jeweiligen Epoche entsprechendes hohes Alter mit Armut gleichzusetzen war. Eine Betreuung in der „Familie“ war auf Grund der vorherrschenden Verhältnisse, aber auch durch Krankheit und Tod der Angehörigen sehr wenigen alten Menschen vorbehalten.

Im 18. und 19. Jahrhundert zählten die Menschen, die Pflegebedarf hatten, zu den Verwahrlosten und Ausgegrenzten. Damals brachte die Gesellschaft dieses Thema weder zur öffentlichen Diskussion noch sah man die Situation dieser Pflegebedürftigen als eine besondere Notlage.

Die niedrige Lebenserwartung und die relativ hohe Sterblichkeit der Menschen ist eine wesentliche Tatsache, dass in der Vergangenheit (nahezu bis ins 19. Jahrhundert) weni-

³² Vgl. Radner, Alfred (Hg.); Stricker, Johanna (1992: 71ff)

ger alte Menschen pflegebedürftig waren als dies heute der Fall ist. Schlechte hygienische Verhältnisse und unzureichende medizinische Versorgungsmöglichkeiten waren ausschlaggebend für die hohe Sterblichkeit. Wenn es nun doch zur Pflegebedürftigkeit eines Menschen kam, egal ob in der „Familie“ oder in einem der wenigen öffentlichen Fürsorgeeinrichtungen, dann war dies kein Prozess, der mit viel Liebe und Aufopferung verbunden war. Am Beginn des 20. Jahrhunderts kamen erste Gedanken der Versorgung von bedürftigen Personen im Sinne von Verwahrung und Betreuung auf. Laut Radner wurde der Gesamtaspekt der Pflegedebatte erst in den Sechzigerjahren ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gebracht.

Die Altenpflege heute bezieht sich hauptsächlich auf die Pflege in der häuslichen und familiären Lebenswelt. Der Grad der Pflege- und Betreuungsarbeit ist steigend. Die Krankheit Demenz wird dabei den größten Teil der alternden Bevölkerung betreffen. Konträr dazu wird die Anzahl der Helfer, sowohl im Berufsfeld als auch in der Familie, nicht den gleichen erforderlichen Anstieg erreichen. *„Hinzu kommen wachsende Anforderungen an die Arbeitsplatzmobilität, Zunahme der Einzelhaushalte und neue pfleg-e kulturelle Orientierungen [...]. Die Möglichkeiten, im Alter soziale Unterstützung zu erhalten verringern sich drastisch, wenn keine eigene Familie (mehr) vorhanden ist.“*³³

³³ Zeman, Peter (2005: 259f, In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege)

11. Altersentwicklung in Österreich

Wie in fast allen westlichen Nationen herrscht auch in Österreich eine fortschreitende demografische Alterung. Die Bevölkerung wird dank der Medizin älter und bleibt meist bis ins hohe Alter vital und mobil. Dennoch gibt es einen beachtlichen Teil der bejahrten Gesellschaftsmitglieder, die auf Grund ihrer nicht mehr oder nur mehr zum Teil vorhandenen körperlichen oder/und geistigen Gesundheit auf Pflege und medizinische Maßnahmen angewiesen sind.

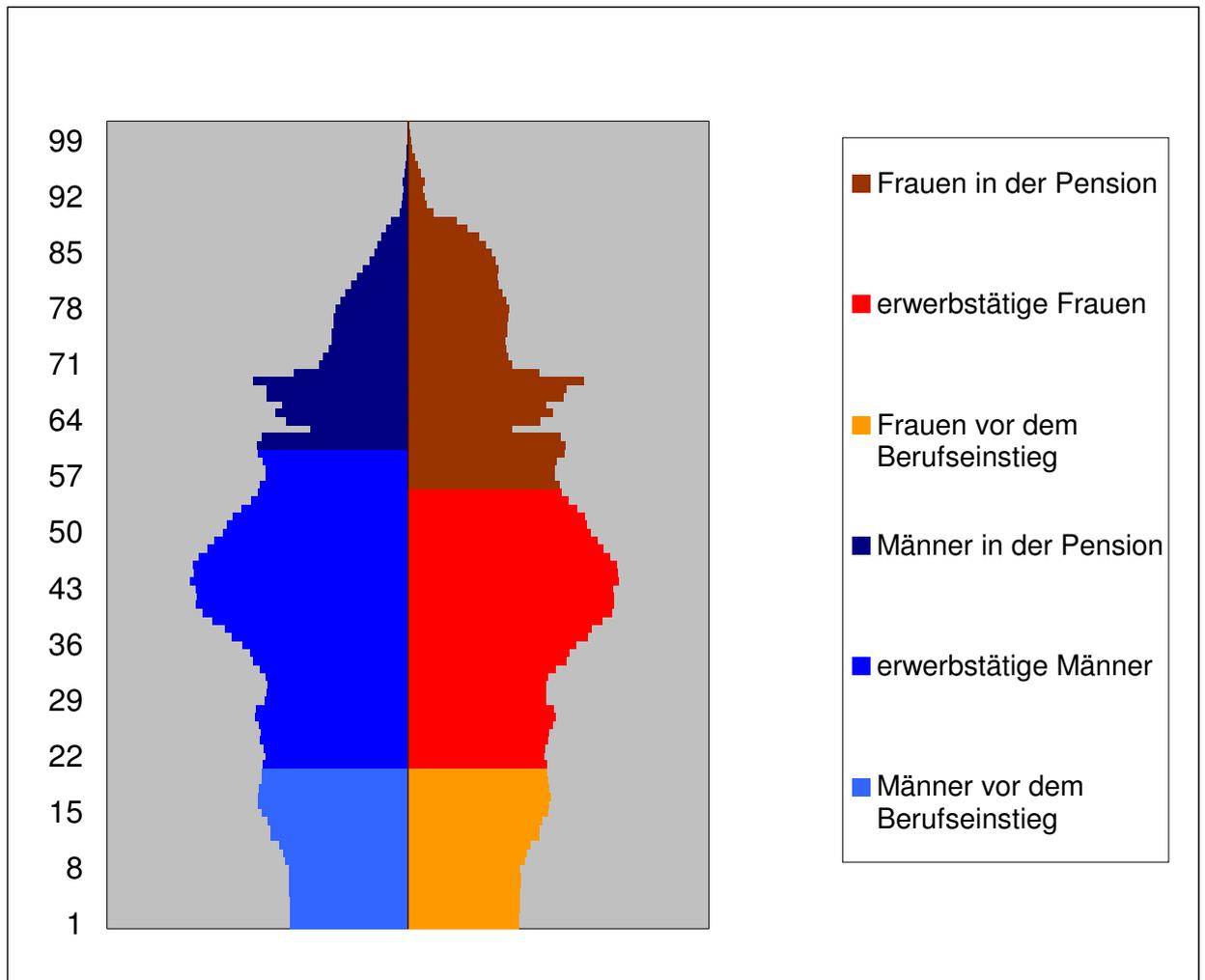
Wenn man sich mit der Geschichte der Pflege auseinandersetzt, dann darf der wichtigste Grund, warum Gesellschaften altern, nicht außer Acht gelassen werden: Nicht der Rückgang der Sterblichkeit (steigende Lebenserwartung), sondern das Sinken der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau ist verantwortlich für den Alterungsprozess unserer Gesellschaft.

Eine Betrachtung der heutigen gesellschaftlichen Situation in Österreich bietet die Darstellung der Alterspyramide³⁴. Die Alterspyramide ist ein Balkendiagramm, bei der die Anteile der Frauen und Männer einer Erhebung jeweils rechts und links aufgetragen werden; die Aufteilung erfolgt nach den Alterklassen aufsteigend. Das Jahr 2008 zeigt bei einem Erwerbseintrittsalter von 20 Jahren, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, und einem Pensionseintrittsalter der Frauen bei 55 Jahren und der Männer ab 60 Jahren, folgende Pyramide für die österreichische Gesellschaft:

³⁴ Die Berechnungen beruhen auf den Daten des Mikrozensus der Statistik Austria von 2001 und selbst erstellten Grafiken.

Abbildung 19

Alterspyramide Österreichs 2008

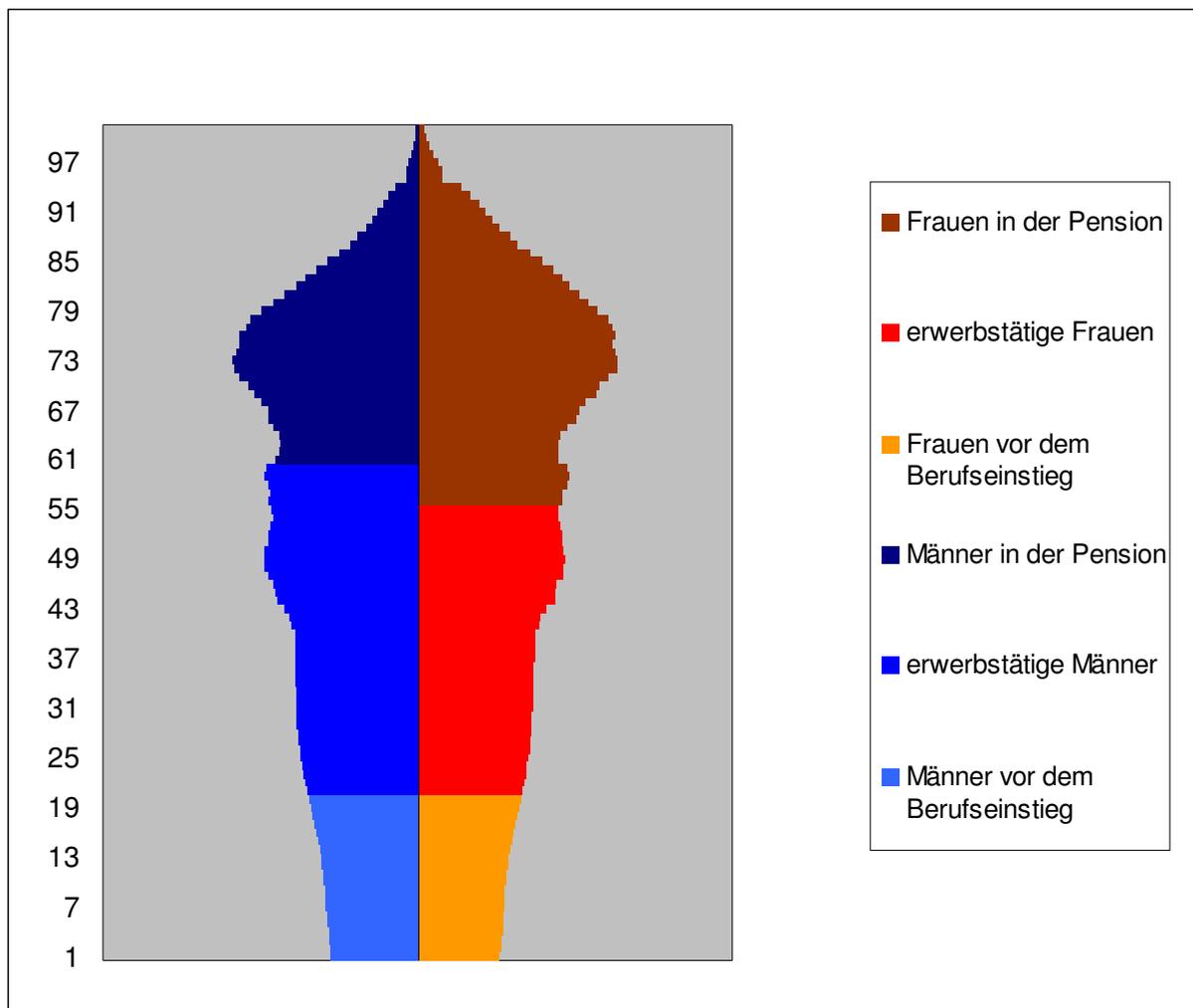


Beim Vergleich der beiden Pyramiden zeigt sich deutlich, dass die österreichische Gesellschaft altert, dh der Anteil der älteren Menschen nimmt zu, während sich die Zahl der Nachkommen verringert. Österreich befindet sich in einer Phase des Wandels von einer demografisch jungen zu einer demografisch alten Gesellschaft. Der Anstieg der Lebenserwartung und der Rückgang der Geburten ist (seit dem Ende des I. Weltkrieges) dafür ausschlaggebend. Die Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen liegt laut Statistik Austria (2007) bei 77,1 Jahren für Männer und 82, 7 Jahre für Frauen. Bis zum Jahr 2035 werden, je nach Änderung der Lebenserwartung, zwischen 2,7 und 3 Mio. Menschen ein Alter von über 60 Jahren erreicht haben. Dieser Anteil an Menschen entspricht momentan (2008) 20 % und wird 2035 auf bis zu 38 % ansteigen.

Bei der Entwicklung der österreichischen Bevölkerung wird auch immer wieder die „doppelte demografische Alterung“ angesprochen. Damit ist gemeint, dass die Anzahl der älteren Personen überproportional im Blick auf die Jüngeren ansteigt. Alleine die über 85-jährigen ÖsterreicherInnen werden sich in den kommenden Jahrzehnten verdreifachen. Dass allein dies hohe Alter nicht ohne gesundheitliche Probleme erreicht werden kann, macht deutlich, dass der Bedarf an Pflege und Betreuung steigen wird. Die Entwicklungen der letzten Jahre bzw die zukünftigen Entwicklungen lassen ebenfalls andeuten, dass sich der Pflegebedarf zunehmend in den ambulanten Bereich drängt. Die Dauer der Krankenhausaufenthalte verkürzt sich, und somit wird die Nachfrage nach qualifizierten ambulanten Betreuungsmöglichkeiten steigen. Trotz dieser Entwicklungssicht bedeutet das für die nahe Zukunft in den allermeisten Fällen, dass der pflegebedürftige Mensch in die Hände der Familie übergeben wird.

Abbildung 20

Alterspyramide Österreichs 2040



12. Forschungsdesign und Datenerhebung

12.1. Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Befragung ist es, die Situation der pflegenden Angehörigen widerzuspiegeln. Die Art und Intensität des Pflege- und Betreuungsaufwands, die Zufriedenheit mit dem CARITAS Dienst „Betreuen und Pflegen zu Hause“ verbunden mit demographischen Aspekten wurden genauso erhoben wie die Doppelbelastung von Pflege und gleichzeitiger Erwerbsarbeit. Ebenso werden Gründe für den Entschluss die Pflegearbeit eines Angehörigen zu übernehmen und die verschiedenen Arten der Unterstützung des Angehörigen, die Erwerbs- und Pflegearbeit leistet, aufgezeigt.

Aus diesen Zielsetzungen ergeben sich nun folgende Fragestellungen, die in der anschließenden Datenauswertung überprüft werden:

1. Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Pflegebedürftigkeit, dem Pflegeaufwand, der Unterstützung und der Schwere der Beeinträchtigung?
2. Inwieweit unterscheidet sich das Ausmaß und die Art der Belastung durch Arbeit und Pflege in Bezug auf verschiedene Merkmale?
3. Inwieweit unterscheidet sich die Motivation zur Pflege in Bezug auf verschiedene Merkmale?
4. Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Pflegebedürftigkeit, dem Pflegeaufwand, der Unterstützung und der Schwere der Beeinträchtigung?

12.2. Datenerhebung

Um es den Interviewteilnehmenden so verständlich und einfach wie möglich zu machen, wurde ein quantitativer Ansatz gewählt.

12.3. Erhebungsinstrument

Die Daten wurden mittels geschlossenen, teils offenen Fragen erfasst. Der gesamte Fragebogen ist in vier Teile gegliedert:

TEIL A:

Allgemeine Angaben zur gepflegten Person; Pflegeaufwand; Pflegedauer; Gründe für die Übernahme der Pfl egetätigkeit;

TEIL B:

Angaben zur Berufstätigkeit des pflegenden Angehörigen; Belastungen bzw Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit; Unterstützung durch Dritte; monatliches Gehalt; Gründe für Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses;

TEIL C:

Zufriedenheit mit dem CARITAS Dienst "Betreuen und Pflegen zu Hause" in Bezug auf Patientenumgang, Professionalität, Fachwissen, Verfügbarkeit, Beschwerden und Beratung;

TEIL D:

Pensionsversicherung des pflegenden Angehörigen; Pflegestufe; Haushaltsgröße; Bezirk; Wohnort: Stadt - Land; schulische Bildung;

12.3.1. Feldzugang – Ablauf der Befragung

Nach einigen Gesprächen mit Frau DGKS Helga Tersek, CARITAS-Pflegeleiterin fürs Waldviertel, und Herrn DSA Gerhard Datler, CARITAS-Regionalleitung Waldviertel, ergab sich die Möglichkeit, den Fragebogen durch die Mitarbeiterinnen des CARITAS Diensts "Betreuen und Pflegen zu Hause" in den Bezirken Zwettl (NÖ) und Waidhofen/Thaya (NÖ) direkt an die pflegenden Angehörigen zu verteilen. Diese zwei Bezirke sind wiederum unterteilt in sieben Teilgebiete. Die Fragebögen wurden gemeinsam mit einem Informationsbrief in einem (adressierten Rück-)Kuvert übergeben. Die Befragten hatten zwei Wochen Zeit den Fragebogen auszufüllen und ihn dann entweder der Mitarbeiterin des CARITAS Dienstes mitzugeben oder ihn in dem Kuvert an die Interviewdurchführerin zu schicken.

12.3.2. Stichprobe

Im Rahmen der Befragung wurden insgesamt 130 Fragebögen ausgegeben. Die Befragten wurden von Herrn DSA Gerhard Datler ausgewählt, da nur jene Pflegefälle in Frage kamen, wo sich abgesehen vom mobilen CARITAS Dienst auch ein Angehöriger um den zu Pflegenden kümmert. Der Zeitraum der Befragung erstreckt sich von 1. August 2007 bis 30. September 2007. In diesem Zeitraum hatten die Mitarbeiterinnen des CARITAS Dienst "Betreuen und Pflegen zu Hause" die Aufgabe den Fragebogen an die ausgewählten Familien in den sieben Teilgebieten zu verteilen und einzusammeln bzw wurde während dieses Zeitraums auf postalische Rücksendung gewartet.

87 Fragebögen wurden insgesamt während dieses Zeitraums retourniert, welche eine durchaus zufriedene Rücklaufquote von 66,92 % ergibt. Die Geschlechterverteilung liegt bei 71,3 % (62) weibliche Angehörige bzw 27,1 % (23) männliche Angehörigen mit einem Durchschnittsalter von 58 Jahren. Die Gepflegten verteilen sich auf 71,3 % (62) weiblich Personen und 27,1 % (23) männlich Personen. Hier sind zwei Drittel (65,9 % - 56) bereits über 80 Jahre.

41 Frauen pflegen weibliche Angehörige und 19 Frauen pflegen ihren männlichen Angehörigen. 19 Männer pflegen ihre weiblichen Angehörigen und 4 Männer pflegen ihre männlichen Angehörigen. Die fehlenden 2 Frauen pflegen jeweils beide Elternteile.

63,2 % (55) der Pflegeleistungen werden von den Kindern für ihre Eltern erbracht. Immerhin ein Fünftel (20,7 % - 18) pflegen ihren Ehepartner.

69 % (60) der Hauptbetreuungspersonen gehen derzeit einer bezahlten Erwerbstätigkeit nach, wobei wiederum knapp die Hälfte (46,7 % - 28) dieser Erwerbstätigen Landwirte sind.

13. Deskriptive Ergebnisse

13.1. Beschreibung der pflegenden Personen

Für die vorliegende Studie wurden insgesamt 84 Personen, die ihre Angehörigen pflegen, befragt. Davon waren 60 weiblich (=73,2 %) und 22 männlich (= 26,8 %). Sieben der pflegenden Angehörigen (= 8,5 %) leben in einer Stadt, die übrigen 75 Personen (= 91,5 %) wohnen am Land.

Die Verteilung der UntersuchungsteilnehmerInnen nach Alter und Geschlecht sowie die deskriptiven Kennwerte für das Alter sind in den nachfolgenden Tabellen 1 und 2 zusammengefasst. Jeweils ca. ein Drittel der Pflegepersonen ist 50 bis unter 60 Jahre bzw über 70 Jahre alt, ein gutes Fünftel ist unter 50 Jahre und 12 % der UntersuchungsteilnehmerInnen sind zwischen 60 und 70 Jahre alt.

Die Verteilung der Altersgruppen ist für die männlichen und weiblichen Personen etwas unterschiedlich. Der Anteil der unter 50-Jährigen ist bei den Männern deutlich niedriger als bei den Frauen, während der Anteil für die Altersgruppe der 60 bis unter 70-Jährigen überproportional hoch ist.

Tabelle 1

Häufigkeitsverteilung Altersgruppe und Geschlecht

<u>Altersgruppe</u>	<u>Geschlecht</u>				<u>Gesamt</u>	
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>			
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
unter 50 Jahre	20	33,3	1	4,6	21	25,6
50 bis unter 60 Jahre	19	31,7	8	35,4	27	32,9
60 bis unter 70 Jahre	4	6,7	6	27,3	10	12,2
70 Jahre und älter	17	28,3	7	31,8	24	29,3
Gesamt	60	100,0	22	100,0	82	100,0

Das Durchschnittsalter aller pflegenden Angehörigen liegt etwas über 58 Jahre, wobei die Männer im Schnitt mit 64 Jahren um ca. sieben Jahre älter sind als die Frauen mit 56,7 Jahren. Das Alter schwankt bei den weiblichen Befragten zwischen 31 und 80 Jahren, bei den männlichen BefragungsteilnehmerInnen zwischen 44 und 84 Jahren.

Tabelle 2

Deskriptive Kennwerte für das Alter der Befragten

<u>Haushaltsgröße / Kinderzahl</u>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Haushaltsgröße	84	3,32		1,54	1	8
davon:						
Kinder unter 6 Jahre	85	0,07		0,30	0	2
Kinder 6 bis 12 Jahre	85	0,14		0,47	0	2
Kinder 13 bis 18 Jahre	85	0,31		0,66	0	3
Kinder über 18 Jahre	85	0,42		0,75	0	2

Wie aus der nachfolgenden Tabelle 3 abzulesen ist, hat fast die Hälfte der Befragten lediglich einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung. Jeweils ca. 20 % haben eine Lehre oder eine Fachschule abgeschlossen. Nur relativ wenige der Pflegenden haben keinen Schulabschluss (2,4 %), eine Lehre mit Meisterprüfung (6,0 %) oder eine höhere Schule mit Maturaabschluss (3,6 %) als höchsten Schulabschluss angegeben. Die Schulbildung unterscheidet sich deutlich zwischen Männern und Frauen. Während bei den Frauen der Anteil mit Pflichtschulabschluss mehr als 50 % beträgt, liegt er bei den Männern nur bei 27 %. Bei den männlichen Befragten ist im Gegensatz dazu der Anteil mit einem Lehrabschluss bzw einer Lehre mit Meisterprüfung deutlich höher als bei den Frauen.

Tabelle 3

Häufigkeitsverteilung Schulbildung und Geschlecht

<u>Schulbildung</u>	<u>Geschlecht</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
kein Schulabschluss	1	1,6	1	4,6	2	2,4
Pflichtschule	32	51,6	6	27,3	38	45,2
Lehre	10	16,1	7	31,8	17	20,2
Lehre mit Meisterprüfung	2	3,2	3	13,6	5	6,0
Fachschule	14	22,6	5	22,7	19	22,6
AHS / BHS	3	4,8	0	0,0	3	3,6
Universität / Hochschule	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	62	100,0	22	100,0	84	100,0

In der folgenden Tabelle ist die Haushaltsgröße nach dem Geschlecht der befragten Personen (pflegende Angehörige) dargestellt. Die meisten (40 %) leben zu zweit in einem Haushalt, jeweils etwa 20 % zu dritt oder zu viert. Mehr als vier Personen leben in einem Fünftel der Haushalte, die Zahl der Einpersonenhaushalte ist mit nur 2 % sehr gering. Betrachtet man die Haushaltsgröße nach dem Geschlecht, so erkennt man, dass bei den Männern die Zweipersonenhaushalte stark überrepräsentiert sind und auch immerhin fast 10 % der männlichen Befragten alleine leben.

Tabelle 4

Häufigkeitsverteilung Haushaltsgröße und Geschlecht

<u>Haushaltsgröße</u>	<u>Geschlecht</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
1	0	0,0	2	8,7	2	2,4
2	20	32,8	13	56,5	33	39,3
3	13	21,3	3	13,0	16	19,1
4	13	21,3	2	8,7	15	17,9
5	8	13,1	2	8,7	10	11,9
6 +	7	11,5	1	4,3	8	9,5
Gesamt	61	100,0	23	100,0	84	100,0

Insgesamt ergibt sich daraus eine durchschnittliche Haushaltsgröße von 3,3 Personen. Kaum nennenswert ist die Zahl der Kinder unter 12 Jahren, die noch in einem gemeinsamen Haushalt mit den pflegenden Angehörigen leben. 0,3 Kinder zwischen 13 und 18 Jahre bzw 0,4 Kinder über 18 Jahre leben im Schnitt gemeinsam in einem Haushalt mit den Pflegepersonen.

Tabelle 5

Deskriptive Kennwerte für die Haushaltsgröße der Befragten und die Zahl der Kinder

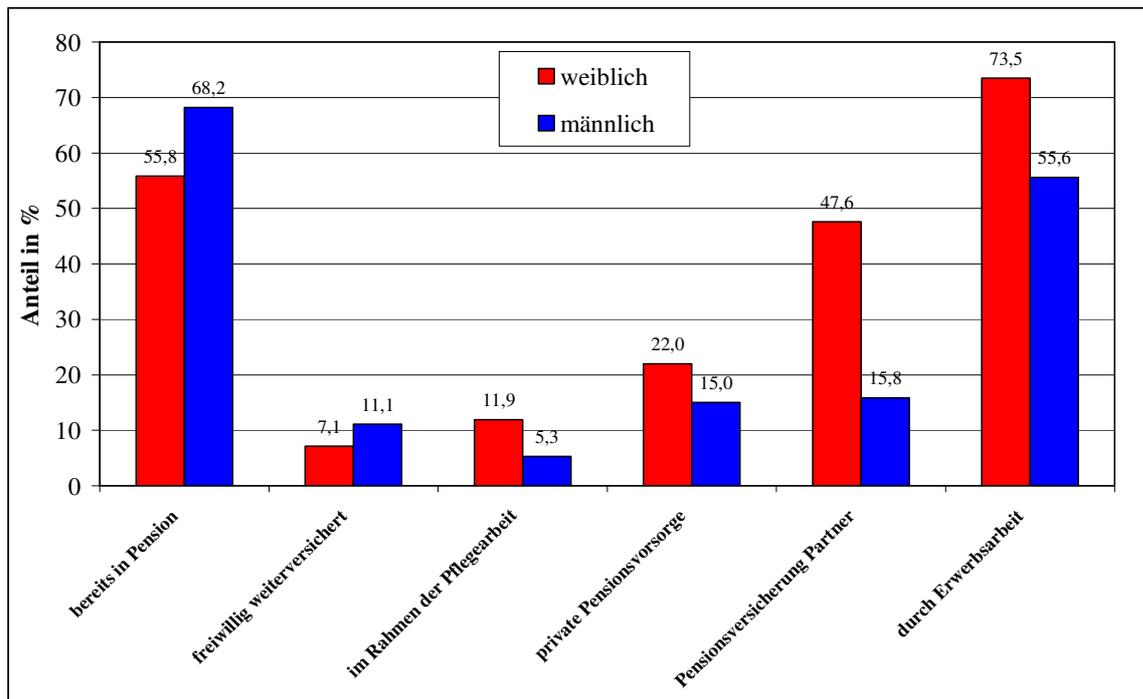
<u>Haushaltsgröße / Kinderzahl</u>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Haushaltsgröße	84	3,32		1,54	1	8
davon:						
Kinder unter 6 Jahre	85	0,07		0,30	0	2
Kinder 6 bis 12 Jahre	85	0,14		0,47	0	2
Kinder 13 bis 18 Jahre	85	0,31		0,66	0	3
Kinder über 18 Jahre	85	0,42		0,75	0	2

Die pflegenden Angehörigen wurden danach befragt, inwieweit sie während der Pflege pensionsversichert sind. Die Verteilung auf die verschiedenen Antwortkategorien nach dem Geschlecht ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Durch eine Erwerbsarbeit pensionsversichert sind dabei mehr als 70 % der weiblichen Befragten und etwas mehr als die Hälfte bei den männlichen Befragten. Durch die Pensionsvorsorge des Partners sind immerhin fast die Hälfte der Frauen und etwa 15 % der Männer abgesichert. Für die anderen Kategorien sind die Prozentsätze eher gering.

Weiters sind bei den weiblichen Pflegepersonen etwas mehr als die Hälfte bereits in Pension gegangen, bei den männlichen Befragten liegt dieser Anteil sogar bei fast 70 %.

Abbildung 1

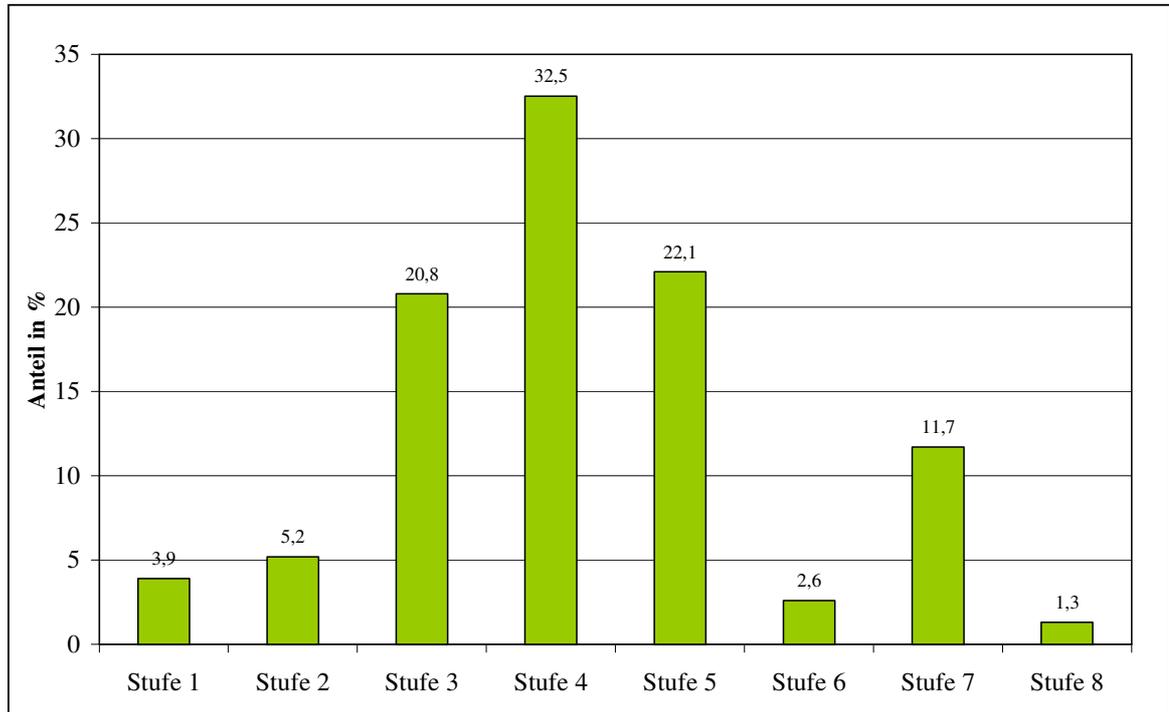
Pensionsversicherung nach Geschlecht



Von den betreuten Personen erhalten 84 Pflegegeld, das sind 97 % der UntersuchungsteilnehmerInnen. Die Verteilung nach der Pflegestufe kann der folgenden Abbildung entnommen werden. Drei Viertel aller Personen erhalten dabei ein Pflegegeld der Pflegestufen 3 bis 5, die Anteile für die anderen Stufen liegen zwischen einem und 12 % der betreuten Personen. 55,3 % erhalten von der gepflegten Person einen monatlichen Beitrag zur Pflege.

Abbildung 2

Betreute Personen nach Pflegestufe



13.2. Beschreibung der gepflegten Personen

In der folgenden Tabelle sind die betreuten Personen nach ihrem Verhältnis zur pflegenden Person und dem Geschlecht des pflegenden Angehörigen zusammengefasst.

Tabelle 6

Häufigkeitsverteilung Verhältnis zur gepflegten Person nach dem Geschlecht

<u>Verhältnis zur gepflegten Person</u>	<u>Geschlecht der Angehörigen</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
(Schwieger) Tochter / Sohn	4	6,5	1	4,4	5	5,9
(Schwieger)Elternteil	38	61,3	15	65,2	53	62,4
PartnerIn	12	19,4	6	26,1	18	21,2
entfernter verwandt	6	9,7	1	4,4	7	8,3
nicht verwandt	2	3,2	0	0,0	2	2,4
Gesamt	62	100,0	23	100,0	85	100,0

Bei fast zwei Drittel der Fälle wird der Eltern- oder der Schwiegerelternanteil gepflegt, bei einem Fünftel ist es die PartnerIn, die betreut wird. Dass ein (Schwieger)Kind, ein entfernter Verwandter oder eine nicht verwandte Person gepflegt wird, ist eher selten der Fall.

Männliche Pflegende betreuen überproportional oft die Partnerin (26 %) oder die Eltern (65 %) und praktisch nie entfernte Verwandte oder nicht verwandte Personen.

Fast drei Viertel der gepflegten Personen sind weiblich, 28 % sind männlich. Mehr als zwei Drittel davon sind bereits über 80 Jahre alt und ein Viertel ist zwischen 70 und 80 Jahre alt. Jünger als 70 Jahre sind nur rund 7 % der gepflegten Personen. Die Altersverteilung unterscheidet sich dabei sehr deutlich zwischen weiblichen und männlichen Pflegefällen. Während bei den weiblichen Personen, die betreut werden, 80 % über 80 Jahre alt sind, entfällt bei den Männern nur ein gutes Drittel auf diese Altersgruppe. Diese sind mehrheitlich 71 bis 80 Jahre alt (52 %), während bei den Frauen nur 15 % in dieser Altersklasse liegen.

Tabelle 7

Häufigkeitsverteilung Alter und Geschlecht der gepflegten Person

<u>Alter</u>	<u>Geschlecht</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
21 bis 50 Jahre	0	0,0	1	4,4	1	1,2
51 bis 60 Jahre	1	1,7	0	0,0	1	1,2
61 bis 70 Jahre	2	3,3	2	8,7	4	4,8
71 bis 80 Jahre	9	15,0	12	52,2	21	25,3
über 80 Jahre	48	80,0	8	34,8	56	67,5
Gesamt	60	100,0	23	100,0	83	100,0

Etwas mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen wohnt mit den betreuten Personen in einem gemeinsamen Haushalt. Ein weiteres Viertel wohnt zwar im selben Haus, führt aber einen eigenen Haushalt. Etwa 20 % wohnen in unmittelbarer Nähe, d.h. sie sind in höchstens 15 Minuten erreichbar. Lediglich knapp 4 % der Angehörigen wohnen an einem Ort, der von der Wohnung des Gepflegten mehr als eine Viertelstunde entfernt

liegt. Die Verteilung nach dem Geschlecht der gepflegten Person auf die verschiedenen Wohnorttypen ist dabei relativ ähnlich. Nur für die beiden Kategorien 'im selben Haushalt' und 'in höchstens 15 Minuten erreichbar' gibt es stärkere Abweichungen.

Tabelle 8

Häufigkeitsverteilung Wohnort und Geschlecht der gepflegten Person

<u>Wohnort</u>	<u>Geschlecht der gepflegten Person</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
im selben Haushalt	32	51,6	13	56,5	45	52,9
im selben Haus / getr. Haushalt	17	27,4	4	17,4	21	24,7
in höchstens 15min erreichbar	10	16,1	6	26,1	16	18,8
in 16 bis 30 Min. erreichbar	1	1,6	0	0,0	1	1,2
weiter entfernt	2	3,2	0	0,0	2	2,4
Gesamt	62	72,9	23	27,1	85	100,0

Wie auf Grund der Verteilung des Wohnorts zu erwarten, ist die Mehrheit der pflegenden Angehörigen bei den betreuten Personen ständig anwesend (49 %) oder mehrmals täglich zu Besuch (35 %).

Tabelle 9

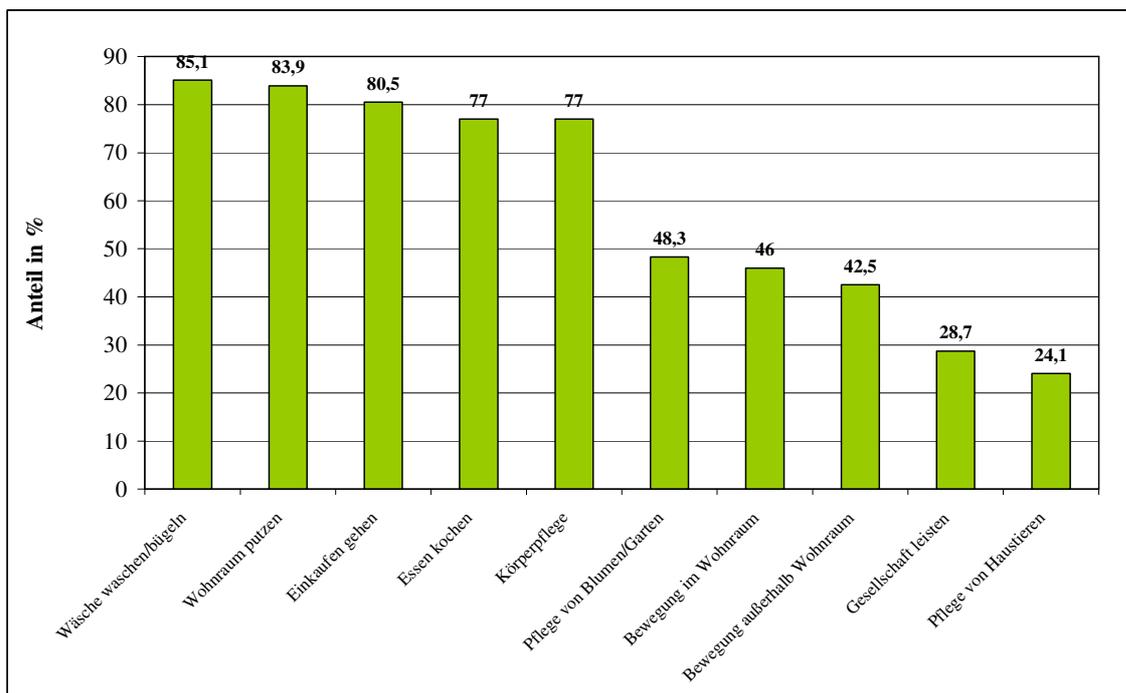
Verteilung der Häufigkeit des Besuchs und dem Geschlecht der gepflegten Person

<u>Aufsuchen der zu pflegenden Person</u>	<u>Geschlecht der gepflegten Person</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
ein bis dreimal monatlich	1	1,6	1	4,4	2	2,4
ein bis dreimal wöchentlich	4	6,5	4	17,4	8	9,4
vier bis sechsmal wöchentlich	2	3,2	0	0,0	2	2,4
einmal täglich	0	0,0	1	4,4	1	1,2
mehrmals täglich	24	38,7	6	26,1	30	35,3
ständige Anwesenheit	31	50,0	11	47,8	42	49,4
Gesamt	62	100,0	23	100,0	85	100,0

Für welche Tätigkeiten die betreuten Personen Unterstützung benötigen, geht aus der folgenden Abbildung hervor. Über 80 % brauchen Hilfe beim Einkaufen gehen, beim Wohnraumputzen und beim Waschen bzw Bügeln der Wäsche. Gut drei Viertel erhalten Unterstützung bei der Körperpflege und beim Essenkochen. Etwa die Hälfte der betreuten Personen sind auf Hilfe bei der Bewegung im und außerhalb des Wohnraums und der Pflege des Gartens angewiesen.

Abbildung 3

Verteilung der unterstützenden Tätigkeiten



Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich, sind nur 6 % der gepflegten Personen weniger als ein Jahr lang betreuungsbedürftig. Der größte Anteil dieser Personen ist mit 31 % zwischen einem und drei Jahren pflegebedürftig, jeweils etwa 20 % sind ca. drei bis fünf Jahre bzw fünf bis sieben Jahre pflegebedürftig und 14 % benötigen bereits mehr als sieben Jahre eine Unterstützung. 11 % gaben über die Dauer der notwendigen Betreuung keine Auskunft.

Abbildung 4

Zeit, welche die gepflegte Person schon betreuungsbedürftig ist

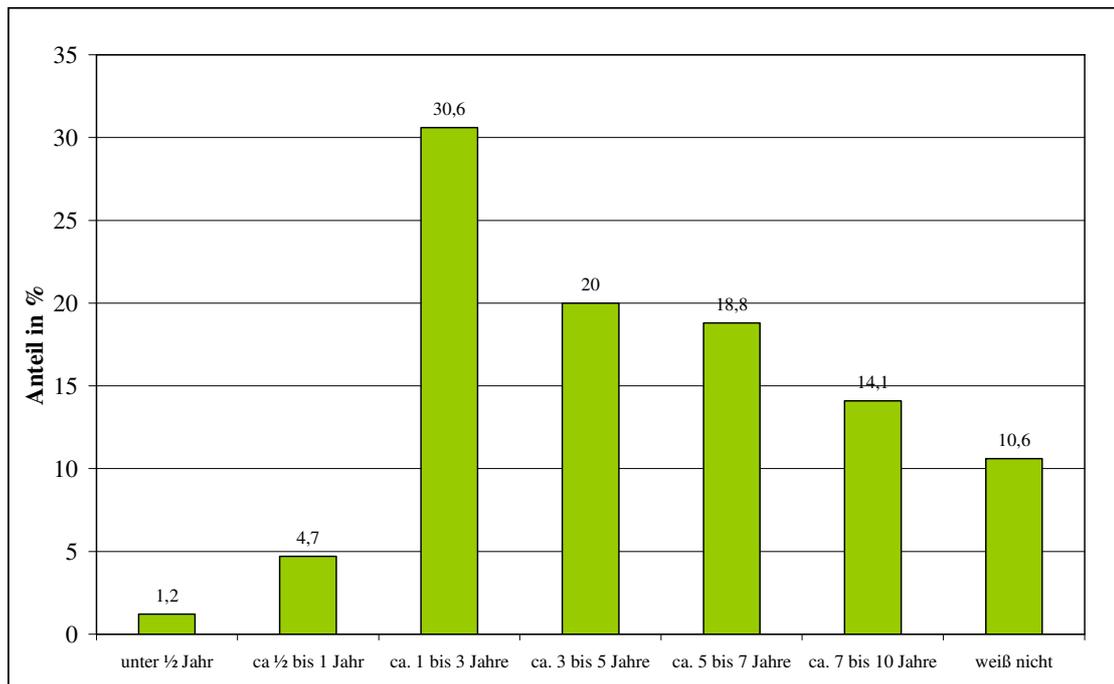
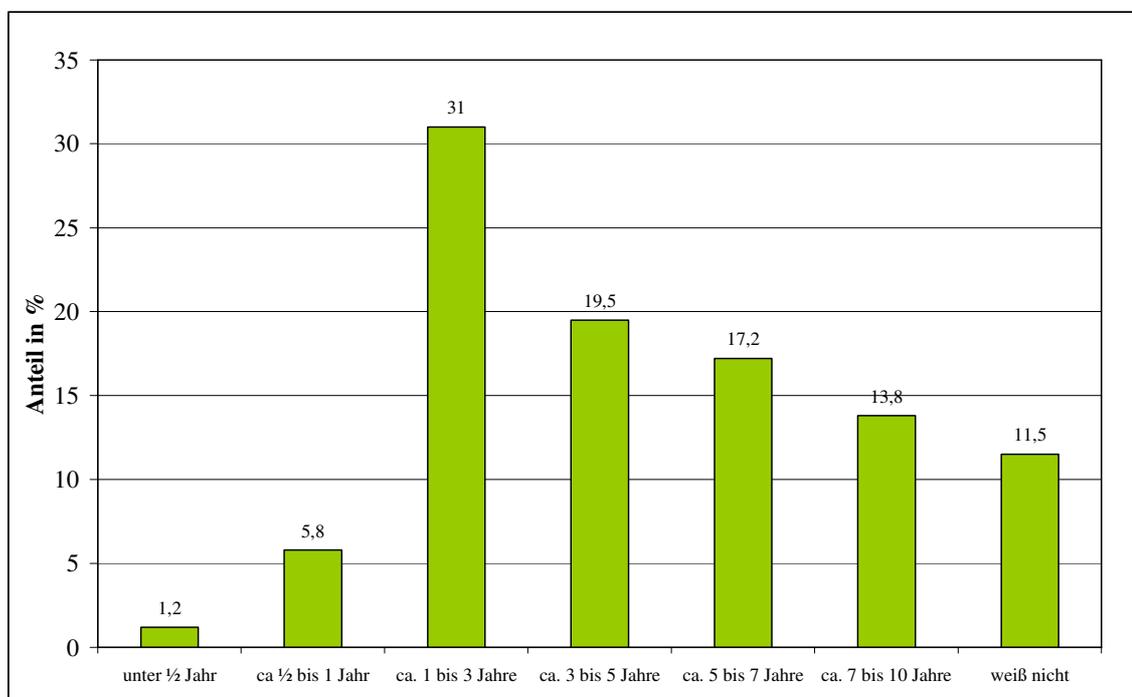


Abbildung 5

Zeit, welche die gepflegte Person durch den Angehörigen gepflegt wird

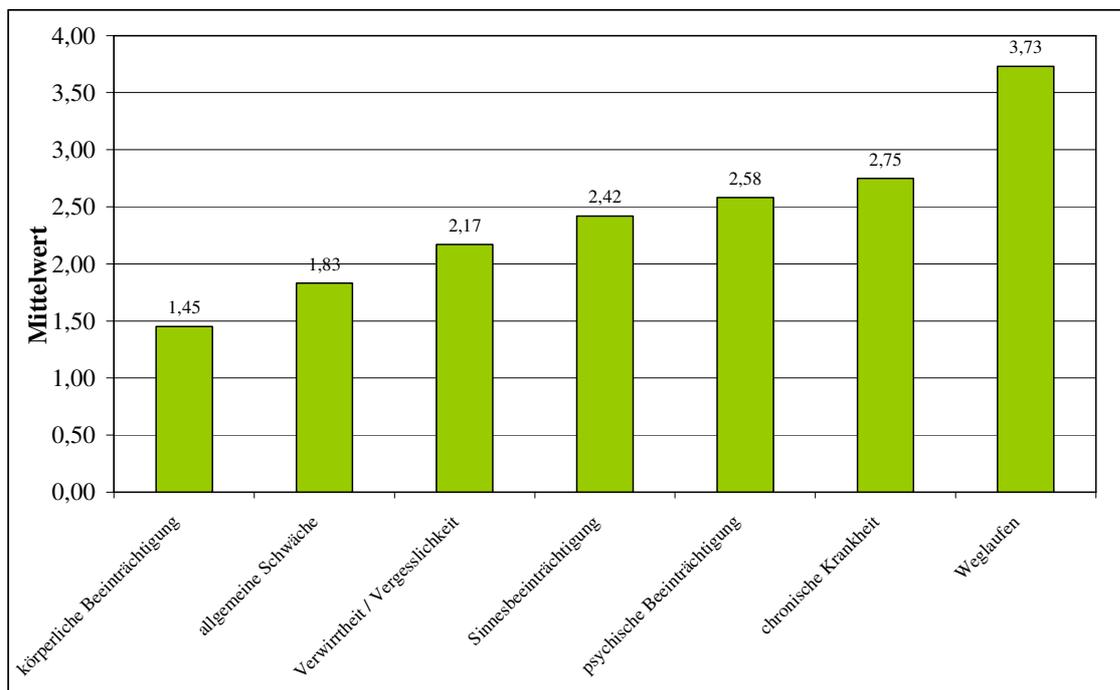


Die Verteilung der Betreuungszeit, seit der die gepflegte Person durch den Angehörigen bereits gepflegt wird, entspricht in etwa der Zeit, welche die gepflegten Personen schon betreuungsbedürftig sind. Offenbar wurden die meisten Personen seit Beginn der Betreuungsbedürftigkeit von ihren Angehörigen gepflegt.

Den größten Pflegeaufwand verursachen körperliche Beeinträchtigungen bei den betreuten Personen. Der Mittelwert liegt hier in etwa zwischen den beiden Antwortkategorien 'sehr viel' und 'mittel'. Auch eine allgemeine Schwäche und Verwirrtheit bzw Vergesslichkeit erfordert einen relativ hohen Pflegeaufwand. Im mittleren Bereich hinsichtlich des Pflegeaufwands liegen nach Angaben der pflegenden Angehörigen eine Sinnesbeeinträchtigung, eine psychische Beeinträchtigung oder eine chronische Krankheit. Praktisch kein Aufwand wird durch das 'Weglaufen' der zu pflegenden Personen verursacht.

Abbildung 6

Pflegeaufwand für verschiedene Beeinträchtigungen



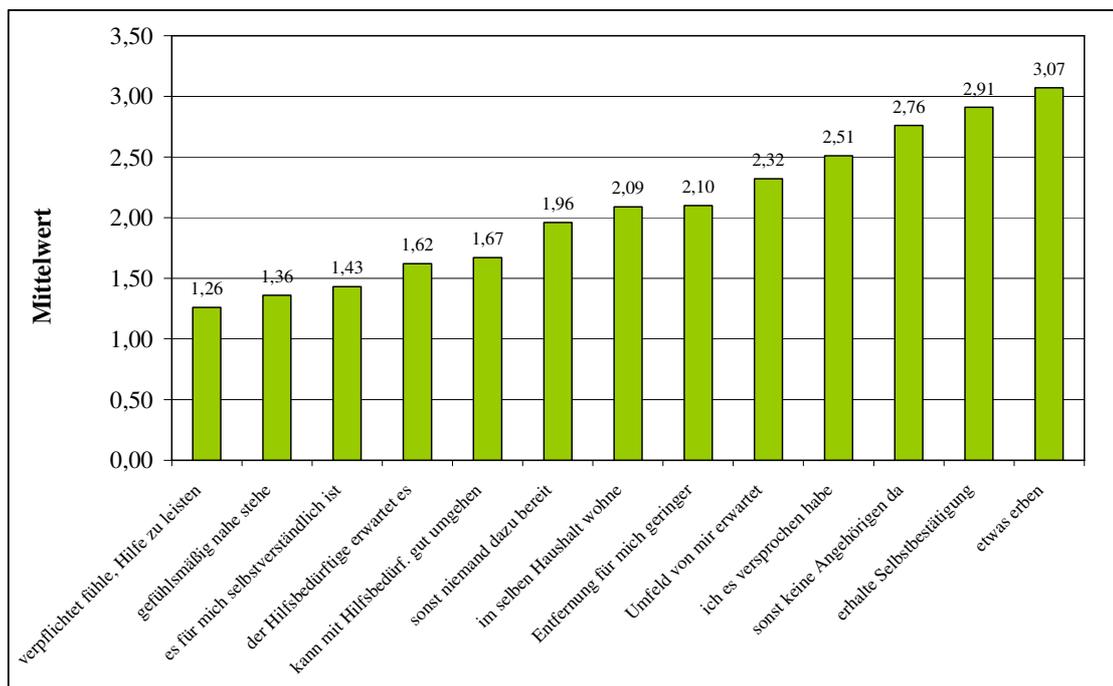
Antwortkategorien: 1=sehr viel, 2=mittel, 3=wenig, 4=keine

Als die drei wichtigsten Gründe, warum die Betreuung ausgeübt wird, werden von den pflegenden Angehörigen die Antwortkategorien 'weil ich mich dazu verpflichtet fühle, Hilfe zu leisten', 'weil ich ihm/ihr gefühlsmäßig nahe stehe' und 'weil es für mich selbst-

verständlich ist' angegeben. Im Schnitt schon etwas weniger häufig werden 'weil es der/die Hilfsbedürftige erwartet' und 'weil ich mit dem/der Hilfsbedürftigen gut umgehen kann' als Gründe angeführt. Nur selten sind die Gründe 'weil sonst keine Angehörigen da sind', 'weil ich durch das Betreuen Selbstbestätigung erhalte' und 'weil ich etwas geerbt habe bzw etwas erben werde' für die Durchführung der Betreuung ausschlaggebend.

Abbildung 7

Gründe der Betreuung



Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

13.3. Erwerbstätigkeit und Pflege

In diesem Abschnitt wird beschrieben, inwieweit die pflegenden Angehörigen einer Erwerbstätigkeit nachgehen und inwieweit es dadurch zu Belastungen kommt.

68 % der pflegenden Angehörigen waren im Laufe der Pflege in irgendeiner Form erwerbstätig, für 27 % trifft das nicht zu. Bei Männern liegt dieser Anteil bei 65 %, bei Frauen beträgt er 69 %.

Von den 58 pflegenden Angehörigen, die gegenwärtig erwerbstätig sind, übt fast die Hälfte den Beruf eines Landwirtes aus. Ein gutes Viertel ist angestellt oder beamtet, nicht ganz 10 % sind selbständig. Auf die übrigen Kategorien entfällt nur jeweils ein sehr geringer Prozentsatz.

Tabelle 10

Verteilung der Erwerbstätigkeit nach dem Geschlecht der Angehörigen

<u>Art der Erwerbstätigkeit</u>	<u>Geschlecht der Angehörigen</u>					
	<u>weiblich</u>		<u>männlich</u>		<u>Gesamt</u>	
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
Selbstständig	4	9,3	1	6,7	5	8,6
Angestellter, Beamter	13	30,2	3	20,0	16	27,6
ArbeiterIn	2	4,7	1	6,7	3	5,2
FacharbeiterIn	0	0,0	1	6,7	1	1,7
LandwirtIn	21	48,8	7	46,7	28	48,3
PensionistIn	2	4,7	2	13,3	4	6,9
arbeitslos	1	2,3	0	0,0	1	1,7
Gesamt	43	100,0	15	100,0	58	100,0

Immerhin 44 % der pflegenden Angehörigen waren zum Zeitpunkt der Befragung vollzeitbeschäftigt. Nicht ganz 20 % gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach, 15 % arbeiten nur stundenweise und etwas mehr als ein Fünftel gibt an, gar nicht zu arbeiten (Abbildung 8).

21 Personen haben während der Pflege das Arbeitsausmaß verändert, das sind immerhin 36 % der derzeit erwerbstätigen pflegenden Angehörigen.

In einem eigenen Fragenblock wurde untersucht, welche Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Doppelbelastung von Pflege und Erwerbstätigkeit ausüben. In Abbildung 9 sind die verschiedenen Aussagen nach dem Ausmaß der Zustimmung dargestellt.

Abbildung 8

Ausmaß der Erwerbstätigkeit

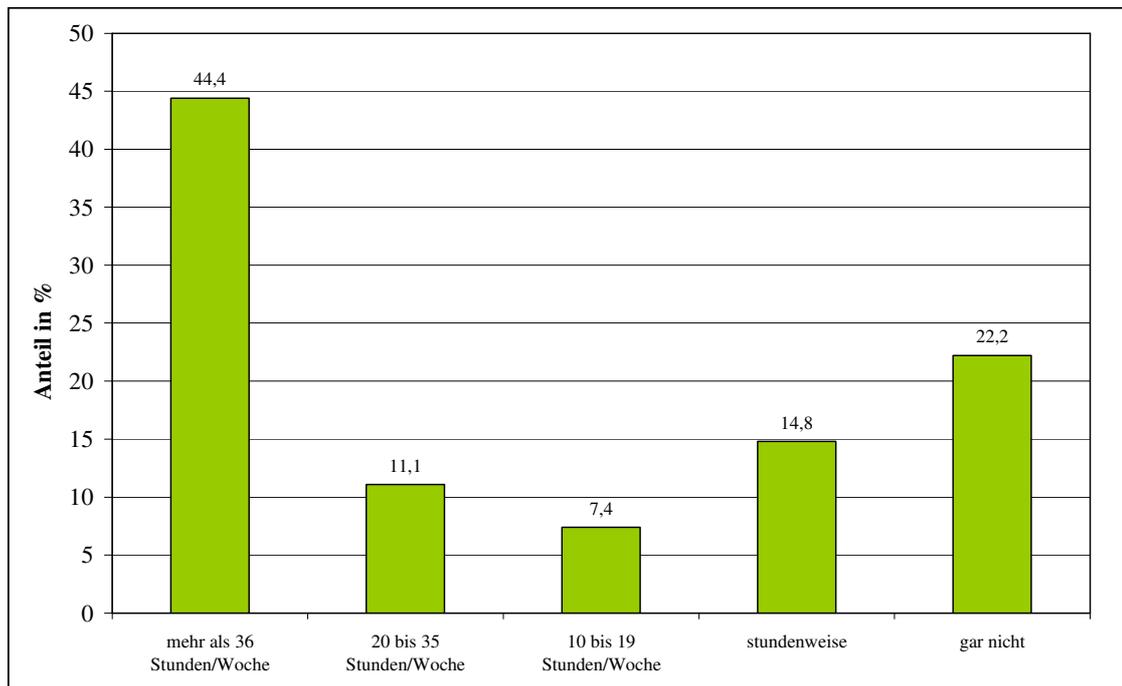
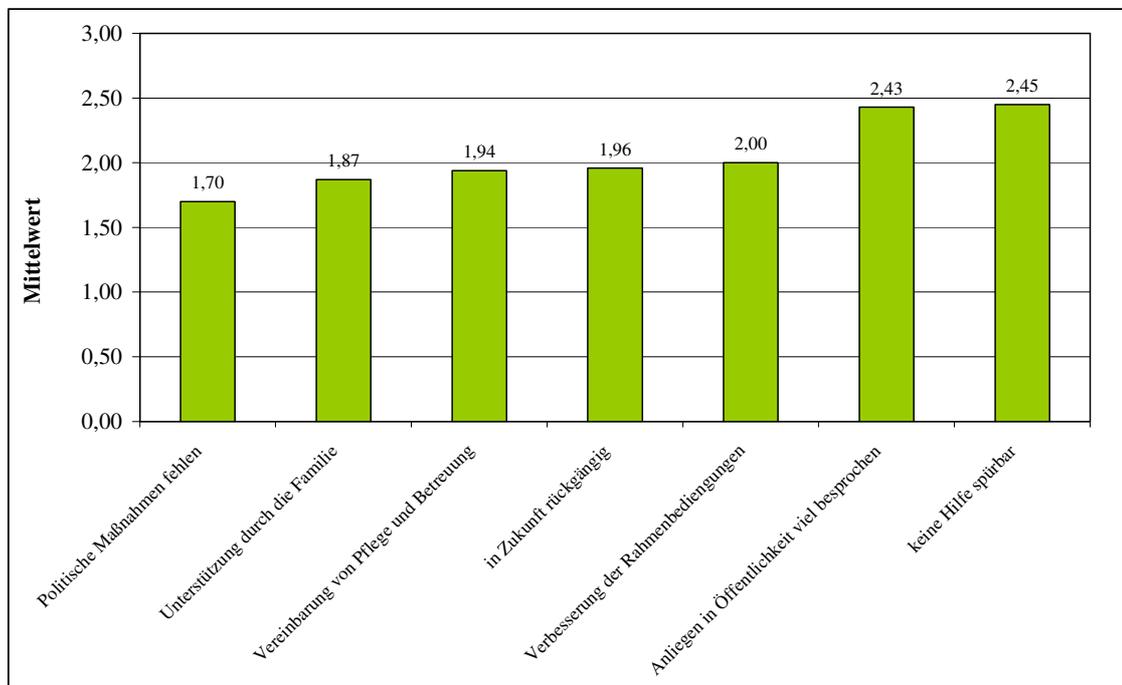


Abbildung 9

Rahmenbedingungen für Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit



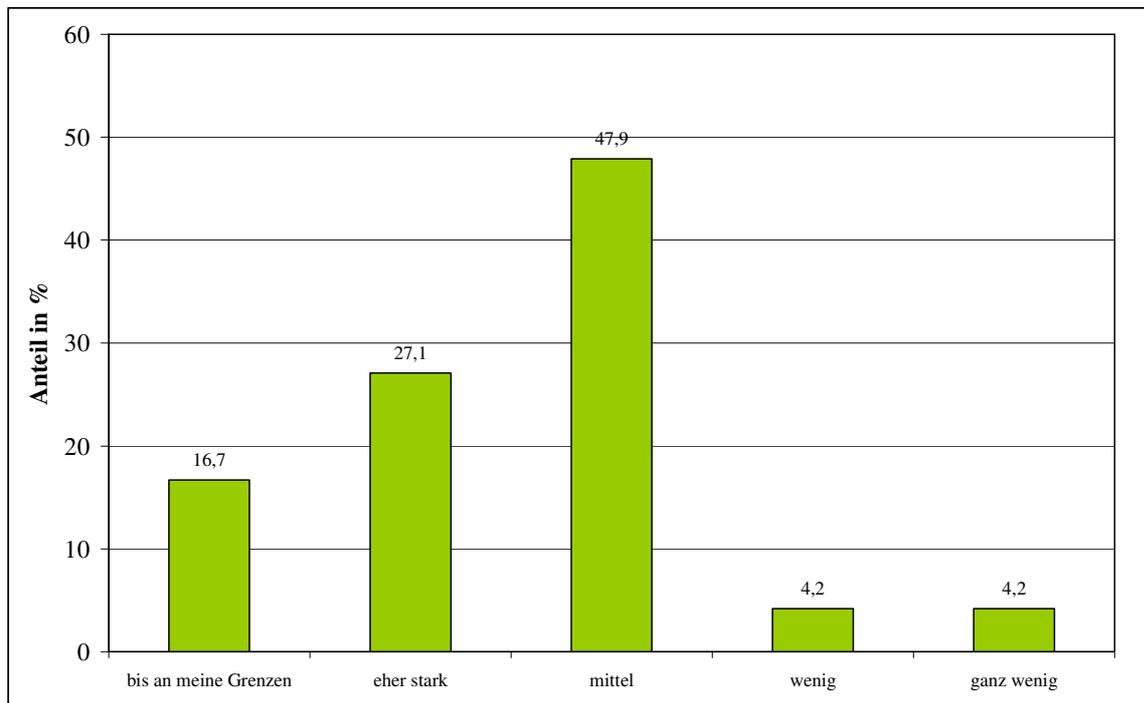
Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Dabei erreichen die beiden Antwortmöglichkeiten 'In der Öffentlichkeit weiß man zwar, dass die Arbeit pflegender Angehöriger in Zukunft immer wichtiger wird, die Politik versäumt es aber, rechtzeitig entsprechende Maßnahmen zu treffen' und 'Meine Familie unterstützt mich' die durchschnittlich größte Befürwortung. Als wenig zutreffend werden hingegen im Schnitt die Aussagen 'Ich bin der Meinung, dass über die Anliegen von Pflegenden öffentlich viel gesprochen wird' und 'Obwohl ich als pflegende Person in meiner Umgebung viel Anerkennung erfahre, habe ich nicht das Gefühl, dass mir echte Hilfe zuteil wird' eingestuft.

Wenn konkret danach gefragt wird, wie sehr sich die Pflegenden durch die Erwerbsarbeit belastet fühlen, antwortet etwa die Hälfte mit 'mittel' und ein gutes Viertel mit 'stark'. Bis an die Grenzen belastet fühlen sich 17 % der pflegenden Angehörigen, wenig bzw ganz wenig belastet jeweils ca. 4 %.

Abbildung 10

Belastung durch Erwerbsarbeit

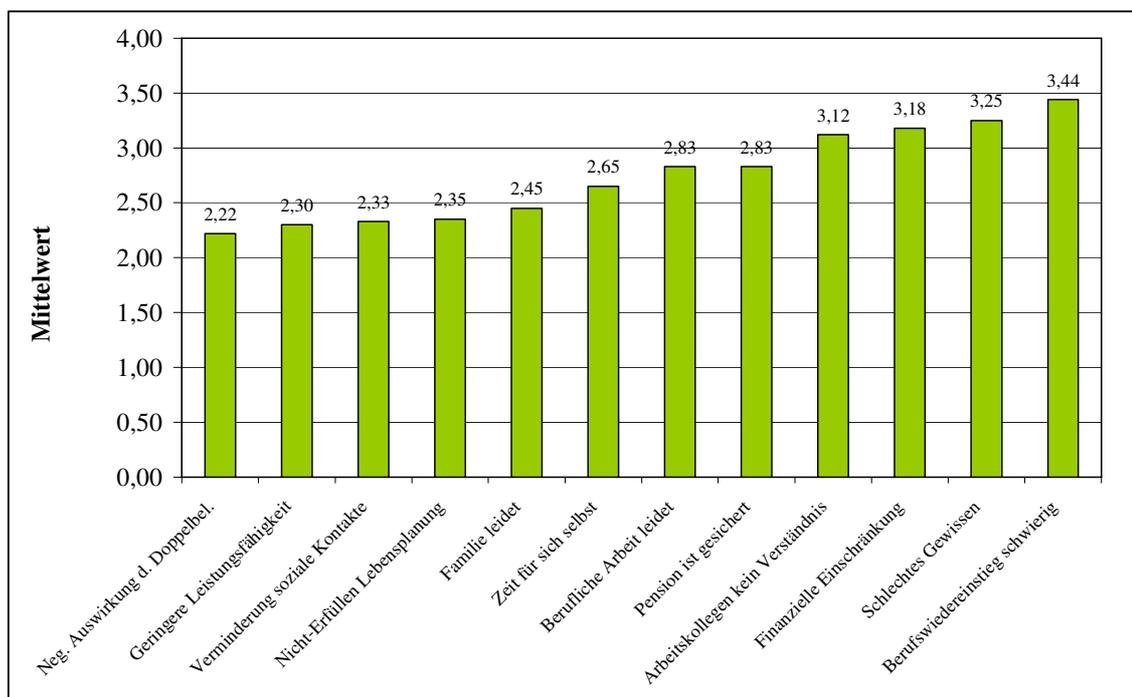


Bei den negativen Auswirkungen der Doppelbelastung von Pflege und Beruf erreichen fünf Aussagen einen mittleren Wert unter 2,5. Es sind dies 'Die Doppelbelastung hat negative Auswirkungen auf meine Gesundheit', 'Ich bin weniger leistungsfähig, weil mir

alles zuviel wird', 'Meine Kontakte zu Freunden, Bekannten, usw. haben sich verringert', 'Meine Lebensplanung lässt sich nicht erfüllen' und 'Meine Familie leidet unter der Situation'. Mittelwerte von über drei und damit nur geringe Zustimmung erhalten im Schnitt die Aussagen 'Durch die verminderte Erwerbstätigkeit muss ich mich finanziell einschränken', 'Ich habe sowohl bei der Arbeit als auch bei der Pflege ein schlechtes Gewissen' und 'Ich habe Angst, dass mir der Wiedereinstieg in den Beruf nach der Pflege nicht möglich ist'.

Abbildung 11

Auswirkungen der Doppelbelastung von Pflege und Erwerbsarbeit



Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Über 60 % der pflegenden Angehörigen erhalten nach eigenen Angaben keine Unterstützung im beruflichen Umfeld bei der Bewältigung von Problemen im Zusammenhang mit der Doppelbelastung von Pflege und Beruf. Ein Viertel gibt an von der FirmenchefIn unterstützt zu werden, 13 % nennen ihre KollegInnen. Die gesetzliche Interessensvertretung wird von keinem der Befragten genannt.

Abbildung 12

Berufliche Unterstützung (pflegender Angehöriger)

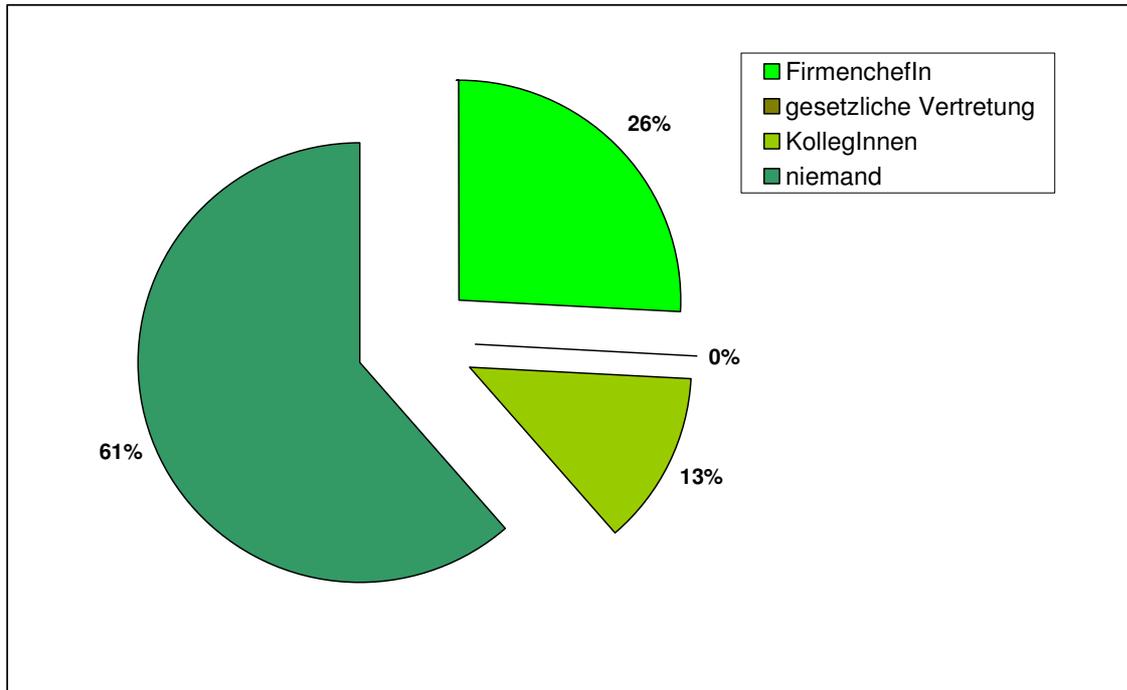
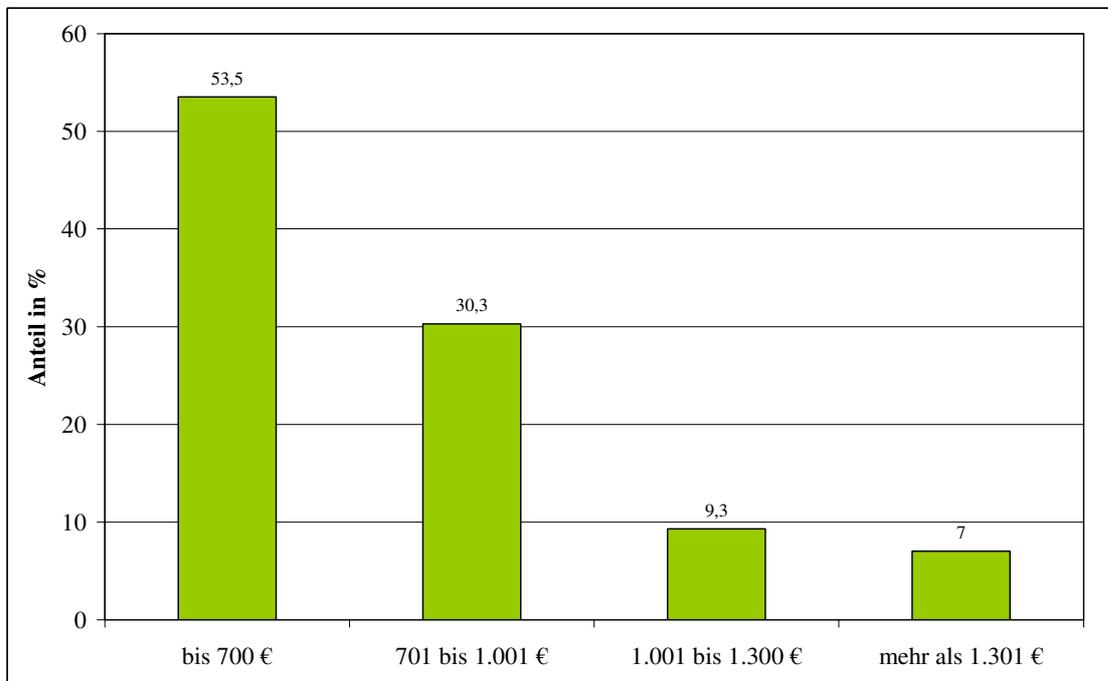


Abbildung 13

Durchschnittliches Monatsnettoeinkommen (pflegender Angehöriger)³⁵



³⁵ Die erfragten Einkommensstufen wurden zusammengefasst und ausgewertet.

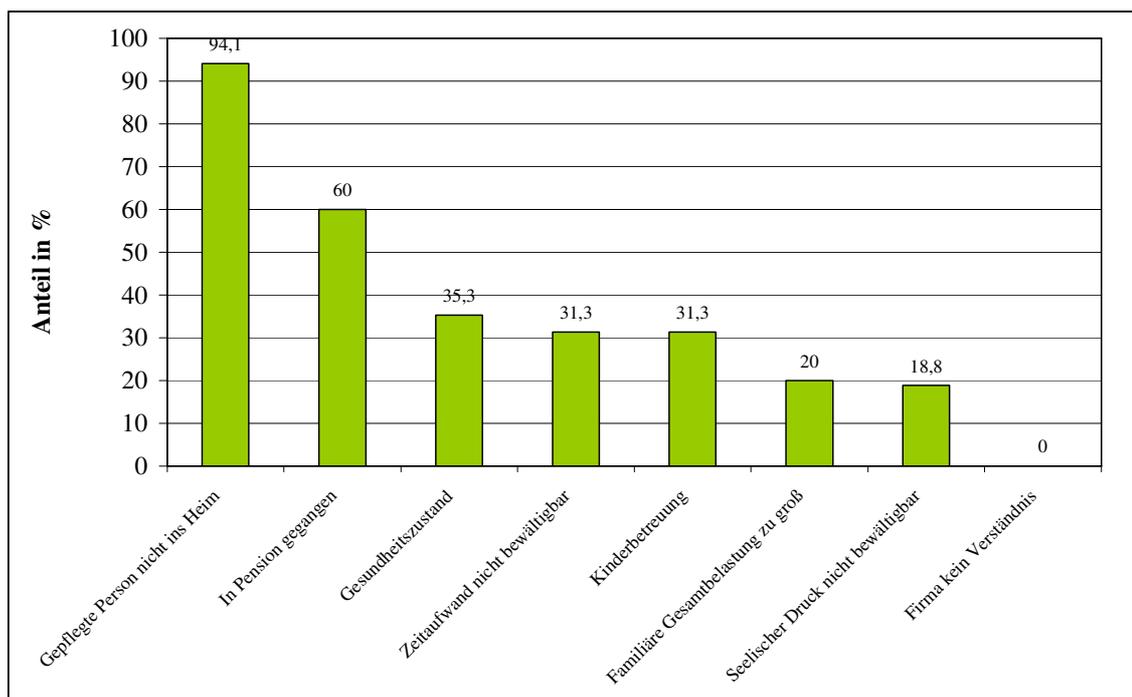
Bei mehr als der Hälfte der pflegenden Angehörigen liegt das durchschnittliche Monatsnettoeinkommen laut eigenen Angaben unter 700 €. Etwa 20 % haben ein Nettoeinkommen von 900 bis 1.000 €, der Rest verteilt sich in etwa gleichmäßig auf die übrigen Kategorien.

Allerdings hat zu dieser Frage nur rund die Hälfte der Befragten Auskunft gegeben. Die angeführten Werte sind daher mit Vorbehalt zu sehen.

Bei der Frage warum die Erwerbstätigkeit reduziert wurde ist die Stichprobengröße noch geringer. Lediglich 16 Personen haben auf diese Frage geantwortet. Die Verteilung für die verschiedenen Aussagen ist in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich.

Abbildung 14

Gründe für die Reduzierung der Erwerbstätigkeit; Anteil der Zustimmung



13.4. CARITAS Heimhilfe

Ein eigener Abschnitt des Fragebogens beschäftigt sich mit der Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit dem CARITAS Dienst „Betreuen und Pflegen zu Hause“. Dabei wurden vier Hauptaspekte, nämlich 'Umgang mit PatientInnen', 'Professionalität',

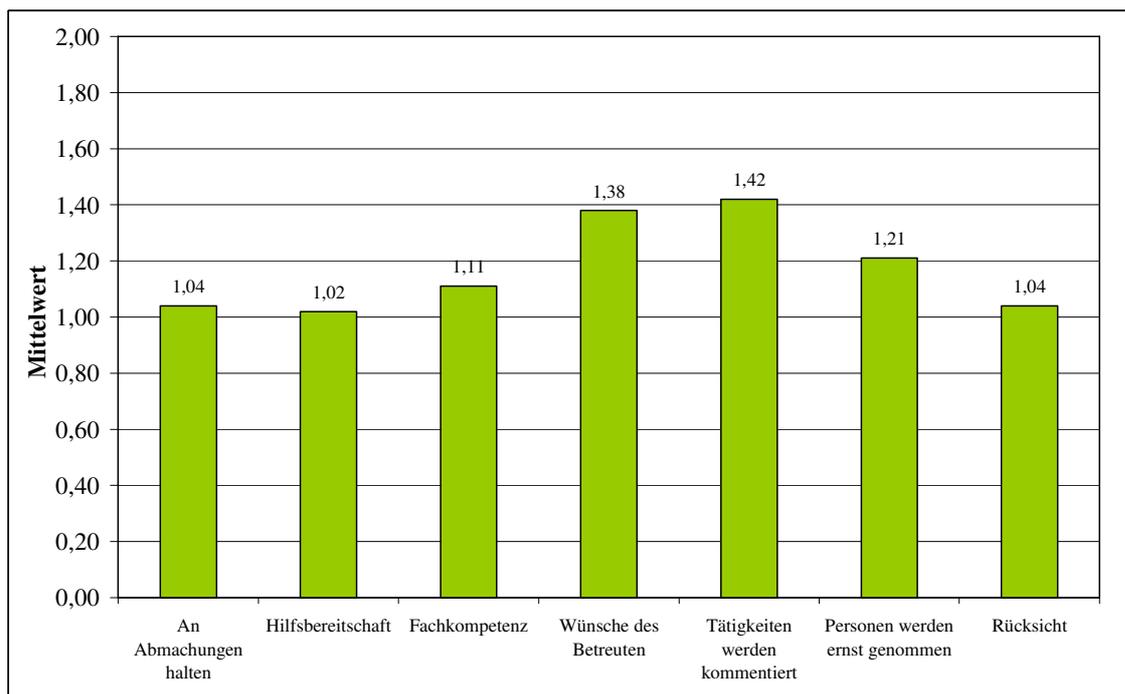
'Fachwissen, Verfügbarkeit und Beschwerden' sowie 'Pflege und Beratung' unterschieden.

Vorweg sei auf die sehr geringe Streuung der Antworten auf diese Fragen hingewiesen. Die meisten Befragten dürften sehr zufrieden mit der Organisation sein, sodass die Durchschnittswerte je nach Formulierung der Frage sehr nahe bei Eins bzw Vier liegen.

In Abbildung 15 sind die Antworten auf die Fragen bezüglich des Umgangs mit PatientInnen dargestellt. Die Befragten sind insgesamt sehr zufrieden damit. Lediglich die Aussage 'Die MitarbeiterInnen des CARITAS Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“ kommentieren ihre Tätigkeiten, was und warum sie etwas machen' wird etwas kritischer beurteilt.

Abbildung 15

Beurteilung des Umgangs mit PatientInnen des CARITAS Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“³⁶



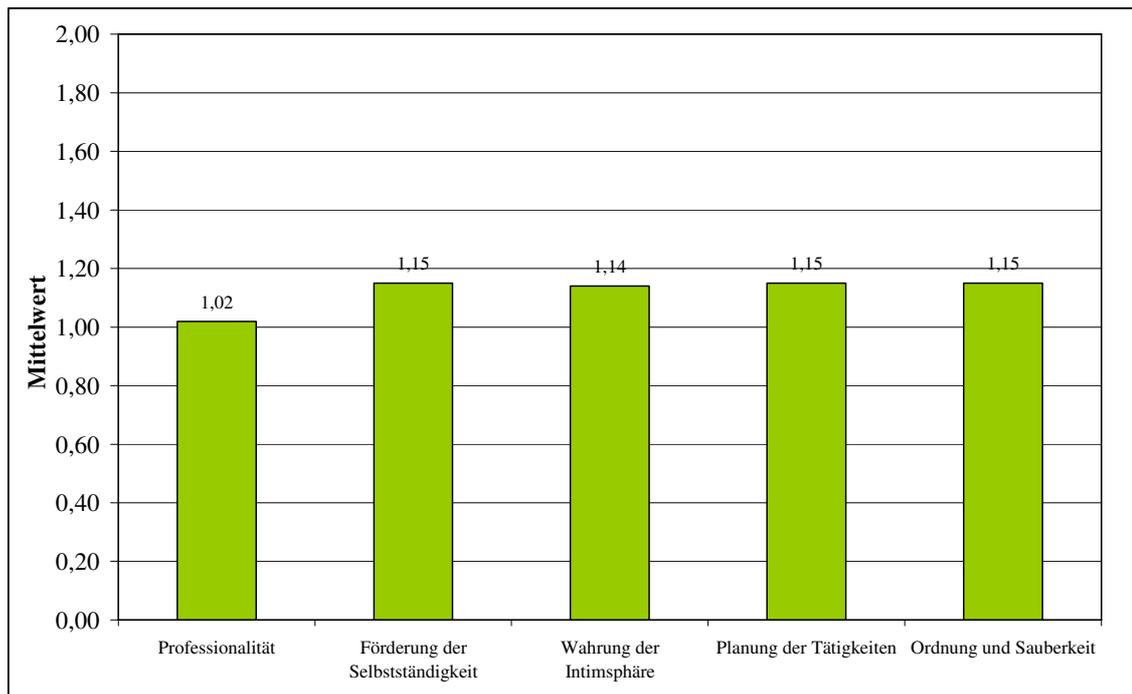
Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

³⁶ Die Variablen „Die MitarbeiterInnen der CARITAS gehen nicht auf die Wünsche des Betreuten und dessen pflegenden Angehörigen ei.“ und „Der Betreute und dessen pflegender Angehörigen werden von den MitarbeiterInnen der CARITAS nicht ernst genommen“ wurden umkodiert.

Auch bei den Fragen zur Professionalität des CARITAS Dienst „Betreuen und Pflegen zu Hause“ gibt es praktisch fast nur positive Rückmeldungen. Dementsprechend nahe liegen die mittleren Antwortausprägungen beim Optimum von Eins bzw Vier (je nach Polung).

Abbildung 16

Beurteilung der Professionalität des CARITAS Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“³⁷

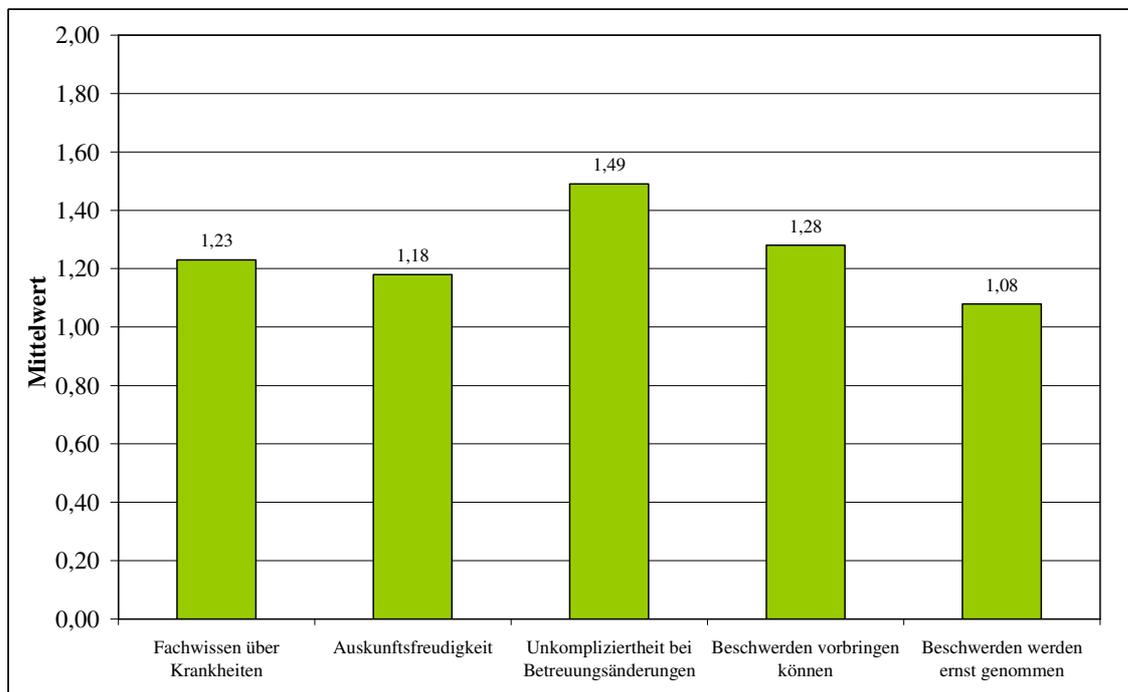


Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

³⁷ Die Variable „Die MitarbeiterInnen der CARITAS haben keine Achtung vor der Intimsphäre des Betreuten“ wurde umkodiert.

Abbildung 17

Beurteilung des Fachwissens, der Verfügbarkeit und Beschwerden des CARITAS



Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“³⁸

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

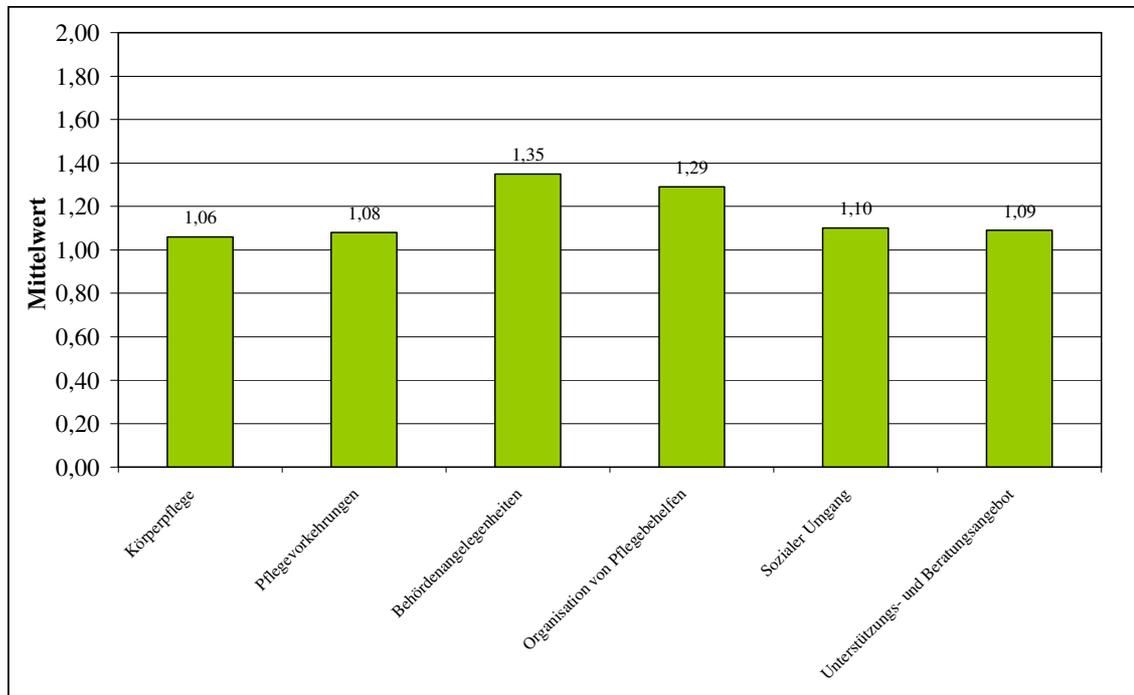
Bei der Beurteilung des Fachwissens, der Verfügbarkeit und Beschwerden des CARITAS Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“ gilt Ähnliches wie bei den ersten beiden Aspekten. Nur bei der Aussage 'Die Umstellung bei Änderungen im Betreuungsbedarf oder bei der Betreuungszeit verläuft kompliziert' ist die Einstellung der Angehörigen etwas kritischer (Abbildung 17).

Schließlich wird auch der Bereich der Pflege und Beratung des CARITAS Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“ von den pflegenden Angehörigen durchwegs positiv bewertet.

³⁸ Die Variable „Die Umstellung bei Änderungen im Betreuungsbedarf oder bei der Betreuungszeit verläuft kompliziert“ wurde umkodiert.

Abbildung 18

Beurteilung der Pflege und Beratung des CARITAS Diensts „Betreuen und Pflegen zu Hause“³⁹



Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

13.5. Faktorenanalysen

In diesem Abschnitt wird versucht für einzelne Frageblöcke bzw Themenbereiche mittels Faktorenanalysen die Informationen auf eine geringere Anzahl an Dimensionen zu reduzieren. Zunächst wird dies für die Gründe der Betreuung versucht.

Um auf die Zahl der Faktoren schließen zu können, gibt es eine Reihe von Gütekriterien, auf Grund derer die Anzahl der Dimensionen abgeleitet werden kann. Der Scree-Plot – hier werden die Eigenwerte grafisch dargestellt – weist einen Knick bei einer Anzahl von vier Faktoren auf. Das Eigenwertkriterium (die Anzahl der Dimensionen entspricht der Anzahl der Eigenwerte, die größer als Eins sind) lässt auf sechs Faktoren schließen. Das 5%-Varianzkriterium (die Anzahl der Dimensionen entspricht der Anzahl der Eigenwerte, die mehr als 5 % der Varianz erklären) wiederum deutet auf eine 8-Faktorenlösung hin.

³⁹ Die Variable „Es gibt Spannungen zwischen dem Betreuten und den MitarbeiterInnen der CARITAS.“ wurde umkodiert.

Aufgrund der uneinheitlichen Ergebnisse der Gütekriterien, wurden mehrere Lösungen für diesen Fragebogenteil berechnet. Schließlich hat sich eine Vier-Faktoren-Lösung als die inhaltlich sinnvollste erwiesen. Die rotierten Ladungen dieser Lösung sind in Tabelle 11 angeführt. Es sind jene Items fett markiert, die auf der jeweiligen Dimension die höchste Ladung aufweisen.

Tabelle 11

Ergebnisse der Faktorenanalyse der Motive zur Ausübung der Betreuung

<u>Item</u>	<u>Faktor 1</u>	<u>Faktor 2</u>	<u>Faktor 3</u>	<u>Faktor 4</u>
Weil ich ihm/ihr gefühlsmäßig nahe stehe	0,76	-0,26	-0,12	-0,26
Weil ich im selben Haushalt wohne	0,32	0,08	0,54	-0,19
Weil es das Umfeld von mir erwartet	-0,09	-0,04	0,57	0,12
Weil die Entfernung für mich geringer ist...	-0,06	-0,08	0,56	-0,20
Weil sich sonst niemand dazu bereit erklärt hat.	-0,30	-0,10	0,46	0,22
Weil ich mit dem Hilfsbedürft. gut umgehen kann.	0,68	0,11	0,20	0,27
Weil ich durch das Betreuen Selbstbestät. erhalte.	0,32	0,67	0,28	-0,16
Weil ich es ihm/ihr versprochen habe.	0,33	0,41	0,05	0,63
Weil sonst keine Angehörigen da sind.	-0,20	0,63	-0,12	0,08
Weil es für mich selbstverständlich ist.	0,77	0,06	-0,32	0,04
Weil der/die Hilfsbedürftige es erwartet.	-0,04	-0,20	-0,10	0,85
Weil ich etwas geerbt bzw etwas erben werde.	-0,26	0,71	-0,29	-0,05
Weil ich mich dazu verpflichtet fühle, Hilfe zu...	0,75	-0,24	-0,02	0,09

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Faktor 1 kann als 'altruistische Motivation' bezeichnet werden. Die Pflege erfolgt hier in erster Linie aus einer gefühlsmäßigen Zuneigung und Verbundenheit zu dem Gepflegten. Die Pflegetätigkeit durch den Angehörigen wird von diesem als selbstverständlich erachtet.

Faktor 2 stellt genau das Gegenteil dar: hier wird die Betreuung durchgeführt, weil sie mit persönlichen Vorteilen verbunden ist oder zumindest mit der Hoffnung auf einen – etwa finanziellen – Vorteil besteht. Dieser Faktor wird daher als 'Egoistische Motivation' bezeichnet.

Auf dem dritten Faktor laden vor allem Items hoch, die als grundlegende Motivation für die Pflege eine geographische Nähe, einen gewissen Druck durch das Umfeld oder mangelnde Alternativen ausdrücken. Der Faktor kann somit als 'Äußere Erwartungshaltung' interpretiert werden.

Schließlich liegt der letzten Dimension ein Versprechen oder eine Wiedergutmachung bzw ein Dank an den Gepflegten zu Grunde, dieser Faktor wird somit als 'moralische Verpflichtung' bezeichnet.

Für die einzelnen Faktoren werden die Durchschnittswerte der zugehörigen Items für die verschiedenen Personen ermittelt, die dann in den weiteren Analysen verwendet werden.

Für den Einfluss der Rahmenbedingungen auf die Doppelbelastung von Pflege und Erwerbstätigkeit lässt sich keine sinnvolle Faktorenstruktur ableiten. Die zu extrahierende Anzahl der Faktoren schwankt zwischen vier und sechs Dimensionen und entspricht damit fast der Anzahl der Items. Eine Zusammenfassung erscheint damit nicht sinnvoll. Es werden in den weiteren Analysen die Einzelitems verwendet.

Für verschiedene Aussagen zu den Auswirkungen der Doppelbelastung von Pflege und Arbeit haben sich zwei Faktoren herauskristallisiert. Die Ladungen der einzelnen Items sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst. Der erste Faktor entspricht weitgehend der psychischen Belastung und den daraus entstehenden negativen Folgewirkungen. Er wird demzufolge als 'psychische Belastung' bezeichnet.

Die zweite Dimension spiegelt die Folgen der schwierigeren beruflichen Situation und den damit verbundenen finanziellen Verlust wider. Dieser Faktor wird 'materielle Belastung' genannt.

Die Items 'Ich habe trotzdem Zeit für mich selbst' und 'Ich muss mir um meine Pension keine Sorgen machen' können keinem der beiden Faktoren zugeordnet werden, das Item 'Ich habe den Eindruck, dass meine Arbeit durch die Pflegebelastung leidet' lädt auf beiden Dimensionen.

Tabelle 12

Ergebnisse der Faktorenanalyse zu den Auswirkungen der Doppelbelastung von Pflege und Arbeit

<u>Item</u>	<u>Faktor 1</u>	<u>Faktor 2</u>
Schlechtes Gewissen bei der Pflege und der Arbeit	0,70	0,20
Negative Auswirkung auf die Gesundheit durch Doppelbelastung	0,77	0,30
Geringere Leistungsfähigkeit	0,80	0,28
Zeit für sich selbst	-0,31	-0,45
Berufliche Arbeit leidet unter der Pflegearbeit	0,65	0,52
Nicht-Erfüllen der Lebensplanung	0,40	0,70
Berufswiedereinstieg nach der Pflege schwierig	0,14	0,80
Finanzielle Einschränkung durch verminderte Berufstätigkeit	0,07	0,72
Arbeitskollegen kein Verständnis für die Pflegesituation	0,59	-0,36
Pension ist gesichert	0,27	0,18
Familie leidet unter der Doppelbelastung	0,76	0,16
Verminderung der sozialen Kontakte	0,80	0,34

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Die Fragen an Versuchspersonen, die nicht mehr erwerbstätig sind oder ihre Erwerbstätigkeit reduziert haben, können auf Grund der geringen Stichprobengröße faktorenanalytisch nicht untersucht werden. Es wurde die mittlere Summe der Items als eine Art Generalfaktor für die Gründe der Verminderung der Erwerbstätigkeit berechnet.

13.6. Deskriptive Befunde zu den Untersuchungsvariablen

Für die aus den Faktorenanalysen abgeleiteten Dimensionen wurden die Summenwerte gebildet und durch die Anzahl der jeweiligen Items dividiert. Weiters wurden für die Fragen zur Verminderung der Erwerbstätigkeit bzw zu dem CARITAS Dienst „Betreuen und Pflegen zu Hause“ die entsprechenden Durchschnittswerte berechnet. Die wichtigsten Kennwerte für diese Skalen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 13

Deskriptive Kennwerte der Skalen der einzelnen Fragebogenabschnitte

<u>Skala</u>	<i>Items</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Altruistische Motivation	4	60	1,49	1,25	0,55	1	3,25
Egoistische Motivation	3	54	3,12	3,33	0,78	1	4
Äußere Erwartungshaltung	4	54	2,28	2,25	0,82	1	4
Moralische Verpflichtung	2	61	2,11	2,00	0,86	1	4
Psychische Belastung	7	35	2,79	2,57	0,82	1,29	4
Materielle Belastung	4	35	3,06	3,00	0,80	1,25	4
Verminderung Erwerbstätigkeit	7	13	1,62	1,62	0,25	1,14	2
CARITAS - Umgang mit Patienten	7	71	1,18	1,18	0,25	1	2,14
CARITAS - Professionalität	5	71	1,11	1,11	0,20	1	1,80
CARITAS - Fachwissen, Verfügbarkeit	5	68	1,24	1,24	0,46	1	4
CARITAS - Pflege und Beratung	6	70	1,17	1,20	0,42	1	2,67

14. Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen

Nunmehr wird über die deskriptive Beschreibung der Ergebnisse im vorigen Abschnitt hinaus untersucht, ob sich statistisch nachweisbare Unterschiede bzw Zusammenhänge für verschiedene Merkmale bezüglich der pflegerischen Tätigkeit von Angehörigen nachweisen lassen.

14.1. Pflegebetreuung

In diesem Abschnitt werden zunächst allgemeine Hypothesen über den Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen der Pflegebetreuung formuliert. Die generelle Fragestellung dazu lautet:

Fragestellung 1:

Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Pflegebedürftigkeit, dem Pflegeaufwand, der Unterstützung und der Schwere der Beeinträchtigung?

Daraus werden zunächst die folgenden beiden Hypothesen im Zusammenhang mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit abgeleitet.

Hypothese 1.1:

Je länger die gepflegte Person pflegebedürftig ist, desto mehr Pflegeaufwand gibt es.

Hypothese 1.2:

Je länger die gepflegte Person pflegebedürftig ist, desto mehr Beeinträchtigungen gibt es.

Zunächst wurden für die Dauer der Pflegebedürftigkeit zwei Gruppen gebildet (weniger als drei Jahre bzw mehr als drei Jahre Pflegebedürftigkeit). Danach wurde mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft, inwieweit sich die Mittelwerte des Pflegeaufwands für die verschiedenen Beeinträchtigungen zwischen den beiden Gruppen voneinander unterscheiden. Ein statistisch signifikanter Unterschied kann lediglich für den Pflegeaufwand bei einer psychischen Beeinträchtigung nachgewiesen werden. Entgegen der Erwartung ist allerdings der durchschnittliche Pflegeaufwand bei Personen, die schon länger als drei Jahre betreuungsbedürftig sind geringer als bei Personen, deren Pflegebedürftigkeit unter drei Jahren liegt.

Tabelle 14

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich des Pflegeaufwands nach der Dauer der Pflegebedürftigkeit

<u>Pflegeaufwand</u>	<i>Dauer Pflegebedürftigkeit</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>unter 3 Jahre</i>			<i>mehr als 3 Jahre</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
körperliche Beeinträchtigung	31	1,39	0,76	49	1,49	0,82	0,56	.576
Sinnesbeeinträchtigung	27	2,52	1,05	48	2,35	1,02	0,66	.510
chronische Krankheit	27	2,70	1,20	44	2,73	1,23	0,08	.937
allgemeine Schwäche	29	1,83	0,76	50	1,86	0,97	0,15	.878
psychische Beeinträchtigung	27	2,26	1,10	45	2,82	0,96	2,28	.025
Verwirrtheit / Vergesslichkeit	29	1,93	1,10	47	2,28	1,08	1,35	.182
Weglaufen	23	3,65	0,78	42	3,76	0,79	0,54	.592

Antwortkategorien: 1=sehr viel, 2=mittel, 3=wenig, 4=keinen

Hypothese 1.3:

Je länger die gepflegte Person pflegebedürftig ist, desto mehr Unterstützung erfährt sie.

Bei der erhaltenen Unterstützung gibt es für zwei Bereiche bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Personen, die schon mehr als drei Jahre betreuungsbedürftig sind, erhalten – entgegen der Erwartung - bei den Kategorien 'Gesellschaft leisten' und 'Pflege von Blumen/Garten' deutlich weniger Unterstützung als Betreuungsbedürftige, deren Pflegebedürftigkeit noch nicht so lange dauert. Bei der Körperpflege gibt es zumindest der Tendenz nach auch mehr Unterstützung für Personen, die noch nicht so lange pflegebedürftig sind.

Tabelle 15

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der benötigten Unterstützung nach der Dauer der Pflegebedürftigkeit

<u>Unterstützung</u>	<i>Dauer Pflegebedürftigkeit</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>unter 3 Jahre</i>			<i>mehr als 3 Jahre</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Einkaufen gehen	31	1,13	0,34	54	1,20	0,41	0,86	.391
Essen kochen	31	1,19	0,40	54	1,24	0,43	0,50	.620
Wäsche bügeln	31	1,13	0,34	54	1,15	0,36	0,24	.810
Körperpflege	31	1,13	0,34	54	1,30	0,46	1,76	.082
Wohnraum putzen	31	1,10	0,30	54	1,19	0,39	1,08	.281
Bewegung im Wohnraum	31	1,45	0,51	54	1,61	0,49	1,42	.158
Bewegung außerhalb Wohnraum	31	1,35	0,49	54	1,46	0,50	0,96	.337
Gesellschaft leisten	31	1,16	0,37	54	1,37	0,49	2,06	.042
Pflege von Blumen/Garten	31	1,32	0,48	54	1,61	0,49	2,63	.010
Pflege von Haustieren	31	1,65	0,49	54	1,81	0,39	1,76	.083

Antwortkategorien: 1=ja, 2=nein

Hypothese 1.4:

Je höher das Lebensalter der gepflegten Person ist, desto höher ist die Pflegestufe.

Auf Grund der Verteilung des Alters der gepflegten Personen (sehr geringe Besetzung der Altersklassen unter 70 Jahre) werden zwei Altersgruppen gebildet (unter 80 Jahre, älter als 80 Jahre) und mit der Pflegestufe in Beziehung gesetzt. Der Chi-Quadrat-Test ergibt jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen.

Tabelle 16

Häufigkeitsverteilung Lebensalter und Pflegestufe

Pfleigestufe	Lebensalter					
	unter 80 Jahre		mehr als 80 Jahre		Gesamt	
	N	in %	N	in %	N	in %
1	0	0,0	3	6,3	3	4,0
2	1	3,7	3	6,3	4	5,3
3	6	22,2	10	20,8	16	21,3
4	11	40,7	12	25,0	23	30,7
5	3	11,1	14	29,2	17	22,7
6	0	0,0	2	4,2	2	2,7
7	5	18,5	4	8,3	9	12,0
8	1	3,7	0	0,0	1	1,3

$\chi^2(7)=10,19, p=.178$

14.2. .Motivation zur Pflege

Im Abschnitt 3.5 konnten für die Motive der pflegenden Angehörigen Betreuungsarbeit zu leisten, vier Faktoren ermittelt werden. In der Folge wird geprüft, ob sich diese Motive in Bezug auf verschiedene Merkmale der pflegenden Personen voneinander unterscheiden.

Fragestellung 2:

Inwieweit unterscheidet sich die Motivation zur Pflege in Bezug auf verschiedene Merkmale?

Hypothese 2.1:

Die Motivation zur Pflege unterscheidet sich nicht nach dem Geschlecht der pflegenden Person.

Für die Dimension 'äußere Erwartungshaltung' kann ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Pflegenden nachgewiesen werden. Weibliche Angehörige fühlen sich offenbar mehr von außen unter Druck gesetzt die Betreuung zu übernehmen als männliche Pflegepersonen.

Tabelle 17

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der Motivation zur Pflege nach dem Geschlecht

<u>Faktor</u>	<i>Geschlecht</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>weiblich</i>			<i>männlich</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Altruistische Motivation	43	1,51	0,56	17	1,46	0,55	0,31	.755
Egoistische Motivation	39	3,05	0,80	15	3,31	0,71	1,10	.276
Äußere Erwartungshaltung	38	2,13	0,77	16	2,64	0,84	2,19	.033
Moralische Verpflichtung	43	2,14	0,90	18	2,06	0,78	0,35	.731

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Hypothese 2.2:

Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Motivation zur Pflege und dem Alter der pflegenden Person.

Zwischen dem Alter der pflegenden Personen und der altruistischen Motivation besteht ein hoher Zusammenhang. Je älter die pflegende Person, desto selbstloser und uneigennütziger sind deren Motive für die Betreuung.

Tabelle 18

Korrelationen der Motivation zur Pflege mit dem Alter der pflegenden Personen

<u>Faktor</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Altruistische Motivation	58	-.47***
Egoistische Motivation	55	.17
Äußere Erwartungshaltung	53	.07
Moralische Verpflichtung	56	-.25

*** $p < .001$

Hypothese 2.3:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Motivation zur Pflege und dem Schweregrad der Pflege.

Zwischen den Motiven einen Angehörigen zu pflegen und dem Schweregrad der Pflege kann kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Tabelle 19

Korrelationen der Motivation zur Pflege mit der Pflegestufe der betreuten Person

<u>Faktor</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Altruistische Motivation	54	-.02
Egoistische Motivation	48	.08
Äußere Erwartungshaltung	49	-.14
Moralische Verpflichtung	54	.04

Hypothese 2.4:

Die Motivation zur Pflege unterscheidet sich nach der Dauer der Pflege.

Auch bezüglich der Dauer der Pflege durch den Angehörigen kann für die verschiedenen Motive eine Betreuung zu leisten, kein Mittelwertsunterschied mit der statistisch notwendigen Sicherheit zwischen den beiden Gruppen nachgewiesen werden.

Tabelle 20

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der Motivation zur Pflege nach der Dauer der Pflege

<u>Faktor</u>	<i>Dauer der Pflege</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>weniger als 3 Jahre</i>			<i>mehr als 3 Jahre</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Altruistische Motivation	25	1,52	0,63	35	1,47	0,49	0,33	.739
Egoistische Motivation	22	3,09	0,84	32	3,15	0,74	0,25	.802
Äußere Erwartungshaltung	23	2,24	0,69	31	2,31	0,91	0,30	.768
Moralische Verpflichtung	25	1,94	0,82	36	2,24	0,87	1,33	.187

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Hypothese 2.5:

Die Motivation zur Pflege unterscheidet sich nach der Erwerbstätigkeit der pflegenden Person.

Bei pflegenden Angehörigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist die altruistische Motivation für die Betreuung nicht so stark ausgeprägt wie bei den Personen, die nicht erwerbstätig sind.

Tabelle 21

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der Motivation zur Pflege nach der Erwerbstätigkeit

<u>Faktor</u>	<i>Erwerbstätigkeit während der Pflege</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>ja</i>			<i>nein</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Altruistische Motivation	45	1,59	0,56	15	1,18	0,39	2,63	.011
Egoistische Motivation	42	3,02	0,80	12	3,47	0,61	1,80	.078
Äußere Erwartungshaltung	41	2,30	0,82	13	2,21	0,85	0,33	.742
Moralische Verpflichtung	45	2,22	0,84	16	1,81	0,85	1,66	.101

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist statistisch signifikant. Darüber hinaus gibt es tendenzielle Unterschiede für die Faktoren 'egoistische Motivation' und 'moralische Verpflichtung'. Demnach sind egoistische Motive bei den Erwerbstätigen stärker ausgeprägt als bei den Nicht-Erwerbstätigen, die sich wiederum der Tendenz nach moralisch mehr verpflichtet fühlen ihre Angehörigen zu pflegen, als die Personen der anderen Gruppe.

Hypothese 2.6:

Die Motivation zur Pflege unterscheidet sich nach dem Wohnort der pflegenden Person. Pflegende, die im gleichen Haushalt leben wie der/die Gepflegte, haben eher altruistische Motive als Pflegende, die nicht im gleichen Haushalt wohnen.

Hypothese 2.7:

Die Motivation zur Pflege unterscheidet sich nach dem Wohnort der pflegenden Person. Pflegende, die im gleichen Haushalt leben wie der/die Gepflegte unterliegen einem höheren Erwartungsdruck von außen, als Pflegende, die nicht im gleichen Haushalt wohnen.

Die beiden obigen Hypothesen können anhand der vorliegenden Stichprobe bestätigt werden, wie in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich ist. Sowohl die altruistische Motivation als auch die Pflege auf Grund äußerer Erwartungshaltung ist bei pflegenden Angehörigen, die im gleichen Haushalt leben wie die gepflegten Personen, stärker ausgeprägt als bei den Pflegenden, die nicht im gleichen Haushalt leben. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind statistisch hochsignifikant.

Tabelle 22

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der Motivation zur Pflege nach dem Wohnort

<u>Faktor</u>	<i>Pflegende und Pfleger im gleichen Haushalt?</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>ja</i>			<i>nein</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Altruistische Motivation	31	1,29	0,35	29	1,71	0,64	3,08	.004
Egoistische Motivation	24	3,17	0,66	30	3,09	0,87	0,36	.719
Äußere Erwartungshaltung	26	1,96	0,90	28	2,57	0,62	2,92	.005
Moralische Verpflichtung	31	2,05	0,89	30	2,18	0,84	0,61	.743

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

14.3. Doppelbelastung durch Arbeit und Pflege

In diesem Abschnitt wird speziell auf die Problematik der Doppelbelastung durch Pflege und Erwerbstätigkeit eingegangen.

Fragestellung 3:

Inwieweit unterscheidet sich das Ausmaß und die Art der Belastung durch Arbeit und Pflege in Bezug auf verschiedene Merkmale?

Hypothese 3.1:

Pflegende Angehörige, die mit der Erwerbs- und Pflegearbeit stark belastet sind, erfahren auch weniger Unterstützung durch die Familie.

Neben der geringeren Unterstützung durch die Familie werden auch noch andere Belastungsfaktoren durch verschiedene Rahmenbedingungen mit der erlebten Belastung durch die Erwerbsarbeit in Beziehung gesetzt. Die Korrelationen zwischen den verschiedenen Merkmalen sind in der Tabelle 23 zusammengefasst.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang kann jedoch nur für die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegende mit der Belastung durch die Erwerbsarbeit nachgewiesen werden. Je weniger sich die pflegenden Angehörigen belastet fühlen, umso eher geben sie an, dass sich die Rahmenbedingungen für Pflegende in den letzten Jahren verbessert haben.

Tabelle 23

Korrelationen der Belastung durch Erwerbsarbeit und verschiedenen Rahmenbedingungen

<u>Aussage</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Vereinbarung von Pflege und Betreuung	41	.17
Unterstützung bei der Pflege durch die Familie	46	-.26
Trotz Anerkennung durch die Umgebung, keine Hilfe spürbar	43	-.02
Anliegen der Pflegenden in der Öffentlichkeit viel besprochen	44	-.17
Politische Maßnahmen für pflegende Angehörige fehlen	45	-.09
Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegende	46	-.34*
Pflege von Angehörigen in Zukunft rückgängig	45	.04

* $p < .05$

Hypothese 3.2:

Je mehr Stunden in der Woche gearbeitet werden, desto mehr fühlen sich die Betroffenen belastet.

Zwischen dem Beschäftigungsausmaß und der Belastung durch die Erwerbsarbeit kann anhand der vorliegenden Stichprobe kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden.

Tabelle 24

Korrelationen der Belastung durch Erwerbsarbeit und der Arbeitszeit

	<i>N</i>	<i>r</i>
Arbeitszeit	36	.20

Hypothese 3.3:

Die Art der Erwerbstätigkeit hängt mit dem Empfinden gegenüber der öffentlichen Meinung über Pflege zusammen.

Hypothese 3.4:

Die Art der Erwerbstätigkeit hängt mit der Unterstützung aus dem beruflichen Umfeld zusammen.

Diese beiden Hypothesen können mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, da die Ausprägungen für die Art der Erwerbstätigkeit zu gering besetzt sind.

Hypothese 3.5:

Das Ausmaß und die Art der Belastung durch Arbeit und Pflege unterscheiden sich nicht nach dem Geschlecht der pflegenden Person

Wie in Abschnitt 3.5 ausgeführt, wurden für die Doppelbelastung durch Pflege und Beruf zwei Dimensionen bestimmt. Für diese beiden Faktoren, die psychische und die materielle Belastung, wird in der Folge für verschiedene Merkmale überprüft, ob sich Unterschiede bzw Zusammenhänge nachweisen lassen.

In Tabelle 25 ist die durchschnittliche Belastung nach dem Geschlecht der pflegenden Angehörigen angeführt. Beide Belastungsfaktoren sind bei den weiblichen UntersuchungsteilnehmerInnen deutlich höher als bei den männlichen Pflegepersonen. Bei der materiellen Belastung ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen statistisch signifikant, bei der psychischen Belastung kann zumindest der Tendenz nach ($p < .10$) ein Mittelwertsunterschied nachgewiesen werden. Insgesamt fühlen sich demnach Frauen durch die Arbeit und Pflege deutlich belasteter als Männer.

Tabelle 25

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der Belastung durch Arbeit und Pflege nach dem Geschlecht

<u>Faktor</u>	<i>Geschlecht</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>weiblich</i>			<i>männlich</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Psychische Belastung	28	2,66	0,81	7	3,31	0,73	1,92	.063
Materielle Belastung	25	2,88	0,77	10	3,50	0,71	2,20	.035

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Hypothese 3.6:

Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß und der Art der Belastung durch Arbeit und Pflege und dem Alter der pflegenden Person.

Auch für das Alter der Pflegenden kann ein Zusammenhang mit dem Ausmaß der Belastung gefunden werden, allerdings hier nur mit der materiellen Belastung. Je höher das Alter der pflegenden Angehörigen, umso geringer wird die materielle bzw berufliche Belastung empfunden.

Tabelle 26

Korrelationen der Belastung durch Arbeit und Pflege mit dem Alter der pflegenden Personen

<u>Faktor</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Psychische Belastung	58	.17
Materielle Belastung	56	.33*

* $p < .05$

Hypothese 3.7:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß und der Art der Belastung durch Arbeit und Pflege und dem Schweregrad der zu pflegenden Person.

Inwieweit hier ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Merkmalen besteht, wurde mittels einer Korrelation überprüft. In der folgenden Tabelle ist zu erkennen, dass für die psychische Belastung ein Zusammenhang mit dem Schweregrad der zu pflegenden Person besteht. Je höher die Pflegestufe, umso höher ist die psychische Belastung des pflegenden Angehörigen.

Tabelle 27

Korrelationen der Belastung durch Arbeit und Pflege mit der Pflegestufe der betreuten Person

<u>Faktor</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Psychische Belastung	54	-.34*
Materielle Belastung	54	-.11

* $p < .05$

Hypothese 3.8:

Das Ausmaß und die Art der Belastung durch Arbeit und Pflege unterscheiden sich nach der Dauer der Pflege.

Für die bisherige Dauer der Pflege durch die Angehörigen kann weder für die psychische noch für die materielle/berufliche Belastung ein Mittelwertsunterschied nachgewiesen werden.

Tabelle 28

Mittelwerte und Ergebnisse des t-Tests bezüglich der Belastung durch Arbeit und Pflege nach der Dauer der Pflege

<u>Faktor</u>	<i>Dauer der Pflege</i>						<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>weniger als 3 Jahre</i>			<i>mehr als 3 Jahre</i>				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Psychische Belastung	14	2,65	0,78	21	2,88	0,85	0,81	.423
Materielle Belastung	13	2,81	0,94	22	3,20	0,68	1,45	.157

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

Hypothese 3.9:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß und der Art der Belastung durch Arbeit und Pflege und der wöchentlichen Arbeitszeit der pflegenden Person.

Auch zwischen dem Ausmaß der Belastung und der wöchentlichen Arbeitszeit kann kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Es besteht lediglich eine Tendenz zu einer stärkeren materiellen/beruflichen Belastung, je niedriger die wöchentliche Arbeitszeit der Personen ist.

Tabelle 29

Korrelationen der Belastung durch Arbeit und Pflege mit der wöchentlichen Arbeitszeit

<u>Faktor</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Psychische Belastung	31	-.02
Materielle Belastung	29	-.29

Hypothese 3.10:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß und der Art der Belastung durch Arbeit und Pflege und dem Einkommen der pflegenden Person.

Eine statistisch signifikante Korrelation besteht zwischen der materiellen/beruflichen Belastung durch Arbeit und Pflege und dem Einkommen der pflegenden Angehörigen. Je höher das Einkommen der Person ist, umso geringer ist die erlebte materielle Belastung.

Tabelle 30

Korrelationen der Belastung durch Arbeit und Pflege mit dem Einkommen der pflegenden Person

<u>Faktor</u>	<i>N</i>	<i>r</i>
Psychische Belastung	28	.07
Materielle Belastung	28	.41*

* $p < .05$

Hypothese 3.11:

Das Ausmaß der Unterstützung durch die Familie unterscheidet sich nach der Pflegestufe.

Inwieweit sich die Unterstützung durch die Familie nach der Pflegestufe unterscheidet, wurde mittels einer einfachen Varianzanalyse mit der Pflegestufe als Gruppenfaktor und dem Ausmaß der Unterstützung als abhängige Variable untersucht. Zwischen den einzelnen Gruppen kann jedoch kein statistisch bedeutsamer Mittelwertsunterschied nachgewiesen werden ($F=1,17$ $p=.338$).

Tabelle 31

Mittelwerte bezüglich der Unterstützung durch die Familie nach der Pflegestufe

<u>Pflegestufe</u>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
2	4	1,75	0,50
3	13	1,77	0,83
4	15	2,20	0,94
5	12	1,50	0,80
6	2	2,00	0,00
7	4	1,50	0,58

Antwortkategorien: 1=trifft sehr zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft wenig zu, 4=trifft nicht zu

14.4. Determinanten für das Ausmaß der erlebten Doppelbelastung durch Arbeit und Pflege

In diesem Abschnitt soll noch einmal zusammenfassend geprüft werden, welche Faktoren einen Einfluss auf die Doppelbelastung durch Arbeit und Familie ausüben.

Fragestellung 4: Welche Merkmale sind für das Ausmaß der Doppelbelastung durch Arbeit und Pflege entscheidend?

Dazu eignet sich das Verfahren der Regressionsanalyse, bei der die Variation einer abhängigen Variable durch mehrere unabhängige Variable erklärt werden soll. Als abhängige Variable werden in der vorliegenden Untersuchung die psychische bzw die materielle/berufliche Belastung durch Arbeit und Pflege untersucht, als Prädiktoren werden verschiedene Motive der Betreuung, das Geschlecht und das Alter der pflegenden Angehörigen, die Dauer der Betreuung, das Ausmaß der Erwerbstätigkeit und der Schweregrad der Pflege herangezogen.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse für die psychische Belastung zusammengefasst. Zunächst kann die Regressionsanalyse insgesamt als signifikant bezeichnet werden. Es werden immerhin durch die in das Modell aufgenommenen Parameter 55 % der Varianz der abhängigen Variablen erklärt.

Die beiden wichtigsten Einflussfaktoren sind dabei der Faktor 'äußere Erwartungshaltung' und der Schweregrad der Pflege. Je stärker die Betreuung der Pflege auf Grund einer Erwartungshaltung von anderen erfolgt, desto stärker ist die psychische Belastung für die pflegenden Angehörigen. Auch mit höherer Pflegestufe steigt der Grad der erlebten psychischen Belastung an.

Für den Faktor der moralischen Verpflichtung gilt der Tendenz nach, dass mit höherer Ausprägung dieser Dimension auch die psychische Belastung für die Pflegenden ansteigt.

Tabelle 32

Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Abhängigkeit der psychischen Belastung von Arbeit und Pflege von verschiedenen Parametern

<u>Variable</u>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>
Altruistische Motivation	-0,02	0,27	-0,02
Egoistische Motivation	0,20	0,21	0,18
Äußere Erwartungshaltung	0,43	0,18	0,45*
Moralische Verpflichtung	0,32	0,17	0,36 ⁺
Dauer der Betreuung	-0,04	0,11	-0,07
Ausmaß Erwerbstätigkeit	0,02	0,10	0,04
Pflegestufe	-0,21	0,11	-0,33⁺
Geschlecht (Pfleger)	-0,02	0,44	-0,01
Alter (Pfleger)	0,02	0,02	0,22

Anmerkungen: $R^2 = .55$

⁺p < .05, *p < .10

Auch für die materielle/berufliche Belastung durch Arbeit und Pflege wurde eine Regressionsanalyse berechnet. Allerdings kann hier im Gegensatz zur psychischen Belastung kein signifikantes Ergebnis erzielt werden. Die Variation der materiellen Belastung der pflegenden Angehörigen kann durch die vorliegenden Parameter nicht hinreichend erklärt werden.

15. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Es werden nun die Ergebnisse der Umfrage diskutiert und näher erläutert und zum anderen teilweise mit den Ergebnissen des Berichts „Situation pflegender Angehöriger“⁴⁰ des BMSK verglichen.

15.1. Geschlecht der pflegenden Angehörigen

Wie eine österreichweite Betrachtung der Angehörigen im Hinblick auf Geschlecht zeigt, ist auch bei dieser Umfrage der überwiegende Teil weiblich. Die Pflege und Betreuung eines Nahestehenden ist in den Familien die Aufgabe der Frauen. Dies kann vor allem in ländlichen Gegenden wie dem Waldviertel daher rühren, dass die Familiensituation aus einem erwerbstätigen Mann und einer Hausfrau besteht. Dass eine anstehende Pflege eines Elternteils oder eines Schwiegerelternteils von der Person übernommen wird, die zu Hause ist, liegt nahe.

Erwähnenswert ist auch, dass, wenn der Ehemann Betreuung benötigt – aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung ist dies meist der Fall, dass der Mann früher ins pflegebedürftige Alter kommt – die Ehefrau diese Tätigkeiten übernimmt.

15.2. Alter der pflegenden Angehörigen

Der Durchschnittsalter bei den pflegenden Angehörigen beträgt bei der Umfrage 57 Jahre (österreichweit: 58 Jahre) bei den Frauen und bei den Männern 63 Jahre (österreichweit: 61 Jahre). Auch hier wiederum sind die Auswertungen einigermaßen gleichzusetzen. Männer stehen später für die Pflege eines Angehörigen zur Verfügung als die Frauen, aus dem Grund, dass sie die Betreuungsarbeit weniger mit der Berufstätigkeit vereinbaren können und erst im Pensionsalter die Betreuung übernehmen.

Dennoch der überwiegende Teil der Pflegenden sind Frauen unter 50 Jahren bzw zwischen 50 und 60 Jahren, also jene, die einen Eltern- oder Schwiegerelternanteil betreuen.

⁴⁰ BMSK (2005: 11ff)

Das Alter des Angehörigen ist aber auch entscheidend für das Einfühlen in eine Pflegesituation: Je älter der Angehörige ist, desto besser kann er sich in eine Pflegesituation hineinversetzen. Menschen, die in ihrer Lebensmitte stehen, haben Ziele und Wünsche, die auf Grund einer Übernahme der Pflege plötzlich verschoben oder gar aufgegeben werden müssen.

15.3. Schulbildung der pflegenden Angehörigen

Schwach die Hälfte der Befragten gab als höchste abgeschlossene Schulbildung den Abschluss der Hauptschule an. Jeweils zwei Fünftel schlossen eine Lehre oder eine Fachschule ab. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen der BMSK-Umfrage. Die Pflege eines Menschen in häuslicher Umgebung bzw in der Familie übernehmen jene Angehörigen aus den eher niedrigen beruflichen Stellungen, wo sich die Pflege- und Berufstätigkeit leichter vereinbaren lässt – aber auch wegen den finanziellen Überlegungen und Aufwendungen, die zB für ein Heim nicht erbracht werden können.

15.4. Familienverhältnis zur gepflegten Person

Hier zeigt die vorliegende Umfrage einen Unterschied zu den österreichweiten Daten. In Österreich steht der überwiegende Teil der Hauptbetreuungspersonen im Partnerverhältnis, dh, dass die Mehrheit der pflegenden Angehörigen ihren Partner oder ihre Partnerin betreut. Erst an zweiter Stelle stehen die Söhne und Töchter, die ihre Eltern pflegen.

Bei der vorliegenden Umfrage ist es umgekehrt: mehr als zwei Drittel geben an die (Schwieger-)Eltern oder einen (Schwieger-)Elternteil zu betreuen. Auch hier sind es wieder die (Schwieger-)Töchter, die den Großteil der Pfllegetätigkeiten ausführen. Es scheint, dass, wenn sich ein Pflegefall in der Familie anbahnt, die Töchter diejenigen sind, die nur eine geringe Entscheidungs- bzw eine noch viel geringe Wahlfreiheit haben und damit die Pflege ohne bewusstes Ausmaß der Konsequenzen übernehmen. Das Pflichtgefühl gegenüber dem (Schwieger-)Elternteil ist hier prägend.

15.5. Wohnsituation

Knapp über die Hälfte der pflegenden Angehörigen wohnen mit dem Betreuten oder der Betreuten in einem gemeinsamen Haushalt. In der ländlichen Gegend ist das üblich. Hier wohnen die Menschen überwiegend in Häusern, die genug Platz für eine „Großfamilie“ haben. Nicht zu vergessen ist, dass knapp die Hälfte der Befragten LandwirtInnen sind und in solchen Situationen ist es normal, dass die Eltern, wenn es möglich ist, bis zum Tod gemeinsam mit der Familie leben und, so lange wie es der Gesundheitszustand zulässt, mithelfen. Diese geschaffene Nähe ist bei Eintreten eines Pflegefalls mit Sicherheit schwieriger aufzugeben oder es wird überhaupt erst gar nicht darüber nachgedacht, den zu pflegenden Angehörigen aus seinem Wohnumfeld zu reißen und in ein Heim zu geben.

15.6. Erwerbstätigkeit und Einkommen der pflegenden Angehörigen

Die Vereinbarkeit von Betreuung eines Angehörigen und dem Nachgehen einer Erwerbsarbeit zeigt auf jeden Fall eine höhere Belastung. Die Auswertung über die Doppelbelastung zeigt bei knapp der Hälfte der Befragten eine mittlere Belastung, weitere gut 40 % geben eine eher starke bis starke Belastung an. Dass, wenn sich ein Pflegefall in der Familie einstellt, sich dann jene Angehörigen für eine Reduktion oder gar Aufgabe der Erwerbsarbeit entscheiden, ist nachvollziehbar. Knapp über zwei Drittel waren bzw sind in dieser Umfrage erwerbstätig. Im Unterschied dazu sind bei der repräsentativen Umfrage in Österreich nur 30 % in irgendeinem bezahlten Beschäftigungsverhältnis und 68 % üben keine Erwerbstätigkeit aus. Auch hier kann man sich wieder darauf berufen, dass etwa die Hälfte der Befragten in Zwettl und Waidhofen LandwirtInnen sind – und das ist durchaus nicht der österreichweite Durchschnitt.

Beim Einkommen geben 54 % der befragten Erwerbstätigen an bis zu 700 € durchschnittlich pro Monat zu erhalten. Da Einkommensangaben immer mit Vorsicht zu betrachten sind, kann man dieses Ergebnis als eher weniger aussagekräftig werten. Meist kommt in solchen Haushalten ein zweites Einkommen hinzu. Anzumerken wäre aber sehr wohl, dass auch in ganz Österreich 47 % entweder über kein Einkommen oder bis 700 € verfügen.

15.7. Ausmaß des Pflegeaufwands

Der überwiegende Teil der Befragten gibt eine ständige Anwesenheit oder mehrmals tägliches Aufsuchen des Gepflegten an. Tätigkeiten wie Wäsche waschen und bügeln, Wohnraum putzen, einkaufen gehen, Essen kochen oder Pflege des Körpers nehmen die meiste Zeit der Befragten in Anspruch. Körperliche Beeinträchtigungen und allgemeine Schwäche sind die angeführten Hauptursachen für die Anwesenheit des Angehörigen. Dennoch ist der Pflegeaufwand bei psychischen Belastungen mit Sicherheit höher - Verwirrtheit, Vergesslichkeit, Sinnesbeeinträchtigungen und psychische Beeinträchtigungen verursacht mehr Stress beim pflegenden Angehörigen als rein körperliche Pflege des zu Betreuenden. Angehörige, die eine Pflegeaufgabe übernommen haben, sind viel anfälliger für stressbedingte Krankheiten. Die soziale Isolation sollte hier im Vordergrund stehen, denn durch die ständige Anwesenheit ist es kaum möglich sich Freizeitaktivitäten oder Freunden und Bekannten zu widmen. Die Anerkennung, die man eigentlich von außen erhalten sollte, bleibt aus. Falls auch die bezahlte Erwerbstätigkeit durch die Pflegeübernahme wegfällt, kommt der Angehörige so gut wie gar nicht mehr „aus dem Haus“. Dass als dies zur psychischen Belastung wird je länger die Pflege eines Angehörigen dauert, ist anzunehmen.

Der empfundene Aufwand von Pflege verändert sich im Laufe der Jahre: Personen, die eine gewisse Routine in der Pflegesituation schaffen, erleben den Aufwand geringer, als jene, die erst kürzlich in die Situation der Pflege gekommen sind.

15.8. Unterstützung bei der Pflege

Den Antworten zu Folge erfahren die meisten der Befragten Unterstützung durch die Familie. Dies zeigt sich auch in der Umfrage des BMSK: zwei Drittel werden von weiteren Familienangehörigen unterstützt; aber auch Freunde, Bekannte und Nachbarn, zu einem geringeren Teil, bitten ihre Hilfe an. Bekannte und Nachbarn sind sehr wichtig für den emotionalen Austausch – ein positives Kriterium für die ländliche Gegend, da man sich da einfach kennt. Dennoch ist nicht zu unterschätzen, dass dies zu einer größeren Erwartungshaltung von außen führt: die Übernahme der Pflege ist der ländlichen Bevölkerung keineswegs egal. Gerade deswegen, weil der Familien- und Bekanntenkreis die Übernahme der Pflege erwartet, steigt die psychische Belastung.

Österreichweit nehmen etwa 25 % der Befragten mobile Dienste in Anspruch. Die Hauskrankenpflege, die Heimhilfe und Essen auf Rädern den größten Teil ausmachen. Am Land werden im Unterschied zur städtischen Bevölkerung weit häufiger Hauskrankenpflege und Heimhilfe zur Unterstützung bei der Pflege herangezogen.

16. Pflegesituation in Österreich⁴¹

Die Zukunft sieht vor, dass immer weniger jüngere Menschen sich um immer mehr ältere Menschen kümmern müssen. Zurzeit spielt bei der Pflege eines Menschen dessen Familie und nahe Verwandte die größte Rolle. Professionelle Pflegedienste machen nur einen sehr geringen Anteil der Betreuungstätigkeiten aus. Die Erhebung des Mikrozensus 2002 gibt Aufschluss darüber, wie viele Angehörige tatsächlich die Pflege eines Nahestehenden übernehmen. Insgesamt werden 464.800 Personen von 425.900 Angehörigen gepflegt. Dabei machen die über 50-jährigen Personen den größten Anteil der pflegenden Angehörigen aus. Das ergibt sich daraus, dass meistens Angehörige der eigenen Generation bzw Angehörige der Generation der Eltern gepflegt werden.

Für Angehörige der Elterngeneration werden am häufigsten Pflege- und Betreuungsarbeiten geleistet. Etwa zwei Drittel der Mütter werden von ihren Töchtern gepflegt, im Vergleich dazu werden Väter häufiger von ihren Söhnen gepflegt. Bei den Schwiegereltern ergibt sich kein so eindeutiges geschlechtsspezifisches Muster: Schwiegerväter und Schwiegermütter werden gleich häufig von ihren Schwiegertöchtern betreut. Als Erklärung dafür wird die Lebenserwartung der Männer und Frauen herangezogen: Männer haben eine geringere Lebenserwartung als Frauen und sind deshalb früher zu pflegen als ihre Ehefrauen, die dann meistens die Pflege des Mannes übernehmen. Kommt dann die Frau ins „Pflegealter“ ist meist ihr Ehegatte bereits verstorben und so bleibt in diesem Fall nur das Kind oder das Schwiegerkind zur Betreuung und Pflege.

⁴¹ Vgl. BMSG (2005: 5ff)

Zum Wohnort der Gepflegten ergibt sich folgendes Bild: 40 % aller betreuten Personen leben gemeinsam mit ihren pflegenden Angehörigen in einem Haushalt. 15 % leben im gleichen Haus mit getrenntem Haushalt. Die restlichen Personen leben an einem anderen Ort.

Der Pflegeaufwand ist auch unterscheidbar zwischen weiblichen und männlichen pflegenden Angehörigen: Im Durchschnitt haben die pflegenden Frauen einen Aufwand von 11,4 Stunden in der Woche, während die Männer, die einen Angehörigen pflegen, nur 9,0 Stunden pro Woche angeben.

Die Tätigkeiten, die die Pflegenden für ihre betreuungsbedürftigen Angehörigen übernehmen, erstrecken sich von Hilfe bei persönlichen Verrichtungen, wie Waschen, Anziehen, Essen, (78 %), über Erbringung von Hol- und Bringdiensten bei Arztbesuchen, Behördengängen (77 %) bis hin zu Hilfestellungen beim Einkaufen, Kochen und Putzen (49 %).

17. Kurzzusammenfassung

Pflegende Angehörige sind ein fester Bestandteil der Gesellschaft. Dennoch findet diese Art der Tätigkeit nach wie vor wenig Aufmerksamkeit und Anerkennung. Obwohl der Bereich der Pflegewissenschaft in letzter Zeit immer mehr an Bedeutung gewinnt und demnach auch eine Vielzahl an Pflege-theorien hervorgebracht wird bzw. wurde, soll trotzdem nicht unterschätzt werden, dass dieses Thema sehr persönlich und individuell ist.

In der Theorie des systemischen Gleichgewichts wird Pflege als systemische Einheit gesehen – sowohl der Mensch, die Familie als auch die Gemeinde – mit dem Ziel, dass der pflegende Angehörige und der Gepflegte aktiv an einem Prozess teilnehmen. Die Selbstpflegetheorie knüpft ebenfalls an die Systemtheorie an, aber im Gegensatz dazu ist dabei die Grundbedürfnisbefriedigung nicht mehr allein zu bewältigen – Selbstpflegetheorie sollte vorwiegend von ausgebildeten Pflegepersonal „behoben“ werden. Aus einer großen Anzahl von Gründen, warum die Pflege und Betreuung eines nahestehenden Menschen übernommen wird (Selbstverständlichkeit, Wiedergutmachung, Versprechen, Vererbung,...), ergeben sich eine Reihe von Belastungen der pflegenden Angehörigen (ständige Anwesenheit, mangelnde Perspektiven und Anerkennung, finanzielle Belastungen,...). Alle diese Belastungen sind bei den Beteiligten keine einmaligen Ereignisse, sondern führen zu Veränderungen des gewohnten Alltagslebens.

Die durchgeführte Befragung hat ein bekanntes Bild ergeben: Pflegende Angehörige sind durch den Pflegeaufwand Belastungen ausgesetzt, die sich nicht nur physisch, sondern auch zum größten Teil psychisch erkennen lassen. Die soziale Isolation steht hier an erster Stelle, denn durch eine ständige Anwesenheit ist es dem Angehörigen kaum möglich sich Freizeitaktivitäten oder Freunden und Bekannten zu widmen. Die Hauptbetroffenen dieser Situation sind nach wie vor Frauen mittleren Alters, die die (Schwieger-)Eltern oder einen (Schwieger-)Elternteil betreuen. Die Auswertungen zeigen auch, dass der oder die Pflegebedürftige mit dem Angehörigen in einem gemeinsamen Haushalt wohnen – dies ist üblich für die ländliche Gegend. Fast alle der Befragten, die neben ihrer Pflegetätigkeit auch einer Erwerbsarbeit nachgehen, sehen die Situation als Doppelbelastung an.

18. Anhang

Auszug aus dem Bundespflegegesetz – BPGG:

Langtitel

*Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz – BPGG) und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Notarversicherungsgesetz 1972, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Strafvollzugsgesetz, das Pensionsgesetz 1965, das Bezügegesetz, die Salinenarbeiter-Pensionsordnung 1967, das Post- und Telegraphen-Pensionsgesetz 1967, das Bundesgesetz vom 1. Juli 1967 über die Pensionsansprüche der Zivilbediensteten der ehemaligen k. u. k. Heeresverwaltung und ihrer Hinterbliebenen, das Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, das Heeresversorgungsgesetz, das Opferfürsorgegesetz, das Verbrechensopfergesetz und das Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz geändert werden
(NR: GP XVIII RV 776 AB 908 S. 100. BR: AB 4442 S. 564.)
StF: BGBl. Nr. 110/1993*

Artikel II

1. ABSCHNITT

Allgemeine Bestimmungen Zweck des Pflegegeldes

§ 1. Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

Sprachliche Gleichbehandlung

§ 2. Soweit im folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden

2. ABSCHNITT

Anspruchsberechtigte Personen

Personenkreis

§ 3. (1) Anspruch auf Pflegegeld nach Maßgabe der Bestimmungen

dieses Bundesgesetzes besteht für nachstehende Personen, sofern sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben:

1. Bezieher einer Vollrente, deren Pflegebedarf durch den Arbeits(Dienst)unfall oder die Berufskrankheit verursacht wurde, oder einer Pension (ausgenommen die Knappschaftspension) nach dem
 - a) Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955;
 - b) Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978,
 - c) Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG), BGBl. Nr. 624/1978;
 - d) Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), BGBl. Nr. 559/1978;
 - e) Notarversicherungsgesetz 1972 (NVG 1972), BGBl. Nr. 66;
 - f) Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (BKUVG), BGBl. Nr. 200/1967;
 - g) § 80 des Strafvollzugsgesetzes (StVG), BGBl. Nr. 144/1969;
2. die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i ASVG teilversicherten Schüler und Studenten, deren Pflegebedarf durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursacht wurde, in der Zeit vom Tag nach Abschluß der Heilbehandlung bis zu dem Zeitpunkt, in dem der Schulbesuch voraussichtlich abgeschlossen gewesen und der Eintritt in das Erwerbsleben erfolgt wäre;
3. Personen, deren Rente nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften abgefunden worden ist, wenn deren Pflegebedarf durch den Arbeits(Dienst)unfall oder die Berufskrankheit verursacht wurde;
4. Bezieher eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses, Übergangsbeitrages, Versorgungsgeldes, Unterhaltsbeitrages oder Emeritierungsbezuges nach
 - a) dem Pensionsgesetz 1965 (PG 1965), BGBl. Nr. 340;
 - b) dem Landeslehrer-Dienstrechtsgesetz (LDG 1984), BGBl. Nr. 302;
 - c) dem Land- und forstwirtschaftlichen Landeslehrer-Dienstrechtsgesetz (LLDG 1985), BGBl. Nr. 296;
 - d) dem Bezügegesetz, BGBl. Nr. 273/1972;
 - e) dem Verfassungsgerichtshofgesetz (VerfGG 1953), BGBl. Nr. 85;
 - f) dem Dorotheumsgesetz, BGBl. Nr. 66/1979;
 - g) dem Bundestheaterpensionsgesetz (BThPG), BGBl. Nr. 159/1958;
 - h) dem Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186;
 - i) Entschließungen des Bundespräsidenten, mit denen

außerordentliche Versorgungsgenüsse gewährt wurden;
j) der Bundesbahn-Pensionsordnung 1966, BGBl. Nr. 313;
k) Artikel V des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 148/1988 und
nach § 163 des Beamten-Dienstrechtsgesetzes 1979 (BDG
1979),
BGBl. Nr. 333, in der bis 28. Februar 1998 gelten-
den
Fassung;
1) dem Bundesbahn-Pensionsgesetz (BB-PG), BGBl. I Nr.
95/2000;
5. Bezieher von Renten, Beihilfen oder Ausgleichen nach
dem
a) Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957),
BGBl. Nr. 152;
b) Heeresversorgungsgesetz (HVG), BGBl. Nr. 27/1964;
c) Opferfürsorgegesetz (OFG), BGBl. Nr. 183/1947;
d) Impfschadengesetz, BGBl. Nr. 371/1973;
6. Personen, deren Rente gemäß
a) § 56 KOVG 1957;
b) § 61 HVG;
c) § 2 OFG umgewandelt wurde;
7. Bezieher eines Sonderruhegeldes nach Art. X des
Nachtschwerarbeitsgesetzes (NSchG), BGBl. Nr.
354/1981;
8. Bezieher einer Hilfeleistung nach § 2 Z 1 des
Verbrechensopfergesetzes (VOG), BGBl. Nr. 288/1972,
oder von
gleichartigen Ausgleichen nach § 14a VOG.
(2) Als Bezieher nach Abs. 1 gelten auch Personen, denen
ein
Anspruch auf eine Grundleistung rechtskräftig zuerkannt
wurde, die
Grundleistung jedoch zur Gänze ruht, noch nicht angefallen
ist oder
auf Grund von Anrechnungsbestimmungen zur Gänze nicht aus-
gezahlt
wird.
(3) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Sozia-
les ist
ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesministers für Finanzen
nach
Anhörung der für das Bundesgebiet jeweils in Betracht kom-
menden
gesetzlichen beruflichen Vertretung mit Verordnung folgende
Personen
in den anspruchsberechtigten Personenkreis nach Abs. 1
einzubeziehen, wenn sie keinen Anspruch auf eine Pension
oder eine
gleichartige Leistung nach bundes- oder landesgesetzlichen
Vorschriften haben:
1. Bezieher von wiederkehrenden Versorgungsleistungen
gemäß § 64
Abs. 1 Z 1, 2, 4 und 5 des Ärztegesetzes 1984 (Ärz-
teG), BGBl.
Nr. 373;
2. Bezieher von wiederkehrenden Versorgungsleistungen
gemäß § 50
der Rechtsanwaltsordnung, RGrBl. Nr. 96/1868;
3. Bezieher von wiederkehrenden Leistungen gemäß § 29 des
Ziviltechnikerkammergesetzes 1993, BGBl. Nr. 157/1994.
(4) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales ist er-
mächtigt, mit
Zustimmung des Bundesministers für Finanzen nach Anhörung
der in

Betracht kommenden Interessenvertretungen mit Verordnung weitere Personengruppen, die nicht der gesetzlichen Pensionsversicherung unterliegen, in den anspruchsberechtigten Personenkreis nach Abs. 1 einzubeziehen, sofern der Anspruch auf eine Pension, einen Ruhe(Versorgungs)genuß oder eine gleichartige Leistung auf einer privatrechtlichen Vereinbarung beruht.

(5) Voraussetzung für die Erlassung einer Verordnung gemäß Abs. 3 oder 4 ist das Vorliegen eines der Gesamtfinanzierung dieses Bundesgesetzes vergleichbaren Beitrages der einzubeziehenden Personengruppen zu dem durch die Einbeziehung entstehenden Mehraufwand.

(6) In der gemäß Abs. 3 oder 4 erlassenen Verordnung ist der Entscheidungsträger (§ 22) zu bezeichnen, dem die Durchführung des Bundespflegegeldgesetzes hinsichtlich der einbezogenen Personengruppen obliegt.

Anspruchsvoraussetzungen

§ 4. (1) Das Pflegegeld gebührt bei Zutreffen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.

(2) Anspruch auf Pflegegeld besteht in Höhe der

Stufe 1:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 50 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 2:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 75 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 3:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 4:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 5:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist;

Stufe 6:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind

und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder

2. die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist;

Stufe 7:
für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder

2. ein gleichzuachtender Zustand vorliegt.

(3) Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Ausmaß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht.

(4) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist ermächtigt, nach Anhörung des Bundesbehindertenbeirates (§ 8 des Bundesbehindertengesetzes, BGBl. Nr. 283/1990) nähere Bestimmungen für die Beurteilung des Pflegebedarfes durch Verordnung festzulegen.

Die Verordnung kann insbesondere festlegen:

1. eine Definition der Begriffe „Betreuung“ und „Hilfe“,

2. Richtwerte für den zeitlichen Betreuungsaufwand, wobei verbindliche Mindestwerte zumindest für die tägliche Körperpflege, die Zubereitung und das Einnehmen von Mahlzeiten sowie für die Verrichtung der Notdurft festzulegen sind und

3. verbindliche Pauschalwerte für den Zeitaufwand der Hilfsverrichtungen, wobei der gesamte Zeitaufwand für alle Hilfsverrichtungen mit höchstens 50 Stunden pro Monat festgelegt werden darf.

Mindesteinstufungen

§ 4a. (1) Bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben und auf Grund einer Querschnittlähmung, einer beidseitigen Beinamputation, einer genetischen Muskeldystrophie, einer Encephalitis disseminata oder einer infantilen Cerebralparese zur eigenständigen Lebensführung überwiegend auf den selbständigen Gebrauch eines Rollstuhles oder eines technisch adaptierten Rollstuhles angewiesen sind, ist mindestens ein Pflegebedarf entsprechend der Stufe 3 anzunehmen.

(2) Liegt bei Personen gemäß Abs. 1 eine Stuhl- oder Harninkontinenz bzw. eine Blasen- oder Mastdarmlähmung vor, ist mindestens ein Pflegebedarf entsprechend der Stufe 4 anzunehmen.

(3) Liegt bei Personen gemäß Abs. 1 ein deutlicher Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten vor, ist mindestens ein Pflegebedarf entsprechend der Stufe 5 anzunehmen.

(4) Bei hochgradig sehbehinderten Personen ist mindestens ein Pflegebedarf entsprechend der Stufe 3 anzunehmen. Als hochgradig sehbehindert gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit

- einem Visus von kleiner oder gleich 0,05 (3/60) ohne Gesichtsfeldeinschränkung hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer Quadrantenanopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,3 (6/20) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 1,0 (6/6) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeldeinschränkung hat.

(5) Bei blinden Personen ist mindestens ein Pflegebedarf entsprechend der Stufe 4 anzunehmen. Als blind gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit

- einem Visus von kleiner oder gleich 0,02 (1/60) ohne Gesichtsfeldeinschränkung hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,03 (2/60) in Verbindung mit einer Quadrantenanopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,06 (4/60) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeldeinschränkung hat.

(6) Bei taubblinden Personen ist mindestens ein Pflegebedarf entsprechend der Stufe 5 anzunehmen. Als taubblind gelten Blinde, deren Hörvermögen so hochgradig eingeschränkt ist, daß eine verbale und akustische Kommunikation mit der Umwelt nicht möglich ist.

(7) Liegen zusätzliche Behinderungen vor, so ist der Pflegebedarf gemäß § 4 festzustellen. Ergibt diese Beurteilung eine höhere Einstufung, so gebührt das entsprechende Pflegegeld.

3. ABSCHNITT Pflegegeld

Höhe des Pflegegeldes

§ 5. Das Pflegegeld gebührt zwölf Mal jährlich und beträgt

monatlich	
in Stufe 1	
148,30 Euro,	
in Stufe 2	
273,40 Euro,	

in Stufe 3	
421,80 Euro,	
in Stufe 4	
632,70 Euro,	
in Stufe 5	
859,30 Euro,	
in Stufe 6	1
171,70 Euro	
und in Stufe 7	1
562,10 Euro.	Beginn, Änderung und Ende des
Anspruches	

§ 9. (1) Das Pflegegeld gebührt mit Beginn des auf die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß §§ 4 und 4a durch einen Unfallversicherungsträger folgenden Monats. Das Pflegegeld gebührt, wenn die Leistungszuständigkeit des Landes entfällt, weil der Bund gemäß § 3 für die Leistung des Pflegegeldes zuständig wird, bei Zutreffen der Voraussetzungen mit Beginn des auf den Zeitpunkt des Entfalles der Leistungszuständigkeit des Landes folgenden Monats; das Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß §§ 4 und 4a ist in diesem Fall von Amts wegen einzuleiten.

(2) Das Pflegegeld ist nur dann befristet zuzuerkennen, wenn im Zeitpunkt der Entscheidung der Wegfall einer Voraussetzung für die Gewährung eines Pflegegeldes mit Sicherheit oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Liegen im Falle einer befristeten Zuerkennung die Voraussetzungen für die Gewährung eines Pflegegeldes auch nach Ablauf der Frist vor, so ist das Pflegegeld mit Beginn des auf den Ablauf der Frist folgenden Monats zuzuerkennen, sofern die Gewährung des Pflegegeldes innerhalb von drei Monaten nach dessen Wegfall beantragt wurde.

(3) Der Anspruch auf Pflegegeld erlischt mit dem Todestag des Anspruchsberechtigten. In diesem Kalendermonat gebührt nur der verhältnismäßige Teil des Pflegegeldes, wobei der Kalendermonat einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen ist.

(4) Wenn eine Voraussetzung für die Gewährung von Pflegegeld wegfällt, ist das Pflegegeld zu entziehen; wenn eine für die Höhe des Pflegegeldes wesentliche Veränderung eintritt, ist das Pflegegeld neu zu bemessen.

(5) Die Entziehung oder Neubemessung des Pflegegeldes wird mit dem auf die wesentliche Veränderung folgenden Monat wirksam. Von diesem Grundsatz gelten, abgesehen von den Bestimmungen des § 48 Abs. 2,

folgende Ausnahmen:

1. die Entziehung oder Herabsetzung des Pflegegeldes wegen einer
Veränderung im Ausmaß des Pflegebedarfes wird mit Ablauf des
Monats wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt,
mit dem die Entziehung oder Herabsetzung ausgesprochen wurde;
2. die Erhöhung des Pflegegeldes wegen einer Veränderung im Ausmaß
des Pflegebedarfes wird mit Beginn des Monats wirksam, der auf
die Geltendmachung der wesentlichen Veränderung oder die
amtswegige ärztliche Feststellung folgt;
3. die Neubemessung des Pflegegeldes, die sich auf Grund von
gesetzlichen Änderungen oder der alljährlichen Anpassung der
nach § 7 auf das Pflegegeld anzurechnenden Leistungen ergibt,
wird mit Beginn des Monats wirksam, in dem diese Änderung
eingetreten ist. Auszahlung

§ 17. Bezüglich der Auszahlung des Pflegegeldes gelten, soweit
dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, die beim jeweiligen
Entscheidungssträger in Vollziehung der im § 3 genannten
Normen
anzuwendenden Bestimmungen. § 18. (1) Das Pflegegeld wird an den Anspruchsberechtigten
ausgezahlt. Ist der Anspruchsberechtigte geschäftsunfähig oder
beschränkt geschäftsfähig, so ist das Pflegegeld dem gesetzlichen
Vertreter auszuzahlen. Ist für einen Anspruchsberechtigten ein
Sachwalter bestellt, so ist diesem das Pflegegeld auszuzahlen, wenn
die Angelegenheiten, mit deren Besorgung er betraut worden ist, die
Empfangnahme dieser Leistung umfassen.

(2) Erhält eine pflegebedürftige Person auf Kosten oder unter
Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers ambulante oder teilstationäre Pflegeleistungen,
für die sie zum gänzlichen oder teilweisen Kostenersatz verpflichtet
ist, so kann das Pflegegeld bis zur Höhe der Kostenersatzforderung
von Amts wegen dem Empfänger des Kostenersatzes mit schuldbefreiender Wirkung gegenüber der pflegebedürftigen Person
ausgezahlt werden, sofern die pflegebedürftige Person mit der
Zahlung des Kostenersatzes mindestens zwei Monate ab Rechnungslegung
im Verzug ist. Bescheide sind nur dann zu erlassen, wenn dies die

pflegebedürftige Person innerhalb einer Frist von drei Monaten ab
Änderung der Auszahlung beantragt. Nach Ablauf eines Jahres ab
Änderung der Auszahlung oder wenn die Pflegeleistungen vom Erbringer
zur Gänze eingestellt werden, ist das Pflegegeld auf Antrag oder von
Amts wegen wieder an den Anspruchsberechtigten auszuführen.

(3) Die Entscheidungsträger haben die Auszahlung in der Weise zu
veranlassen, daß das Pflegegeld von einer allfälligen anderen
Geldleistung getrennt ausgewiesen wird.

(4) Die nach diesem Bundesgesetz gebührenden Geldleistungen sind
auf Beträge von vollen 10 Cent zu runden; dabei sind Beträge unter 5
Cent zu vernachlässigen und Beträge von 5 Cent an auf 10 Cent zu
ergänzen. Einkommensteuer- und Gebührenfreiheit

§ 21. (1) Das Pflegegeld unterliegt nicht der Einkommenssteuer.

(2) Die zur Durchführung dieses Bundesgesetzes erforderlichen
Amtshandlungen, Eingaben und Vollmachten sind von den Stempelgebühren und Verwaltungsabgaben befreit.

(3) Die Gebühren für die Zustellung der nach diesem Bundesgesetz
gewährten Pflegegelder im Inland trägt der Bund bzw. der zuständige
Unfallversicherungsträger.

Auszug aus dem Hausbetreuungsgesetz – HBeG:

Langtitel

Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (Hausbetreuungsgesetz – HBeG)

und mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird
(NR: GP XXIII RV 78 AB 117 S. 25. BR: AB 7693 S. 746.)
StF: BGBl. I Nr. 33/2007

Artikel 1 Hausbetreuungsgesetz – HBeG

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Geltungsbereich

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz gilt für die Betreuung von Personen in deren Privathaushalten, wobei die Betreuung im Rahmen einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit erfolgen kann.

(2) Die Bestimmungen des zweiten Abschnittes dieses Bundesgesetzes

gelten nur für Arbeitsverhältnisse

1. zwischen einer Betreuungskraft, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, und

- a) der zu betreuenden Person oder einem/einer ihrer Angehörigen, oder
- b) einem/einer gemeinnützigen Anbieter/in sozialer und gesundheitlicher Dienste präventiver, betreuender oder rehabilitativer Art und

2. wenn die zu betreuende Person

- a) Anspruch auf Pflegegeld ab der Pflegestufe 3 gemäß dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG), BGBl. Nr. 110/1993, oder gemäß den Pflegegeldgesetzen der Bundesländer oder eine gleichartige Leistung im selben Ausmaß hat oder
- b) die zu betreuende Person Anspruch auf Pflegegeld der Pflegestufen 1 oder 2 gemäß dem BPGG oder gemäß den Pflegegeldgesetzen der Bundesländer oder eine gleichartige

Leistung im selben Ausmaß hat und für diese Person wegen einer nachweislichen Demenzerkrankung dennoch ein ständiger
Betreuungsbedarf besteht, und

3. wenn nach einer Arbeitsperiode von höchstens 14 Tagen eine ununterbrochene Freizeit von mindestens der gleichen Dauer gewährt wird, und

4. wenn die vereinbarte Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt, und

5. wenn die Betreuungskraft für die Dauer der Arbeitsperiode in die Hausgemeinschaft der zu betreuenden Person aufgenommen wird.

(3) Betreuung im Sinne dieses Bundesgesetzes umfasst

1. Tätigkeiten für die zu betreuende Person, die in der Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung und der

Lebensführung bestehen, sowie
2. sonstige auf Grund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten.

(4) Zu den Tätigkeiten nach Abs. 3 Z 1 zählen auch die in § 3b Abs. 2 Z 1 bis 5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, genannten Tätigkeiten, solange keine Umstände vorliegen, die aus medizinischer Sicht für die Durchführung dieser Tätigkeiten durch Laien eine Anordnung durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich machen.

(5) Weiters gelten Tätigkeiten nach §§ 14 Abs. 2 Z 4 und 15 Abs. 7 Z 1 bis 5 GuKG und Tätigkeiten, die der Betreuungskraft nach § 50b Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, übertragen wurden, dann als Betreuung im Sinne dieses Bundesgesetzes, wenn sie von der Betreuungskraft an der betreuten Person nicht überwiegend erbracht werden.

Verweisungen

§ 2. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

2. Abschnitt

Arbeitsrechtliche Sonderbestimmungen

Arbeitsverhältnisse zu Privathaushalten

§ 3. (1) Für Betreuungskräfte nach § 1 Abs. 2, die in einem Arbeitsverhältnis zu der zu betreuenden Person oder einem/einer ihrer Angehörigen stehen, ist das Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz (HGHAG), BGBl. Nr. 235/1962, mit Ausnahme der §§ 5 und 6 Abs. 1 bis 3 anzuwenden.

(2) In zwei aufeinander folgenden Wochen darf die Arbeitszeit einschließlich der Zeiten von Arbeitsbereitschaft 128 Stunden nicht überschreiten. Allfällige über diese Höchstgrenze hinausgehende Zeiten der Arbeitsbereitschaft, die die Betreuungskraft vereinbarungsgemäß in ihrem Wohnraum oder in näherer häuslicher Umgebung verbringt und während der sie im Übrigen frei über ihre Zeit verfügen kann, gelten nicht als Arbeitszeit im Sinne dieses Bundesgesetzes.

(3) Die tägliche Arbeitszeit ist durch Ruhepausen von insgesamt mindestens drei Stunden zu unterbrechen, die auch frei von Arbeitsbereitschaft nach Abs. 2 bleiben müssen. Davon sind mindestens zwei Ruhepausen von 30 Minuten ununterbrochen zu gewähren.

(4) Darüber hinaus dürfen Arbeitnehmer/innen während jedes Zeitraumes von 24 Stunden insgesamt weitere zehn Stunden nicht in Anspruch genommen werden.

(5) Übertretungen der Abs. 2 bis 4 sind nach § 23 HGHAG zu bestrafen.

(6) Das Arbeitsverhältnis endet mit dem Tod der zu betreuenden Person auch dann, wenn ein/e Angehörige/r der zu betreuenden Person Arbeitgeber/in ist.

Arbeitsverhältnisse zu Trägerorganisationen

§ 4. (1) Für Betreuungskräfte nach § 1 Abs. 2, die in einem Arbeitsverhältnis zu einem/r gemeinnützigen Anbieter/in sozialer und gesundheitlicher Dienste präventiver, betreuender oder rehabilitativer Art stehen, gilt an Stelle des Arbeitszeitgesetzes

(AZG), BGBl. Nr. 461/1969, und des Arbeitsruhegesetzes, BGBl. Nr.

144/1983, § 3 Abs. 2 bis 4 dieses Bundesgesetzes.

(2) Abweichend von Abs. 1

1. sind § 19c, § 19d und § 26 AZG anzuwenden,

2. sind Übertretungen des § 3 Abs. 2 bis 4 nach § 28 Abs. 2 AZG zu

bestrafen.

3. Abschnitt

Qualitätssicherung in der Betreuung

Handlungsleitlinien

§ 5. (1) Die selbständig tätige Betreuungskraft ist verpflichtet, entsprechend der getroffenen Vereinbarung über Handlungsleitlinien

für den Alltag und Notfall (§ 160 Abs. 2 Z 1 der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194) vorzugehen.

(2) Die in einem Arbeitsverhältnis tätige Betreuungskraft ist gegenüber dem/der Arbeitgeber/in verpflichtet, die ihr vorgegebenen

Handlungsleitlinien für den Alltag und den Notfall, insbesondere

über die Verständigung bzw. Beiziehung von Angehörigen, Ärzten oder

Einrichtungen, die mobile Dienste anbieten, bei erkennbarer Verschlechterung des Zustandsbildes, einzuhalten.

Zusammenarbeit

§ 6. Die Betreuungskraft ist verpflichtet, mit anderen in die Pflege und Betreuung involvierten Personen und Einrichtungen zum

Wohle der zu betreuenden Person zusammenzuarbeiten. Für eine in einem Arbeitsverhältnis tätige Betreuungskraft ist diese Verpflichtung eine aus dem Arbeitsverhältnis.

Verschwiegenheit

§ 7. Die Betreuungskraft ist zur Verschwiegenheit über alle ihr in

Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt gewordenen oder anvertrauten Angelegenheiten verpflichtet, soweit sie nicht davon befreit wurde

oder sich nicht eine Auskunftsverpflichtung aus gesetzlichen Bestimmungen ergibt. Für eine in einem Arbeitsverhältnis tätige Betreuungskraft ist diese Verschwiegenheitsverpflichtung eine aus dem Arbeitsverhältnis.

4. Abschnitt

In-Kraft-Treten und Vollziehung

§ 8. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Juli 2007 in Kraft.
Auf
Arbeitsverhältnisse, deren vertraglich vereinbarter Beginn vor
dem
1. Juli 2007 liegt, ist dieses Bundesgesetz nur dann anzuwen-
den,
wenn dies schriftlich vereinbart wird.

(2) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der/die
Bundesminister/in für Wirtschaft und Arbeit betraut.

RICHTLINIEN

für die Gewährung von Zuwendungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

1. FÖRDERUNGSZWECK/PERSONENKREIS

Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung können nach Maßgabe der für diesen Zweck zur Verfügung stehenden Mittel bei Vorliegen einer sozialen Härte an jemanden gewährt werden,

- § der als naher Angehöriger/nahe Angehörige eine pflegebedürftige Person, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz gebührt, seit mindestens einem Jahr überwiegend pflegt und
- § an der Erbringung der Pflege wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen wichtigen Gründen verhindert ist. Mit dieser Zuwendung soll die Möglichkeit verbessert werden, im Fall der Verhinderung der Hauptpflegeperson vermehrt professionelle oder private Ersatzpflege in Anspruch nehmen zu können, womit ein Beitrag zur Entlastung der Hauptpflegeperson geleistet werden soll.

1.1. Zuwendungen können folgende nahe Angehörige erhalten:

- § Verwandte in gerader Linie,
- § Ehegatten,
- § Lebensgefährten,
- § Wahl-, Stief-, und Pflegekinder,
- § Geschwister,
- § Schwager und Schwägerinnen
- § Schwiegerkinder und Schwiegereltern.

2. ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN

2.1. Eine Zuwendung ist nur dann zulässig, wenn die

- Sparsamkeit,
- Zweckmäßigkeit und
- Wirtschaftlichkeit

des Einsatzes der Fondsmittel gewährleistet sind.

2.2. Ansuchen sind nach Möglichkeit vor Eintritt der Verhinderung bzw. in zeitlicher Nähe zur Verhinderung einzubringen.

2.3. Auf die Gewährung von Zuwendungen aus Mitteln des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung besteht kein Rechtsanspruch.

2.4. Bei der Bemessung der Zuwendung können nur nachgewiesene

- zur Sicherung der erforderlichen Pflege im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes und der Einstufungsverordnung zum BPGG notwendige
- den tatsächlichen Erfordernissen entsprechende und
- preisangemessene

Kosten für tatsächlich in Anspruch genommene professionelle oder private Ersatzpflege berücksichtigt werden.

2.5. Die Auszahlung einer Zuwendung ist nur insoweit und nicht eher vorzunehmen, als sie zur Vornahme fälliger Zahlungen benötigt wird. In besonders berücksichtigungswürdigen Fällen können Vorschüsse gewährt werden.

2.6. Die Zuwendungen sind als einmalige Geldleistung zu gewähren. Mehrmalige Zuwendungen sind nach Maßgabe der Bestimmung des Punktes 5.1. - den besonderen Verhältnissen des Einzelfalles angepasst - möglich. Der Bezug von Dauerleistungen ist jedoch ausgeschlossen.

2.7. Der Zuwendungswerber/Die Zuwendungswerberin hat das Bundessozialamt zu ermächtigen, die für die Erledigung seines/ihres Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu prüfen.

2.8. Weiters hat er/sie sich zu verpflichten, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn

- § er/sie wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht hat,
- § die erforderliche Ersatzpflege nicht oder durch sein/ihr Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wird,
- § die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder Bedingungen durch sein/ihr Verschulden nicht eingehalten werden,
- § er/sie die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt.

2.9. Der Zuwendungswerber/Die Zuwendungswerberin verpflichtet sich, Organen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bzw. des Bundessozialamtes jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Zuwendung durch Einsicht in alle relevanten Unterlagen sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.

3. BESONDERE VORAUSSETZUNGEN

3.1. Eine soziale Härte liegt jedenfalls dann vor, wenn die Verwirklichung der erforderlichen Ersatzpflege-
maßnahme die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Hauptpflegeperson im Sinne des Punktes 1.1.
übersteigt. Das ist im Allgemeinen der Fall, wenn das monatliche Netto-Gesamteinkommen des Zuwen-
dungswerbers/der Zuwendungswerberin einen Betrag von

- § € 2.000,-- bei Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 4 oder Stufe 5
- § € 2.500,-- bei Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 6 oder Stufe 7

nicht übersteigt. Diese Einkommensgrenzen erhöhen sich je unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 400,--, bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,--.

3.2. Als Einkommen ist grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung anzusehen. Zum anre-
chenbaren Einkommen zählen jedoch nicht:

- Geldleistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Behinderung,
- Sonderzahlungen,
- Familienbeihilfen,
- Kinderbetreuungsgeld,
- Studienbeihilfen,
- Wohnbeihilfen sowie
- Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen

3.3. Voraussetzung für die Zuwendungsberechtigung der Hauptpflegeperson ist die Erbringung des über-
wiegenden Teiles der Pflege über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr.

3.4. Die Hauptpflegeperson muss an der Erbringung der Pflege wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonsti-
gen wichtigen Gründen verhindert sein. Verbringen die Hauptpflegeperson und die pflegebedürftige Per-
son einen der Erholung oder der Rehabilitation dienenden Aufenthalt gemeinsam, kann eine Zuwendung
nur dann gewährt werden, wenn ein Nachweis über die im Zusammenhang mit der Erbringung einer pro-
fessionellen Ersatzpflege angefallenen Kosten erbracht wird. Als sonstige wichtige Hinderungsgründe
sind insbesondere

- § familiäre Erfordernisse,
- § Schulungsmaßnahmen oder
- § dienstliche Verpflichtungen

anzuerkennen.

3.4.1. Als Schulungsmaßnahmen werden vor allem Ausbildungen in Betracht kommen, die die Pflegeleis-
tung erleichtern oder deren Erbringung verbessern. Denkbar sind auch Maßnahmen, die zur Stärkung der
psychischen Verfassung des pflegenden Angehörigen dienen.

3.4.2. Die Ausbildung/Schulung muss von der Hauptpflegeperson selbst absolviert werden und kann nur für einen Zeitraum von höchstens vier Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden (siehe Punkt 5.1.). Eine Zuwendung kann auch dann gewährt werden, wenn die pflegebedürftige Person die Hauptpflegeperson zur Schulungsveranstaltung begleitet.

3.4.3. Zu den Ausbildungs- oder Schulungsmaßnahmen können insbesondere von gemeinnützigen Vereinen angebotene Kurse für pflegende Angehörige gezählt werden.

4. V E R F A H R E N

4.1. Die Ansuchen auf Gewährung von Zuwendungen sind unter Anschluss der erforderlichen Unterlagen beim Bundessozialamt einzubringen.

4.2. Dem Ansuchen sind insbesondere anzuschließen:

- § der letzte rechtskräftige Bescheid/das letzte rechtskräftige Urteil über die Zuerkennung eines Pflegegeldes nach dem Bundespflegegeldgesetz zumindest der Stufe 4 der pflegebedürftigen Person;
- § bei Inanspruchnahme von professioneller Hilfe ein Nachweis über die angefallenen Kosten sowie eine Bestätigung darüber, dass der Zuwendungswerber/ die Zuwendungswerberin im Sinne von Punkt 1.1. diese Kosten beglichen hat;
- § bei Inanspruchnahme von privater Hilfe eine Bestätigung darüber, dass für die Zeit der Verhinderung des Zuwendungswerbers/der Zuwendungswerberin die Pflege der pflegebedürftigen Person übernommen wurde;
- § Einkommensnachweise im Sinne von Punkt 3.1.;
- § eine Erklärung des Zuwendungswerbers/der Zuwendungswerberin, dass er/sie
 - die Hauptpflegeperson ist,
 - die Pflege seit mindestens einem Jahr im Sinne des Punktes 3.3. durchgeführt hat,
 - an der Erbringung der Pflege im Sinne des Punktes 3.5. verhindert ist.

4.3. Mit der Durchführung des Ermittlungsverfahrens sowie mit der Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung wird das Bundessozialamt betraut.

4.4. Zur Entscheidung über Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses wird das Bundessozialamt ermächtigt.

4.5. Auf Ersuchen des Zuwendungswerbers/der Zuwendungswerberin kann jede Entscheidung des Bundessozialamtes vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz auf Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit überprüft werden.

5. ENTSCHEIDUNGSRAHMEN

5.1. Förderbar sind nur Ersatzpflegemaßnahmen (Punkt 2.4.) im Ausmaß von zumindest einer Woche, höchstens aber vier Wochen jährlich.

5.2. Die jährliche Höchstzuwendung für verhinderungsbedingt notwendige Ersatzpflegemaßnahmen beträgt

- § € 1.400,-- bei Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 4,
- § € 1.600,-- bei Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 5,
- § € 2.000,-- bei Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 6 und
- § € 2.200,-- bei Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 7

Bei der Bemessung des Zuwendungsbetrages ist pro Woche von einer entsprechenden Aliquotierung des Höchstzuwendungsbetrages auszugehen.

5.3. Ergibt sich bei der Anwendung dieser Richtlinien eine besondere Härte, kann das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz eine von diesen Richtlinien abweichende Entscheidung treffen. Das Eineinhalbfache der Höchstzuwendung darf aber nicht überschritten werden.

6. WIRKSAMKEITSBEGINN

6.1. Diese Richtlinien treten mit 1. Jänner 2004 in Kraft.

6.2. Diese Richtlinien haben im Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und im Bundessozialamt zur Einsichtnahme aufzuliegen.

Fragebogen

FRAGEBOGEN

AN PERSONEN, DIE ANGEHÖRIGE BETREUEN

TEIL A

Machen Sie zuerst bitte Angaben zu der von Ihnen betreuten Person sowie zur Betreuungs- und Pflegearbeit.

1. In welchem Verhältnis stehen Sie zu der betreuten Person?

Die Person ist mein/e (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Tochter / Sohn bzw. Schwiegerkind	<input type="radio"/>
Elternteil / Schwiegerelternteil	<input type="radio"/>
Partner / Partnerin	<input type="radio"/>
entfernter Verwandter	<input type="radio"/>
nicht verwandt (z.B. NachbarIn, FreundIn)	<input type="radio"/>

2. Sind Sie die Hauptbetreuungsperson? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

3. Geschlecht der gepflegten Person (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

weiblich	<input type="radio"/>	männlich	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	----------	-----------------------

4. Alter der gepflegten Person in Jahren (Zutreffendes bitte ankreuzen und Jahrgang einfügen!)

unter 20	<input type="radio"/>	Jahrgang	61 – 70	<input type="radio"/>	Jahrgang
21 - 50	<input type="radio"/>	Jahrgang	71 – 80	<input type="radio"/>	Jahrgang
51 – 60	<input type="radio"/>	Jahrgang	über 80	<input type="radio"/>	Jahrgang

5. Wo lebt die von Ihnen gepflegte Person? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

im selben Haushalt	<input type="radio"/>
im selben Haus – getrennter Haushalt	<input type="radio"/>
in höchstens 15 Minuten erreichbar	<input type="radio"/>
in 16 bis 30 Minuten erreichbar	<input type="radio"/>
länger entfernt	<input type="radio"/>

6. Wie oft suchen Sie die betreuungsbedürftige Person auf, um die notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen zu erbringen? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1- bis 3-mal monatlich	<input type="radio"/>	einmal täglich	<input type="radio"/>
1- bis 3-mal wöchentlich	<input type="radio"/>	mehrmals täglich	<input type="radio"/>
4- bis 6-mal wöchentlich	<input type="radio"/>	ständige Anwesenheit	<input type="radio"/>

TEIL A

Seite 1 06

7. Bei welchen Tätigkeiten braucht die betreute Person Ihre Unterstützung?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Einkaufen gehen	<input type="radio"/>	Bewegung im Wohnraum	<input type="radio"/>
Essen kochen	<input type="radio"/>	Bewegung außerhalb des Wohnraumes	<input type="radio"/>
Wäsche waschen/bügeln etc.	<input type="radio"/>	Gesellschaft leisten	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	Pflege von Blumen/Garten	<input type="radio"/>
Wohnraum putzen	<input type="radio"/>	Pflege von Haustieren	<input type="radio"/>

8. Wie lange ist die von Ihnen versorgte Person überhaupt schon betreuungsbedürftig?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

unter ½ Jahr	<input type="radio"/>
ca. ½ - 1 Jahr	<input type="radio"/>
ca. 1 - 3 Jahre	<input type="radio"/>
ca. 3 - 5 Jahre	<input type="radio"/>

ca. 5 - 7 Jahre	<input type="radio"/>
ca. 7 - 10 Jahre	<input type="radio"/>
über 10 Jahre	<input type="radio"/>
weiß nicht	<input type="radio"/>

9. Wie lange wird diese Person schon von IHNEN betreut?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

unter ½ Jahr	<input type="radio"/>
ca. ½ - 1 Jahr	<input type="radio"/>
ca. 1 - 3 Jahre	<input type="radio"/>
ca. 3 - 5 Jahre	<input type="radio"/>

ca. 5 - 7 Jahre	<input type="radio"/>
ca. 7 - 10 Jahre	<input type="radio"/>
über 10 Jahre	<input type="radio"/>
weiß nicht	<input type="radio"/>

10. Wie viel Betreuungs- und Pflegeaufwand erfordern folgende Beeinträchtigungen der von Ihnen gepflegten Person?

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen!)

	sehr viel	mittel	wenig	keinen
körperliche Beeinträchtigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinnesbeeinträchtigung (sehen, hören usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chronische Krankheiten (Diabetes, Asthma, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allgemeine Schwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychische Beeinträchtigung (zB Depressivität, Aggressivität)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwirrtheit/Vergesslichkeit/Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weglaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Warum üben Sie Betreuungs- und Pflegearbeit aus? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Weil ich ihm/ihr gefühlsmäßig nahe stehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich im selben Haushalt wohne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil es das Umfeld von mir erwartet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil die Entfernung für mich geringer ist als für andere Angehörige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil sich sonst niemand dazu bereit erklärt hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich mit dem/der Hilfsbedürftigen gut umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich durch das Betreuen Selbstbestätigung erhalte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich es ihm/ihr versprochen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil sonst keine Angehörigen da sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil es für mich selbstverständlich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil der/die Hilfsbedürftige es erwartet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich etwas geerbt habe bzw. etwas erben werde (z.B. Haus).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich mich dazu verpflichtet fühle, Hilfe zu leisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Waren Sie im Laufe der Betreuungs- und Pflegearbeit JEMALS ERWERBSTÄTIG? Gemeint ist jede Art von entgeltlicher Berufstätigkeit wie Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung, Werkvertrag etc. (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja



Ich bin/war:

Selbstständige/r	<input type="radio"/>
Angestellte/r, Beamte/r	<input type="radio"/>
ArbeiterIn	<input type="radio"/>
Facharbeiter, Meister	<input type="radio"/>
LandwirtIn	<input type="radio"/>
in Ausbildung/Umschulung	<input type="radio"/>
PensionistIn	<input type="radio"/>
arbeitslos	<input type="radio"/>



Bitte weiter zu Frage 13

in Teil B (rosa)!

nein



Ich bin/war während der ganzen Betreuungs- und Pflegearbeit NICHT berufstätig



Bitte weiter zu Frage 20 in Teil C (blau)!

TEIL B

Sie erleben die Doppelbelastung von Betreuungs- und Pflegearbeit und Berufstätigkeit oder haben diese erlebt und können Aussagen zu diesem Problem treffen. Bitte beantworten Sie hier Fragen zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Betreuungs- und Pflegearbeit.

13. a) In welchem Ausmaß sind Sie derzeit erwerbstätig?
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

mehr als 36 Stunden/Woche	<input type="radio"/>
20 bis 35 Stunden/Woche	<input type="radio"/>
10 bis 19 Stunden/Woche	<input type="radio"/>
stundenweise	<input type="radio"/>
gar nicht	<input type="radio"/>

- b) Falls Sie während der Betreuungs- und Pflegearbeit Ihre Arbeitszeit reduziert oder erweitert haben, in welchem Ausmaß waren Sie vor der Veränderung erwerbstätig?
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

mehr als 36 Stunden/Woche	<input type="radio"/>
20 bis 35 Stunden/Woche	<input type="radio"/>
10 bis 19 Stunden/Woche	<input type="radio"/>
stundenweise	<input type="radio"/>
gar nicht	<input type="radio"/>

14. Welche Rahmenbedingungen haben einen Einfluss auf Ihre Doppelbelastung von Betreuungs- und Pflegearbeit und Erwerbstätigkeit?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Durch flexible Arbeitszeiten kann/konnte ich Erwerbsarbeit und Pflege gut vereinbaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Familie (PartnerIn, Kind/er, Geschwister, Eltern/Elternteil) unterstützt mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obwohl ich als pflegende Person in meiner Umgebung viel Anerkennung erfahre, habe ich nicht das Gefühl, dass mir echte Hilfe zuteil wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin der Meinung, dass über die Anliegen von Pflegenden öffentlich viel gesprochen wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Öffentlichkeit weiß man zwar, dass die Arbeit pflegender Angehöriger in Zukunft immer wichtiger wird, die Politik versäumt es aber, rechtzeitig entsprechende Maßnahmen zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In den letzten Jahren haben sich die Rahmenbedingungen für Pflegende deutlich verbessert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube nicht, dass in Zukunft pflegebedürftige Personen in hohem Ausmaß von Angehörigen betreut werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Wie stark fühlen/fühlten Sie sich durch die berufliche Erwerbsarbeit belastet?

Die Erwerbsarbeit belastet/belastete mich... (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

...bis an meine Grenzen.	<input type="radio"/>
...eher stark.	<input type="radio"/>
...mittel.	<input type="radio"/>
...wenig.	<input type="radio"/>
...ganz wenig.	<input type="radio"/>

16. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Ich habe sowohl bei der Arbeit als auch bei der Pflege ein schlechtes Gewissen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Doppelbelastung hat negative Auswirkungen auf meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin weniger leistungsfähig, weil mir alles zuviel wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe trotzdem Zeit für mich selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass meine berufliche Arbeit durch die Pflegebelastung leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Lebensplanung lässt sich nicht erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, dass mir der Wiedereinstieg in den Beruf nach der Pflege nicht möglich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die verminderte Erwerbstätigkeit muss ich mich finanziell einschränken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Betrieb hat kaum jemand Verständnis für meine Situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss mir um meine Pension keine Sorgen machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Familie leidet unter meiner Doppelbelastung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Kontakte zu Freunden, Bekannten usw. haben sich vermindert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Von wem werden/wurden Sie im beruflichen Umfeld bei der Bewältigung bei Problemen mit der Doppelbelastung unterstützt? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft zu	trifft nicht zu
vom Firmenchef/von der Firmenchefin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
von der gesetzlichen Interessensvertretung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
von den KollegInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
von niemandem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Wie hoch ist Ihr durchschnittliches Monatsnettoeinkommen? (ohne 13. und 14. Monatsgehalt und exklusive einer eventuellen Abgeltung für Pflege- und Betreuungsleistungen)

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

bis 700 €	<input type="radio"/>
701 € bis 800 €	<input type="radio"/>
801 € bis 900 €	<input type="radio"/>
901 € bis 1.000 €	<input type="radio"/>
1.001 € bis 1.100 €	<input type="radio"/>
1.101 € bis 1.200 €	<input type="radio"/>
1.201 € bis 1.300 €	<input type="radio"/>
1.301 € bis 1.400 €	<input type="radio"/>
mehr als 1.401 €	<input type="radio"/>

19. Bitte beantworten Sie diese Fragen nur, wenn Sie nicht mehr erwerbstätig sind oder die Erwerbstätigkeit reduziert haben. (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft zu	trifft nicht zu
Pflege und Erwerbsarbeit waren für mich vom Zeitaufwand her nicht zu bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflege und Erwerbsarbeit waren für mich vom seelischen Druck her nicht zu bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein eigener Gesundheitszustand machte die Belastungen von Pflege und Erwerbsarbeit unmöglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wollte ihn/sie nicht ins Heim geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die familiäre Gesamtbelastung wurde mir zuviel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderbetreuung und Pflegearbeit waren zuviel für mich, ich habe meine Berufstätigkeit reduziert/beendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Firma hatte kein Verständnis für meine Doppelbelastung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in Pension gegangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TEIL C

Nun folgen einige Aussagen in Bezug auf Ihre Zufriedenheit mit dem CARITAS Dienst „Betreuen und Pflegen zu Hause“, die Sie von „trifft sehr zu“ bis „trifft nicht zu“ beantworten.

20. Fragen zum Umgang mit dem Betreuten (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Die MitarbeiterInnen der CARITAS halten sich an die vereinbarten Abmachungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS sind hilfsbereit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS zeigen Fachkompetenz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS gehen nicht auf die Wünsche des Betreuten und dessen pflegenden Angehörigen ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS kommentieren ihre Tätigkeiten, was und warum sie etwas machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Betreute und dessen pflegender Angehörigen werden von den MitarbeiterInnen der CARITAS nicht ernst genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS gehen mit ihren Betreuten rücksichtsvoll um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Fragen über die Professionalität (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Die MitarbeiterInnen der CARITAS wissen, was zu tun ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS versuchen, die Selbstständigkeit des Betreuten zu fördern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS haben keine Achtung vor der Intimsphäre des Betreuten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS planen ihre Tätigkeiten mit dem Betreuten und dessen pflegenden Angehörigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die MitarbeiterInnen der CARITAS achten auf Ordnung und Sauberkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Fragen über Fachwissen, Verfügbarkeit und Beschwerden

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Die MitarbeiterInnen der CARITAS haben genügend Fachwissen über Krankheiten und Beeinträchtigungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Betreute bzw. der pflegende Angehörige bekommt immer Auskunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Umstellung bei Änderungen im Betreuungsbedarf oder bei der Betreuungszeit verläuft kompliziert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie, als pflegender Angehöriger, wissen, wo sie Beschwerden vorbringen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beschwerden werden ernst genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Fragen zur Pflege und Beratung (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Die Körperpflege des Betreuten wird von den MitarbeiterInnen der CARITAS ordnungsgemäß durchgeführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorkkehrungen, wie zB Verbandswechsel oder bei Wundliegen, werden von den MitarbeiterInnen der CARITAS fachkundig erledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie, als pflegender Angehöriger, haben genügend Unterstützung von den MitarbeiterInnen der CARITAS bei Behördenangelegenheiten (zB Pflegegeld,...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt ausreichend Hilfe bei der Organisation von Pflegebehelfen durch die MitarbeiterInnen der CARITAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt Spannungen zwischen dem Betreuten und den MitarbeiterInnen der CARITAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Unterstützungs- und Beratungsangebot der CARITAS ist ausreichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TEIL D**Abschließend folgen einige Fragen zur Ihrer Person.****24. Sind/waren Sie während der Pflege pensionsversichert?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	trifft zu	trifft nicht zu
Ich bin bereits in Pension.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin freiwillig weiterversichert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin wegen meiner Betreuungsarbeit im Rahmen der Sozialversicherung selbst versichert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine private Pensionsvorsorge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin durch die Pensionsversicherung meines Ehepartners bzw. Lebenspartners abgesichert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin durch meine Erwerbsarbeit pensionsversichert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Bezieht die von Ihnen betreute Person Pflegegeld? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja	<input type="radio"/>
nein	<input type="radio"/>
weiß nicht	<input type="radio"/>

Wenn ja, in welcher Pflegestufe: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Stufe 1	<input type="radio"/>	Stufe 3	<input type="radio"/>	Stufe 5	<input type="radio"/>	Stufe 7	<input type="radio"/>
Stufe 2	<input type="radio"/>	Stufe 4	<input type="radio"/>	Stufe 6	<input type="radio"/>	weiß nicht	<input type="radio"/>

26. Erhalten Sie eine finanzielle Gegenleistung von der von Ihnen betreuten Person? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja	<input type="radio"/>
nein	<input type="radio"/>

27. Erfüllen Sie die Betreuungs- und Pflegearbeit im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja	<input type="radio"/>
nein	<input type="radio"/>

28. Ihr Geschlecht (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

weiblich	<input type="radio"/>	männlich	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	----------	-----------------------

29. Ihr Alter (Zutreffendes bitte hier einfügen!)

Ich bin.....Jahre alt.

30. Wie viele Personen wohnen in Ihrem Haushalt?

(Tragen Sie bitte die Anzahl ein; zählen Sie sich selbst bitte mit!)

In meinem Haushalt leben.....Personen.

31. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? (Hier bitte die Anzahl eintragen!)

Anzahl	
	unter 6 Jahren
	6 – 12 Jahre
	13–18 Jahre
	über 18 Jahre

32. Ich lebe in einer Stadt? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja	<input type="radio"/>
nein	<input type="radio"/>

33. Welche Schulbildung haben Sie abgeschlossen?

(Bitte höchsten Abschluss ankreuzen!)

kein Schulabschluss	<input type="radio"/>
Pflichtschule	<input type="radio"/>
Lehre	<input type="radio"/>
Lehre mit Meisterprüfung	<input type="radio"/>
Fachschule, weiterführende Schule ohne Matura	<input type="radio"/>
AHS/BHS mit abgeschlossener Matura	<input type="radio"/>
Universität/Akademie	<input type="radio"/>

**HERZLICHEN DANK FÜR IHRE
MITHILFE!**

Begleitschreiben

Arbesbach/Wien, 25. Juli 2007

Informationsbrief zur Umfrage

Liebe pflegende Angehörige,
lieber pflegender Angehöriger!

Zu Beginn darf ich mich kurz vorstellen: Mein Name ist Christina Huber. Mein Heimatort ist Arbesbach, Bezirk Zwettl. Ich bin Studentin der Soziologie an der Universität Wien.

Da meine Mutter selbst von der Pflege eines Angehörigen betroffen ist und nebenbei noch einen Betrieb zu führen hat, weiß ich, was hinter der persönlichen Betreuungs- und Pflegearbeit steckt. Daher möchte ich mich mit meiner Diplomarbeit speziell den pflegenden Angehörigen widmen.

Dank Frau DGKS Helga Tersek, der CARITAS-Pflegeleiterin fürs Waldviertel, und Herrn DSA Gerhard Datler, CARITAS-Regionalleitung Waldviertel, ergab sich für mich die Möglichkeit, Menschen, die von der Pflege eines Angehörigen betroffen sind, über ihre Erfahrungen zu befragen.

In den ersten Augustwochen 2007 werde ich meine Befragung durchführen. Dazu habe ich den beiliegenden Fragebogen erstellt, der Ihnen von der CARITAS-Mitarbeiterin überbracht wird. Den Fragebogen müssen Sie nicht sofort ausfüllen. Sie beantworten ihn in Ruhe und geben ihn nach spätestens einer Woche Ihrer CARITAS-Mitarbeiterin wieder mit oder schicken den ausgefüllten Fragebogen in dem Kuvert an meine Heimatadresse.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben ganz anonym behandelt. Sie müssen also keine Angst haben, dass irgendein Rückschluss auf Ihre Person gezogen werden kann.

Ich danke Ihnen bereits jetzt ganz herzlich für Ihre Mithilfe bei meiner Diplomarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Huber

Die CARITAS möchte Frau Christina Huber die Gelegenheit geben, ihre Diplomarbeit auf diesem Fragebogen aufzubauen. Wir ersuchen Sie daher um Ihre Unterstützung.

***DSA Gerhard Datler
CARITAS-Regionalleitung Waldviertel***

19.Literaturverzeichnis

Bücher

Amann, Anton, 2004: Die großen Alterslügen. Generationskrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse?. Wien: Böhlau Verlag.

Bauch, Jost, 2005: Pflege als soziales System. In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 71-83.

Bauer, Franz, 1965: Geschichte der Krankenpflege. Handbuch der Entstehung und Entwicklung der Krankenpflege von der Frühzeit bis zur Gegenwart. Klumbach: Baumann.

Blinkert, Baldo, 2005: Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 141-157.

Borchers, Andreas, 1997: Die Sandwich-Generation. Ihre zeitlichen und finanziellen Leistungen und Belastungen. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.

Borscheid, Peter, 1998: Zum Wandel des Wohnens älterer Menschen während der letzten drei Jahrhunderte. In: Dienel, Hans-Liudger; Foerster, Cornelia; Hentschel, Beate; Zorn, Carsten; Blanckenburg, Christine v. (Hg.): Technik, Freundin des Alters. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 51-67.

Chorherr, Thomas, 2007: Hilfe, wer pflegt mich? Fakten, Standpunkte, Perspektiven. Wien: Ueberreuter.

Daneke, Sigrid, 2000: Angehörigenarbeit. München: Urban und Fischer.

Dennis, Connie, 2001: Dorothea Orem. Selbstpflege und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern: Huber Verlag.

Dienel, Hans-Liudger; Foerster, Cornelia; Hentschel, Beate; Zorn, Carsten; Blanckenburg, Christine v. (Hg.), 1998: Technik, Freundin des Alters. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Flemming, Daniela, 2003: Mutbuch für pflegende Angehörige und professionell Pflegende altersverwirrter Menschen. Weinheim: Beltz.

Friedemann, Marie-Luise, 1996: Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern: Verlag Hans Huber.

Füsgen, Ingo, 1992: Im Alter umsorgt. Die Betreuung und Pflege von hilfsbedürftigen Menschen zu Hause. Stuttgart: Trias – Thieme, Hippokrates, Enke.

Geister, Christine, 2004: Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern: Verlag Hans Huber

Görres, Stefan; Friesacher, Heiner, 2005: Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflege-theorien und Pflegemodelle. In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 33-47.

Grond, Erich, 2003: Pflege Demenzkranker. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Hedtke-Becker, Astrid, 1990: Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Freiburg im Br.: Lambertus-Verlag.

Holuscha, Annette, 1992: Altenpflege in der Familie. Belastungen und Unterstützungen bei pflegenden Angehörigen. Konstanz: Hartung-Gorre.

Hörl, Josef, 1973: „Offene“ Altenhilfe. Ein Mittel zur Bewältigung von Problemsituationen alter Menschen (Diplomarbeit). Wien: Soziologisches Institut der Universität Wien.

Hörl, Josef, 1983: Alter und Hilfe. Beziehungen alter Menschen zu Familie und Bürokratie (Dissertation). Wien: Soziologisches Institut der Universität Wien.

Hörl, Josef, 1992: Lebensführung im Alter. Zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen. Wiesbaden: Quelle und Meyer.

Huber, Herbert (Hg.), 1998: Lebensraum Familie. Lebensweltliche Perspektiven. Donauwörth: Auer.

Kolland, Franz; Gächter, August (Hg.), 2005: Einführung in die Entwicklungssoziologie. Themen, Methoden, Analysen. Wien: Mandelbaum.

Milisen, Koen, 2004: Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen. Berlin: Springer Verlag.

Nöstlinger, Walter, 2007: Probleme aus der Sicht des Pflege- und Betreuungspersonals. In: Pfeil, Walter J.: Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien: Manz, 65-102.

Orem, Dorothea, 1997: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Wiesbaden: Ullstein Mobsy.
Panke-Kochinke, Birgit, 2001: Die Geschichte der Krankenpflege (1679 – 2000). Ein Quellenbuch. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Peuckert, Rüdiger, 1999: Familienformen im sozialen Wandel. Opladen: Leske und Budrich.

Pfeil, Walter J. (Hg.), 2007: Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien: Manz.

Prochazkova, Lucie; Schmid Tom, 2007: Pflege und Betreuung zu Hause. (Erforderliche) Rahmenbedingungen. In: Pfeil, Walter J.: Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien: Manz, 139-161.

Radner, Alfred (Hg.); Stricker, Johanna, 1992: Pflegebedürftigkeit in Österreich. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.

Ritzberger-Moser, Anna, 2007: Arbeitsrechtliche Aspekte der Betreuung zuhause. Das neue Hausbetreuungsgesetz. In: Pfeil, Walter J.: Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien: Manz, 121-138.

Rosenmayr, Leopold (Hg.); Rosenmayr, Hilde, 1978: Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Schleser, Günter, 2007: Probleme aus der Sicht unmittelbar Betroffener. In: Pfeil, Walter J.: Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien: Manz, 103-110.

Schnepp, Wilfried, 2002: Angehörige pflegen. Bern: Hans Huber Verlag.

Schroeter, Klaus R. (Hg.), 2005: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa.

Schroeter, Klaus R., 2006: Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Seidl, Elisabeth (Hg.); Labenbacher, Sigrid, 2007: Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Wien: Böhlau Verlag.

Wallner, Stefan, 2007: Eine Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich – Bausteine einer kleinen sozialpolitischen Realutopie. Probleme aus der Sicht der Anbieter. In: Pfeil, Walter J.: Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien: Manz, 51-64.

Winter, Maik H.-J., 2005: Pflege in prekärer Sonderstellung: berufssoziologische Aspekte. In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 279-293.

Zeman, Peter, 2005: Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter, Klaus R.: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 247-261.

Broschüren

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2005: Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien: BMSG.

Hilfswerk Österreich, 2003: Pflege zu Hause. Information und Unterstützung für pflegende Angehörige. Wien: Hilfswerk Österreich.

Österreichische Rotes Kreuz (Hg.), 2000: Pflege daheim statt Pflegeheim. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.

Rademacher, Klaus (Hg.), 2006: Häusliche Pflege. Zwischen Zuwendung und Abgrenzung. Belastungen durch häusliche Pflege, Materielle und personelle Hilfen, Kontakte. Freudenstadt: Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt GmbH.

Statistik Austria, 2003: Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse Mikrozensus 2002. Wien: BMSG.

(Online-)Publikationen

Dilemmata der Altenpflege:

Roth, Günter, 2007: Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie 1/07, 77-96.

www.rothguenter.de/Texte/Roth_2007_Dilemmata_der_Altenpflege_BJS.pdf

(11. Mai 2008)

Kurzbeschreibung der „Freiburger Pflegestudie“:

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas, 1997: Pflege im sozialen Wandel. Die Situation von Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung.

www.soziologie.uni-freiburg.de/Personen/blinkert/Publikationen/pflegekurz.htm

(02. Juni 2008)

Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus:

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas, 2000: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt Jg. 49, 237-245.

www.soziologie.uni-freiburg.de/Personen/blinkert/Publikationen/pflegemilieu.htm

(01. Juni 2008)

Qualität der Dienstleistung ambulante Pflege:

Roth, Günter, 2003: Qualität der Dienstleistung ambulante Pflege: Nationale und internationale empirische Befunde. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11. Jg., 5. Beiheft, 62-96.

www.rothguenter.de/Texte/Roth_2003_Pflegequalitaet_ambulant_ZfG.pdf

(10. Mai 2008)

Die „Sandwich-Generation“: Soziale Realität oder gerontologischer Mythos?

Hörl, Josef; Kytir, Josef, 1998: Die „Sandwich-Generation“: Soziale Realität oder gerontologischer Mythos? Basisdaten zur Generationsstruktur der Frauen mittleren Alters in Österreich. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Band 50, 730-741.

Homepages

Betreuung Zuhause:

www.caritas-wien.at (09. April 2008)

Bundespflegegeldgesetz – BPGG:

www.ris.bka.gv.at (10. Juni 2008)

CARITAS Diözese St. Pölten „Betreuen und Pflegen zu Hause:

www.stpoelten.caritas.at (16. Juni 2008)

Hausbetreuungsgesetz – HbeG:

www.ris.bka.gv.at (12. Juni 2008)

Pflege in Niederösterreich:

www.noe.gv.at (22. Jänner 2008)

Pflege zu Hause – 24-Stunden-Pflege:

www.pflege-zuhause.org (02. April 2008)

Richtlinien für die Gewährung von Zuwendungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger:

www.gleichundgleich.gv.at (12. Juni 2008)

Rotes Kreuz Österreich:

www.rotekreuz.at (30. März 2008)

20. Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum: Juli 1982
Geburtsort: Zwettl, Niederösterreich
Staatsangehörigkeit: Österreich

Schulische Ausbildung

2002 – 2008 Hauptuniversität Wien (Studium Soziologie – rechts-, sozial-, wirtschaftswissenschaftlicher Zweig)
2001 – 2002 Wirtschaftsuniversität Wien (Studium Handelswissenschaften)
1996 – 2001 Höhere Lehranstalt für wirtschaftlich Berufe Zwettl

Wissenschaftlicher Werdegang

Handelswissenschaften: Marketing, Buchhaltung und Bilanzierung II, Investition und Finanzierung I, Beschaffung, Lagerung, Produktion
Soziologie: „Betriebsevaluation – Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege“ (2006/2007), „Demografische Modellgrundlagen anhand der Volkszählung 2001“ (2007), „Teilnehmende Beobachtung im Café“ (2005), „Gewalt und Polizei – Einstellungen der Exekutive zur Gewalt“ (2004/2005), „Forschungsbericht zur politischen Lage in Österreich“ (2003/2004)

Berufliche Ausbildung

Seit Okt. 2008 GfK Austria – Junior Marketing Consultant (Retail & Technology)
Juli 1997 – Sep. 2008 Mitarbeit im elterlichen Betrieb - Bäckerei, Konditorei, Café
Dez. 2001 – Sep. 2006 M&M Steuerberatungs OEG in Wien (1140)

Ehrenamtliche Tätigkeit

Seit Mai 2000 Ehrenamtliche Rot-Kreuz-Helferin der Ortsdienststelle Arbesbach