



**Angehörigenpflege in Österreich -  
meistens aufopferungsreich,  
oft auch unbedankt und  
vielfach hineingeschlittert**

**Dr. Kurt Traar  
Wien, November 2023**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Belastungen bei der Angehörigenpflege</b>	
<b>1.2 Demografische Verschiebungen in der Altenpflege</b>	
<b>1.3 Statistik zur Angehörigenpflege in Europa</b>	
<b>2. Altenpflege in Österreich .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Allgemeine Hinweise zum Pflegewesen</b>	
<b>2.2 Öffentliche Finanzierung des Pflegewesens</b>	
<b>2.3 Pflegeformen in unserem Land</b>	
<b>2.4 Angehörigenpflege</b>	
<b>2.4.1 Merkmale pflegender Angehöriger</b>	
<b>2.4.2 Das Verhältnis zur gepflegten Person</b>	
<b>2.4.3 Arrangements bei der Pflege zu Hause</b>	
<b>2.4.4 Gründe für eine Pflegebedürftigkeit</b>	
<b>2.4.5 Motive für die Übernahme der Pflege</b>	
<b>2.4.6 Belastungen durch die Pflege</b>	
<b>2.4.7 Negative Aspekte bei einer Pflege</b>	
<b>2.4.8 Positive Aspekte bei einer Pflege</b>	
<b>2.5 24-Stunden-Betreuung</b>	
<b>2.6 Stationäre Pflege (Pflegeheime)</b>	
<b>2.6.1 Wünsche Angehöriger bezüglich stationärer Pflege</b>	
<b>2.7 Wünsche hinsichtlich eigener Pflege im Bedarfsfall</b>	
<b>2.8 Alternative Pflegeformen</b>	
<b>3. Demenz, die Geisel des 21. Jahrhunderts .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Wie viele Personen sind in Österreich an Demenz erkrankt?</b>	
<b>3.2 Wann ist man an Alzheimer erkrankt?</b>	
<b>3.3 Alzheimer-Erkrankung – ein ererbtes Schicksal oder doch selbst verschuldet?</b>	
<b>3.4 Welche Aufgaben hat der Hippocampus zu erfüllen?</b>	

- 3.5 Mangelerscheinungen, die zur Alzheimer-Demenz führen**
  - 3.5.1 Wie viel Schlaf braucht der Mensch?**
  - 3.5.2 Welche Ernährung ist unserer afrikanischen Herkunft angepasst?**
  - 3.5.3 Wie kann ich durch Ernährung den Alzheimer Index positiv beeinflussen?**
- 3.6 Kann ich der Alzheimer Krankheit davon laufen?**
  - 3.6.1 Erste Warnzeichen einer demenziellen Erkrankung**
- 3.7 Die gestörten Erlebniswelten von Demenzkranken**
- 3.8 Verlauf demenzieller Erkrankungen und ihre letzte Phase**
- 3.9 Kurzbeschreibung einer Vaskulären Demenz**
- 3.10 Zu Tode gepflegt – ein tragisches Schicksal aus Deutschland**
- 3.11 Die Leiden pflegender Angehöriger von Demenz-Kranken**

#### **4. Forderungen der 5-Sterne-für-Österreich: Eigenes Pflegegeld für pflegende Angehörige und anderes mehr ... 33**

- 4.1 Staffeln der Beitragssätze für die Sozialversicherung**

#### **Ausgewählte Literatur ..... 35**

# 1. Einleitung

## 1.1 Belastungen bei der Angehörigenpflege

Täglich kümmern sich hunderttausende Österreicherinnen und auch Österreicher, wengleich ungleich seltener, um ihre pflegebedürftigen Liebsten (Eltern, Partner und Kinder).

Dank ihrer aufopferungsreichen und vielfach nicht bedankten Hilfe können pflegebedürftige Menschen ein weitgehend selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden verbringen.

Pflegende Angehörige erbringen somit unentgeltlich eine Leistung, die von der Gesellschaft mehr oder weniger stillschweigend erwartet wird, in ihrer Bedeutung aber weder angemessen gewürdigt noch finanziell abgegolten wird.

Bund, Bundesländer und Gemeinden ersparen sich daher jährlich hunderte Millionen Euro, die sie ansonsten in Pflegeheimen sowie in anderen für die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen wichtigen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen „versenken“ müssten.

Die pflegenden Angehörigen finden immer seltener für ihre Probleme und Sorgen ein offenes Ohr. Wen interessiert es schon, wenn sich die demenzkranke Mutter nicht mehr zurechtfindet und keinen Moment aus den Augen gelassen werden kann. Würde anfangs noch der Wohnungsschlüssel nur verlegt, so weiß man heute nicht mehr, wozu dieses Stück Stahl gut sein soll.

Die Übernahme der Pflege einer nahestehenden Person geht mit zahlreichen Herausforderungen einher, die in den meisten Fällen negativ eingefärbt sind. Es gibt aber auch positive Aspekte. Keine Frage!

- **Zeitliche Belastungen: Die Versorgung eines Pflegebedürftigen entwickelt sich häufig zu einem Fulltime-Job.** Eine deutsche Studie erbrachte, dass durchschnittlich 37,5 Stunden pro Woche für Hilfe, Pflege und Betreuung aufgewendet werden müssen.
- **Gesundheitliche Belastungen: Da die überwiegende Mehrheit der pflegenden Angehörigen selbst in einem höheren Alter (über 50 Jahren) sind, liegen in vielen Fällen bereits eigene gesundheitliche Beschwerden vor.** Pflegende Angehörige sind häufiger und länger selbst krank. Häusliche Pflege kann daher durchaus als ein „Gesundheitsrisiko“ bezeichnet werden.
- **Emotionale Belastungen: Der körperliche und geistige Abbau eines Familienmitgliedes ist für viele Angehörige nur schwer zu ertragen, zumal die pflegenden Angehörigen tagtäglich damit konfrontiert sind.** Besonders hoch ist die Belastung, wenn die demenzielle Erkrankung der pflegebedürftigen Person mit einer Veränderung der Persönlichkeit einhergeht.
- **Soziale Belastungen:** Pflegende Angehörige haben oft wenig bis keine Zeit, um soziale Kontakte zu pflegen, Hobbys aktiv auszuüben oder gar Urlaub zu machen.
- **Finanzielle Belastungen:** Diese kommen hinzu, wenn zusätzliche oder erhöhte Kosten für Arztbesuche, Medikamente, mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung oder Pflegeheim anstehen.

## 1.2 Demografische Verschiebungen in der Altenpflege

Wenn wir über pflegende Angehörige in Österreich sprechen, um welche Größenordnung handelt es sich da?

In der so umfangreichen wie auch aufschlussreichen im Jahr 2018 publizierten empirischen Studie des Sozialministeriums über die Pflege durch Angehörige wurde geschätzt, dass ungefähr 800.000 Personen (durchschnittlich zwei bis drei Personen) in der Pflege – zu Hause und in Pflegeheimen - tätig sind.

In der stationären Langzeitpflege (in Alters- und Pflegeheimen) werden ungefähr 60.000 Pflegefälle betreut. Hinzu kommen noch die ungefähr 400.000 zu Hause gepflegten und betreuten Pflegegeldbezieher, sodass mit ungefähr 1,2 Millionen Personen zu rechnen ist, die in den Pflegebereich eingebunden sind.

In der bereits erwähnten Studie des Sozialministeriums wurde auch eine Tabelle mit der Aufteilung der Pflegefälle in Haushalts- und Heimpflege – nach den einzelnen Pflegestufen unterteilt - präsentiert.

<b>Tab1: Anzahl der Pflegegeldbezieher in der Hauspflege, Anzahl der Pflegegeldbezieher in stationärer Langzeitpflege und Pflegegrad durch Angehörige (2017)</b>				
Pflege- geldstufe	Pflegegeld- bezieher zu Hause	Pflegegeldbe- zieher in der sta- tionären Langzeitpflege	Pflegegeld- bezieher ins- gesamt	Pflegegrad zu Hause – in Prozent
1	119.262	1.775	121.073	99 %
2	99.922	5.659	105.581	95 %
3	71.800	9.881	81.681	88 %
4	51.668	13.300	64.968	80 %
5	32.670	16.732	49.402	66 %
6	12.283	7.187	19.470	63 %
7	6.254	2.908	9.162	68 %
<b>Insgesamt</b>	<b>393.859</b>	<b>57.442</b>	<b>451.301</b>	<b>87 %</b>

87 Prozent aller Pflegegeldbezieher werden zu Hause gepflegt und betreut. Dieser prozentuelle Anteil verringert sich von Pflegestufe zu Pflegestufe: von 99 Prozent in Pflegestufe 1 auf 68 Prozent in Pflegestufe 7.

Ab Pflegestufe 4 ist eine Überstellung und in der Folge eine kostenlose Betreuung in einem Pflegeheim möglich. Aber dieses Angebot wird nur von 20 Prozent der Pflegegeldbezieher dieser Pflegestufe in Anspruch genommen.

Diese zögerliche Annahme dieses Angebotes ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass niemand gerne seine Liebsten in ein Pflegeheim abschiebt. Und zum anderen bilden Pflegegeld und Pension des Pflegebedürftigen wohlfeile zusätzliche Einkommensquellen.

Die Pflegebedürftigen selbst sträuben sich auch gegen eine Abschiebung in ein Pflegeheim, wohl ahnend, was ihnen da blüht.

Es ist wahrlich keine Übertreibung, folgende Aussage zu treffen: In den Pflegeheimen unseres Landes werden die Pflegebedürftigen zunächst „ins Bett“ und danach „in den Tod“ gepflegt.

Der durchschnittliche Aufenthalt eines Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim liegt bei ungefähr zwei Jahren. Man geht daher in ein Pflegeheim, um zu sterben. Das ist eine traurige Tatsache!

**In unseren Pflegeheimen gibt es keine „aktivierende Pflege und umfassende Betreuung“ bzw. viel zu wenig davon. Die 5-Sterne-für-Österreich fordern daher eine Erhöhung des Personalschlüssels in den Pflegeheimen, sodass eine menschenwürdige und qualifizierte medizinische Betreuung möglich ist.**

D.h. mehr medizinisch ausgebildetes und qualifiziertes Pflegepersonal! Eigentlich einfach nur mehr Pflegekräfte mit ein bisschen mehr Zeit und Empathie. Beispielsweise, dass nicht nur ein Glas Wasser hingestellt, sondern auch beim Trinken geholfen wird.

**Die betriebswirtschaftliche Gewinn-Rechnung der Pflegeheimbetreiber ist ganz einfach: Je niedriger der Personalschlüssel in den jeweiligen Bundesländern, desto höher die Rendite für die privaten Betreiber bzw. desto geringer sind die Zuschüsse durch die öffentliche Hand.**

#### **A. Vermehrter demografischer Zustrom in das Pflegealter**

Zwischen Mitte der Fünfziger und Ende der Sechziger Jahre kam es auch in Österreich zu einer kleineren Geburtenexplosion. Nachdem die Nachwehen des Zweiten Weltkrieges überwunden waren und sich ein neues Lebensgefühl einstellte. Und diese Geburten rücken jetzt ins Pensions- und in der Folge ins Pflegealter ein. „Die „Boomer Generation“ laufe „blind in die Pflegekatastrophe“ mahnen die Autoren um den deutschen Soziologen Thomas Druyen von der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien in ihrer „Pflegestudie 22“. Knapp 80 Prozent der Befragten im Alter zwischen 54 und 68 Jahren gaben an, keine konkreten Pläne für den Fall zu haben, falls sie später Hilfe im Alltag benötigen.“ (SPIEGEL, Nr. 14/1.4.2023).

#### **B. Abnahme der pflegenden Angehörigen**

Die meisten Angehörigen, die mehr oder weniger gern ihre Liebsten pflegen (müssen), befinden sich im Alter zwischen 50 und 79 Jahren. In deutschen Studien wird von einem Durchschnittsalter von 59 Jahren gesprochen. Daher pflegt die „Sandwich-Generation“ nicht nur ihre Eltern, sondern muss sich auch noch um ihre heranwachsenden Kinder kümmern. Zwischen 30 und 40 Prozent gehen noch einer Erwerbstätigkeit nach.

Neben der „Sandwich-Generation“ gibt es noch eine weitere Problemgruppe pflegender Angehöriger (ungefähr zehn Prozent sind über 80 Jahre alt), selbst bereits in einem vorgerückten pflegebedürftigen Alter und fast immer mit der Pflege ihres Partners völlig überfordert.

## 1.3 Statistik zur Angehörigenpflege in Europa

Jegliche Übernahme der Pflege wird häufig von Staat und Gesellschaft als eine Selbstverständlichkeit betrachtet. Das Problem hierbei ist nur, dass es demografisch immer weniger Familienangehörige gibt, die eine Alterspflege übernehmen können: sinkende Zahl der Geburten sowie Wegzug der Kinder vom Geburtsort, welcher vor allem vom Land in die Stadt führt.

Die traditionelle Familie hat an Bedeutung verloren, viele Ehen werden geschieden, die Kinder, sofern es überhaupt welche gibt, führen oft weit entfernt von ihren Eltern ihr eigenes Leben. Die Abwanderung hat ein deutscher Psychologe in nüchterne Zahlen gefasst: 1996 lebten noch etwa 38 Prozent der erwachsenen Nachkommen in der Nachbarschaft oder am Wohnort, 2014 waren es nur noch rund 26 Prozent. Und: Je höher der Bildungsstand der Eltern, desto unwahrscheinlicher ist es, dass die Kinder in ihrer Nähe bleiben. (SPIEGEL, Nr. 14/1.4.2023).

Eine von uns vorgenommene Sonderauswertung von EUROSTAT, der europäischen Datenbank der EU ergab, dass Österreich im Europa-Vergleich – demografisch gesehen – bezüglich der Altenpflege gut aufgestellt ist. Dies mag zum Teil dem hohen Anteil von Ausländern (fast 20 Prozent) geschuldet sein. In der Datenbank werden alle Einwohner eines Landes und nicht nur seine Staatsbürger ausgewiesen.

Die Schlüssel-Maßzahl ist „Angehörigen-Pflegepotenzial“: Auf hundert Pflegebedürftige (Pflegefälle) kommen wie viele pflegende Angehörige?

**Je niedriger die Maßzahl ausfällt, desto besser ist es – zumindest demografisch - um die Angehörigenpflege bestellt.**

### **Zwei Beispiele zur Illustration:**

**Angehörigenpflege-Maßzahl von 200 Prozent:** Auf 200 Pflegebedürftige kommen – demografisch gesehen – nur 100 pflegende Angehörige

**Angehörigenpflege-Maßzahl von 50 Prozent:** Auf 50 Pflegebedürftige kommen – demografisch gesehen – 100 pflegende Angehörige

**In der Rangreihung der 32 europäischen Staaten ist Österreich mit der ausgewiesenen Maßzahl von 67 Prozent an siebenter Stelle zu finden. Auf 67 Pflegebedürftige kommen hundert pflegende Angehörige. Bessere Werte waren nur noch in Luxemburg, Irland, Island, Liechtenstein, Slowakei und Spanien zu finden.**

**Eine weitere, sehr aufschlussreiche Maßzahl bildet das Verhältnis der älteren Generation (die über 65-Jährigen) zur erwerbsfähigen Bevölkerung (dies gilt für die Altersgruppen zwischen 20 und 65 Jahren).**

Damit soll nämlich ausgedrückt werden, inwieweit die erwerbsfähige Bevölkerung eines Landes – demografisch gesehen – überhaupt in der Lage ist, das Gesundheitswesen der älteren Generation zu finanzieren.

**Tab2: Angehörigen-Pflegepotenzial, Anteil der über 65-Jährigen und Finanzierung der Altenpflege in Europa 2022**

Rangreihung	Land	Angehörigen-Pflegepotenzial	Anteil der über 65-Jährigen	Finanzierung der Altenpflege
1	Luxembourg	54%	15%	23%
2	Irland	60%	15%	25%
3	Island	63%	15%	25%
4	Liechtenstein	63%	19%	31%
5	Slowakei	64%	17%	28%
6	Spanien	67%	20%	33%
7	Österreich	67%	19%	32%
8	Schweiz	68%	19%	31%
9	Zypern	69%	17%	27%
10	Litauen	69%	20%	33%
11	Rumänien	69%	19%	33%
12	Norwegen	71%	18%	31%
13	Belgien	74%	20%	34%
14	Niederlande	74%	20%	34%
15	Polen	74%	19%	32%
16	Slowenien	74%	21%	36%
17	Großbritannien	74%	18%	32%
18	Lettland	75%	21%	36%
19	Ungarn	75%	21%	34%
20	Bulgarien	76%	22%	37%
21	Tschechien	76%	21%	35%
22	Dänemark	77%	20%	35%
23	Deutschland	77%	22%	37%
24	Italien	77%	24%	41%
25	Estland	78%	20%	35%
26	Griechenland	78%	23%	38%
27	Kroatien	80%	22%	39%
28	Malta	81%	19%	30%
29	Portugal	81%	24%	41%
30	Frankreich	82%	21%	38%
31	Schweden	83%	20%	36%
32	Finnland	92%	23%	41%

**(Quelle: EUROSTAT und eigene Berechnungen)**

**Angehörigen-Pflegepotenzial:** Anzahl der über 65-Jährigen (zu Pflegende) / Anzahl der 45 – 65-Jährigen (pflegende Angehörige) in Prozent

**Anteil der über 65-Jährigen** bezogen auf die Wohnbevölkerung des Landes in Prozent

**Finanzierung der Altenpflege:** Anzahl der über 65-Jährigen/Anzahl der Erwerbstätigen zwischen 20 und 65 Jahren in Prozent

## **An drei Beispielen – Best- und Worst-Case sowie Österreich – soll diese Maßzahl illustriert werden:**

- ✓ Luxemburg hat diesbezüglich die besten Werte vorzuweisen: 100 Personen im erwerbsfähigen Alter müssen nur 23 Personen von der älteren Generation finanzieren.
- ✓ Die schlechtesten Werte wurden aber für Italien ausgewiesen: 100 Italiener im erwerbsfähigen Alter müssen bereits 41 Pensionisten finanzieren.
- ✓ Und wo ist der Wert für Österreich angesiedelt? Unser Land ist – demografisch gesehen – nicht schlecht aufgestellt, was aber – wie bereits angeführt – dem hohen Ausländeranteil geschuldet ist. Die Ausländer sind aber vielfach prekär oder überhaupt nicht beschäftigt. Wie auch immer: Österreich liegt in der 32 europäische Länder umfassenden Analyse ungefähr an zehnter Stelle. Auf 100 österreichische Einwohner im erwerbsfähigen Alter kommen 32 Personen der älteren Generation.

## **2. Altenpflege in Österreich**

### **2.1 Allgemeine Hinweise zum Pflegewesen**

In Österreich wurden 2022 im Jahresdurchschnitt in etwa 470.000 anerkannte Pflegebedürftige gezählt, die ihre täglichen Aktivitäten nicht mehr alleine ausüben können und daher täglich mehr als zwei Stunden Hilfe benötigen.

Dies entspricht – bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung – einem Anteil von 5,2 Prozent. Es wird daher immer wieder bejubelt, dass Österreich Pflegeweltmeister sei, da nirgendwo mehr Menschen als in unserem Land eine finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand beziehen.

Das österreichische Pflegewesen unterscheidet sich von seinem Gesundheitssystem dadurch, dass bei einem nachgewiesenen Bedarf keine persönlich konsumierbaren Sachleistungen angeboten werden, sondern ein Pflegegeld (PG), das dem Patienten ohne weitere Kontrolle zwölf Mal im Jahr ausbezahlt wird. Des Weiteren werden noch Zuschüsse an die Pflegeheime geleistet. Mitnahmeeffekte sind daher nicht auszuschließen.

Mit einer bloßen Geldleistung ist aber die Idee verbunden, keinesfalls die notwendigen Pflegeleistungen voll zu finanzieren. Sie kann nur als eine Art Anerkennungsbeitrag verstanden werden.

**Dies wird schon dadurch deutlich, wenn man die zuerkannten Pflegegeldbeträge den Betreuungs- und Pflegestunden zu Marktpreisen durch die Angehörigen direkt oder den Pflegediensten gegenüberstellt!**

In den beiden unteren Pflegestufen 1 und 2 reicht das Pflegegeld kaum, um den Pflege- und Betreuungsaufwand zu decken. Je höher aber die Pflegestufe, desto geringer ist der Eigenanteil. Vor allem bei den Pflegestufen 6 und 7 – so die die Ergebnisse einer Befragung – ist eine finanzielle Deckung des Aufwandes eher gegeben.

Prof. Dr. Ernest G. Pichlbauer, der(!) österreichische Gesundheitsexperte, unterbreitete daher einen Vorschlag dazu: „Ein vernünftiges Konzept sollte genau anders herum sein – geringer Pflege- und Betreuungsbedarf sollten als Sachleistung voll finanziert werden.“

Tab3: Anzahl der Pflegegeldbezieher und Höhe des Pflegegeldes pro Monat nach den einzelnen Pflegestufen (2022)			
Pflegestufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Anzahl der Bezieher	Monatliches Pflegegeld
1	Mehr als 65 Stunden ( <b>mehr als 2 Stunden täglich</b> )	131.154	175,00 €
2	Mehr als 95 Stunden ( <b>mehr als 3 Stunden täglich</b> )	100.179	322,70 €
3	Mehr als 120 Stunden ( <b>mehr als 4 Stunden täglich</b> )	88.240	502,80 €
4	Mehr als 160 Stunden ( <b>mehr als 5 Stunden täglich</b> )	68.461	754,00 €
5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist ( <b>mehr als 6 Stunden täglich</b> ).	52.040	1.024,00 €
6	180 Stunden, wenn zeitlich nicht koordinierbare Betreuungsmaßnahmen und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist ( <b>mehr als 6 Stunden täglich</b> ).	19.886	1.430,20 €
7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt ( <b>mehr als 6 Stunden täglich</b> ).	8.982	1.879,50 €
<b>Insgesamt</b>		<b>468.942</b>	<b>Durchschnitt 532, 80 €</b>

In Österreich gibt es immer noch eine unsaubere Trennung zwischen der Pflege wie beispielsweise Einnahme von Medikamenten, Katheder-Pflege usw. einerseits und der Betreuung wie beispielsweise Essen auf Rädern, die von unterschiedlich qualifizierten Fachkräften ausgeübt werden, andererseits.

Während beim Gesundheitswesen das Sachleistungsprinzip mit geringen Selbstbehalten waltet, zeichnet sich das Pflegesystem durch relativ geringe Geldleistungen und hohen Selbstbehalten aus. Dadurch entstehen - zumindest zeitweise - Anreize, Pflegebedürftige in das Gesundheitssystem abzuschieben.

Laut Statistik Austria wurden 2016 bei mindestens 460.000 Personen über 65 Jahren - dies entsprach 35 Prozent aller Spitalsaufnahmen mit einer Belagsdauer von weit über vier Millionen Spitalstagen - lediglich Rücken- oder Gelenksschmerzen, Dehydrierungen, Kreislaufschwächen oder kleinere Verletzungen diagnostiziert.

**Solche Patienten bedürfen eigentlich nicht eines hoch spezialisierten Krankenhauses. Sie sind daher mit ein Grund für die im EU-Vergleich hohe Krankenhaushäufigkeit in Österreich.**

**Krankenhausaufenthalte sind nämlich dadurch zu vermeiden, wenn man sich stärker der Prävention verschreibt!**

Mit der Prävention ist es aber in unserem Land äußerst schlecht bestellt. Man gebraucht zwar gerne das Schlagwort vom „gesunden Altern“, glaubt aber, dass sich dieses automatisch ergäbe. Daher ist auch niemand dafür zuständig!

**Prävention im Alter zielt aber darauf ab, dass spezielle Maßnahmen und Angebote erstellt werden, wodurch der Lebenswillen, die Selbstständigkeit, die Mobilität, die sozialen Kontakte und Aktivitäten der alten Menschen gefördert und verstärkt werden. Denn nur so kann die „Pflegebedürftigkeit“ nach hinten verschoben werden.**

Die Idee ist also, die Gesundheitsversorgung altersfreundlich zu gestalten. Prof. Dr. Ernest G. Pichlbauer verweist in seinem 2018 erschienenen Bericht „Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall“ auf das Beispiel Dänemark.

**„Doch was machen die Dänen anders? Weil es nicht einfach ist, die Pflege vom Gesundheitswesen abzugrenzen, wurden das gesamte Pflegewesen, also sowohl die gesundheitsrelevanten als auch die instrumentellen Aktivitäten, ins Gesundheitssystem integriert und professionalisiert. In Dänemark bezieht man von der Einkaufshilfe bis zur Herztransplantation alles als Sachleistung.“**

**Das Ziel einer Pflegereform in Österreich – so Dr. Pichlbauer – muss sein, den Anteil der bei ihren Aktivitäten des täglichen Lebens stark eingeschränkten Über-65-Jährigen von 22 Prozent auf 15 Prozent zu senken. Dies wäre dann die Mitte zwischen unserem heutigen Wert und jenem in Dänemark.**

Dr. Pichlbauer fügte aber auch hinzu, dass das dänische Pflegesystem fast doppelt so teuer wie das österreichische ist. Allerdings sind die Gesamtausgaben insgesamt – Langzeitpflege und Akutversorgung zusammen - in Dänemark nicht höher als in Österreich.

**Der österreichische Weg sieht aber gänzlich anders aus. Ein hochkomplexes Krankenhaussystem sorgt für die Akutversorgung und heilt die Auswirkungen des Alterungsprozesses. Und zwar erst dann, nachdem bestimmte Krankheiten wie Schlaganfälle, Herz-Operationen und Gelenksschäden aufgetreten sind. Eine Rehabilitation danach gibt es aber wiederum nicht. Eine solche ist nur den aktiv Erwerbstätigen und vor der Pension dieser vorbehalten.**

## **2.2 Öffentliche Finanzierung des Pflegewesens**

Laut OECD liegen in Österreich die Ausgaben für das Pflegewesen im Vergleich mit anderen europäischen Ländern mit 1,9 Prozent des BIP im Mittelfeld. In den skandinavischen Ländern, aber auch in den Niederlanden, wo die Politik dem Pflegewesen große Aufmerksamkeit schenkt, sind auch die Ausgaben deutlich höher. Die französischen Aufwände sind mit den österreichischen durchaus vergleichbar, die deutschen hingegen deutlich niedriger. Am knausrigsten zeigten sich mediterrane Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland. Vor allem in Griechenland wird die Altenpflege - ohne irgendwelche erkennbare finanzielle Unterstützungen seitens der öffentlichen Hand – völlig den Angehörigen überantwortet.

**Tab4: Öffentliche Ausgaben für Pflege in Prozent des Bruttoinlandsprodukt (BIP) - 2016**

<b>Land:</b>	<b>In Prozent:</b>
Niederlande	3,5 %
Schweden	3,2 %
Dänemark	2,5 %
Belgien	2,3 %
Finnland	2,2 %
Österreich	1,9 %
Frankreich	1,7 %
Italien	1,7 %
Vereinigtes Königreich	1,5 %
Deutschland	1,3 %
Irland	1,3 %
Luxemburg	1,3 %
Spanien	0,9 %
Portugal	0,5 %
Griechenland	0,1 %

## 2.3 Pflegeformen in unserem Land

Österreich setzt bei der Altenpflege so gut wie ausschließlich auf die Angehörigen. . Dieser Begriff ist aber sehr weit gefasst, er schließt nämlich auch die Pflege durch entfernte Verwandte und Nachbarn ein. Zu 90 Prozent sind es aber die nahen Angehörigen (Kinder oder Lebenspartner) und bei der Behindertenpflege sind es vor allem die Eltern, die hierbei zum Handkuss kommen.

**Anders als in Frankreich wird in Österreich bei der Pflegebedürftigkeit nicht nach dem Alter unterschieden. D.h. ungefähr ein Fünftel der Pflegebedürftigen in unserem Land sind unter 60 Jahren alt. Deren Pflegebedürftigkeit rührt von einem Unfall oder einer angeborenen Behinderung her.**

Das Ausmaß der Hauspflege wird durch die Pflegstufe, in der sich die zu pflegende Person befindet, bestimmt.

**Laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger wurden zum Stichtag 30. 9. 2017 87 Prozent der 451.301 Pflegegeldbezieher zu Hause gepflegt.**

Praktisch alle in den Pflegestufen 1 und 2, acht bzw. neun von zehn in den beiden Pflegestufen 3 und 4 und nicht viel mehr als sechs von zehn in den höheren Pflegestufen werden zu Hause gepflegt.

Mit anderen Worten: Selbst in der Pflegstufe 4, wo bereits eine Aufnahme mit voller öffentlicher finanzieller Beteiligung möglich wäre, wird eine Zuhause-Pflege in acht von zehn Fällen bevorzugt.

Erst wenn in den Pflegestufen 5 bis 7 der Pflegebedarf enorm ansteigt, erhöht sich auch der Anteil einer stationären Einbindung.

**Tab5: Pflegegeld beziehende Personen nach ihrer Pflegestufe  
sowie Betreuungsart zum Stichtag: 30.9. 2017  
(Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)**

<b>Pflegstufe:</b>	<b>Pflege: Anzahl Zuhause</b>	<b>Pflege: Anzahl stationär</b>	<b>Pflege: Insgesamt</b>	<b>Anteil der zu Hause Ge- pflegten</b>
Pflegestufe 1	119.262	1.775	121.037	99 %
Pflegestufe 2	99.922	5.659	105.581	95 %
Pflegestufe 3	71.800	9.881	81.681	88 %
Pflegestufe 4	51.668	13.300	64.968	80 %
Pflegestufe 5	32.670	16.732	49.402	66 %
Pflegestufe 6	12.283	7.187	19.470	63 %
Pflegestufe 7	6.254	2.908	9.162	68 %
<b>Insgesamt</b>	<b>393.859</b>	<b>57.442</b>	<b>451.301</b>	<b>87 %</b>

Dass die vielen Pflegebedürftigen (bis zu 80 Prozent), die auch nach dem Erreichen der Pflegestufe 4 immer noch Zuhause gepflegt und betreut werden, obwohl eine Überstellung in ein Pflegeheim durchaus möglich wäre, hat neben einer emotionalen Verbundenheit mit den Pflegebedürftigen sicherlich auch handfeste finanzielle Gründe: Wegfall des Pflegegeldes und vor allem der Pension des Pflegebedürftigen.

**In Griechenland leben oft drei Generationen von der einen(!) Pension des Großvaters: die Großeltern als solche, der arbeitslose Sohn und die Enkeln in Ausbildung. Aber ist es in unserem Land so viel anders?**

## **2.4 Angehörigenpflege**

Die nun folgenden Ausführungen zur Angehörigenpflege basieren auf den Ergebnissen einer deskriptiv-quantitativen Studie mit Selbstaussfüllbogen aus den Jahren 2017/18.

Es wurden 11.487 Fragebögen an Pflegegeldbezieher aller sieben Pflegestufen versandt. Insgesamt konnten nach Datenerhebung und –bereinigung 3.246 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden. Die Rücklaufquote lag etwas unter 30 Prozent. Diese entspricht damit völlig dem internationalen Standard.

Die Fragebögen wurden an die Pflegegeldbezieher mit der Bitte versandt, sie an jene Personen weiterzugeben, die mit der Pflege befasst sind.

Wenn sich auch mehrere tausend Pflegegeldbezieher an dieser Befragung beteiligten, so ist sie keineswegs als repräsentativ anzusehen.

Erfahrungsgemäß haben sich vor allem die Engagierten und Aufopferungswilligen an der Befragung beteiligt. Nicht aber die weniger Desinteressierten und Gleichgültigen.

Bei Befragungen dieser Art ist auch der hohe Anteil an sozial erwünschten Antworten zu berücksichtigen. Denn wer will schon eingestehen, dass man eigentlich die alte, pflegebedürftige und demente Mutter „hasst“, weil man mit der Pflege völlig überfordert ist. Dies gilt es daher bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen!

**Für Planung, Durchführung und Auswertung zeichneten die zwei Institute der Universität Wien – das Institut für Pflegewirtschaft und das Institut für Soziologie – verantwortlich.**

M. Nagl-Cupal, F. Kolland, U. Zartler, H. Bittner et al. sowie Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit ... (Hg.): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke, Universität Wien, 2018. In Folge Angehörigenstudie 2018 genannt.

### **2.4.1 Merkmale der pflegenden Angehörigen**

Drei von vier pflegenden Angehörigen (73 Prozent) sind weiblich. Im Rahmen einer Studie aus dem Jahr 2005 lag der Frauenanteil noch bei 79 Prozent. Daraus kann geschlossen werden, dass sich inzwischen die Männer in die Angehörigenpflege stärker einbringen.

Die am stärksten vertretene Altersgruppe unter den pflegenden Angehörigen ist jene zwischen 51 und 60 Jahren – und zwar mit 29 Prozent. Jeweils ein Viertel der pflegenden Angehörigen entfallen auf die beiden Altersgruppen 61 bis 70 Jahren bzw. über 70 Jahre.

Fast jede/r dritte pflegende Angehörige (31 Prozent) ist noch erwerbstätig. Von den pflegenden Angehörigen, die noch erwerbstätig sind, hat ungefähr jede/r Vierte ihre/seine Erwerbstätigkeit aufgegeben bzw. eingeschränkt.

### **2.4.2 Das Verhältnis zur gepflegten Person**

Ungefähr zu gleichen Anteilen sind Kinder bzw. Partner als pflegende Angehörige auszumachen – und zwar jeweils zu 35 Prozent. Darauf folgen noch die Eltern bei der Behindertenpflege mit zwölf Prozent. Alle anderen Betreuungsformen Geschwister, Verschwägerter, sonstige Verwandte und auch Freunde rangieren unter fünf Prozent.

### **2.4.3 Arrangements bei der Pflege zu Hause**

Zwei Arten von Arrangements decken in etwa zu gleichen Anteilen die Pflege und Betreuung zu Hause ab: 35 Prozent der Pflegebedürftigen werden nur von ihren Angehörigen gepflegt und bei 34 Prozent gibt es einen Mix zwischen informeller und formeller, d.h. mobiler Unterstützung. Weitere 19 Prozent der Pflegegeldbezieher erfahren keine sowie 12 Prozent ausschließlich formelle Unterstützung.

## 2.4.4 Gründe für eine Pflegebedürftigkeit

Die nun folgende Tabelle zeigt die zehn meistgenannten Gründe, die zu einem Pflegegeldbezug führten.

<b>Tab6: Die zehn häufigsten Gründe für eine Pflegebedürftigkeit (Mehrfachnennungen)</b>	
mehrere Erkrankungen/ altersbedingte Kräfteverfall	42 Prozent
Krankheit des Bewegungsapparates	38 Prozent
chronische Herz- und Kreislauferkrankung	30 Prozent
Demenz (z.B. Alzheimer Demenz)	24 Prozent
Krankheit des Nervensystems	18 Prozent
Unfall oder Sturz	18 Prozent
intellektuelle Behinderung	10 Prozent
Krebserkrankung	9 Prozent
angeborene Erkrankungen/Fehlbildungen	7 Prozent
Sehbehinderung bzw. Sehschwäche	5 Prozent

Zusätzlich zur Erhebung der Ursachen für die konkrete Pflegebedürftigkeit wurde auch das Auftreten von mentalen Problemen der zu Pflegenden abgefragt: Ungefähr jeder zweite pflegende Angehörige klagte darüber, dass bei seinem Schützling gelegentliche Gedächtnisprobleme sowie Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten sind.

## 2.4.5 Motive für die Übernahme der Pflege

Nach den Motiven für die Übernahme der Pflege bzw. Betreuung (Mehrfachnennungen waren möglich) gefragt, gaben knapp drei Viertel der pflegenden Angehörigen an, dass dies für sie selbstverständlich war. Das am zweithäufigsten angeführte Motiv stellt eine starke emotionale Verbindung mit dem Pflegebedürftigen dar, gefolgt von einem Gefühl der Verpflichtung. Beide Motive werden von jeweils der Hälfte der pflegenden Angehörigen geteilt. Alle anderen abgefragten Motive wurden weitaus seltener vorgebracht.

<b>Tab7: Die zehn häufigsten Gründe für die Übernahme der Pflege bzw. Betreuung durch die Angehörigen (Mehrfachnennungen)</b>	
war selbstverständlich	74 Prozent
starke emotionale Verbindung	55 Prozent
fühlte mich verpflichtet	50 Prozent
keine andere Möglichkeit	17 Prozent
zu hohe Kosten für eine professionelle Pflege/Betreuung	17 Prozent
religiöse Überzeugung	10 Prozent
keine bewusste Entscheidung	8 Prozent
sonstige Gründe	8 Prozent
weil er/sie zur Familie gehört	7 Prozent
bot finanzielle Vorteile	2 Prozent

## 2.4.6 Belastungen durch die Pflege

Im Rahmen der schriftlichen Befragung unter den pflegenden Angehörigen wurde auch nach den empfundenen Belastungen gefragt.

Die nun folgende Abbildung zeigt, dass psychische bzw. zeitliche Belastungen im Vordergrund stehen. Die generelle Einschätzung der durch eine Pflege bzw. Betreuung hervorgerufenen Belastung insgesamt ergab, dass sich 48 Prozent der pflegenden Angehörigen stark belastet fühlen, indem sie auf einer fünfteiligen Belastungsskala die Noten 1 oder 2 vergaben. Dabei lässt sich eine deutliche Zunahme des Belastungsgefühls in drei Abstufungen mit den Pflegegeldstufen 1 und 2 (niedrig), über die Pflegegeldstufen 3 – 5 (mittel), bis hin zu den Pflegegeldstufen 6 – 7 (hoch) beobachten.

Tab8: Starke Belastungen ( Vergabe der Noten 1 oder 2) aufgrund der Pflege und Betreuung	
Belastung insgesamt	48 Prozent
<b>Bereiche:</b>	
psychische Belastung	56 Prozent
zeitliche Belastung	54 Prozent
Stress	49 Prozent
körperliche Belastung	38 Prozent
finanzielle Belastung	29 Prozent

## 2.4.7 Negative Aspekte bei einer Pflege

Im Zuge dieser Befragung wurden auch einige Aussagen zur Bewertung vorgegeben, die die Bandbreite negativer Aspekte bei der Angehörigenpflege und -betreuung zum Ausdruck bringen.

Die Befragten machen sich häufig Sorgen, wie es weiter gehen soll. Diesem Item wurde von 56 Prozent voll bzw. teilweise zugestimmt. 40 Prozent der Befragten haben manchmal das Gefühl, dass ihnen alles zu viel wird, 35 Prozent fühlen sich manchmal alleine gelassen. Bei jeweils rund 30 Prozent leiden die Beziehung und der Kontakt zum nahestehenden Pflegebedürftigen. Dass sie sich manchmal ausgezehrt fühlen, gaben 17 Prozent der Befragten an. Rund 30 Prozent der Befragten führten auch an, dass ihre eigene Gesundheit wegen der Pflege und Betreuung Schaden nehme.

## 2.4.8 Positive Aspekte bei einer Pflege

Eine eigene Fragenbatterie widmete sich möglichen positiven Aspekten bei der Pflege und Betreuung. Eine durch Pflege und Betreuung hervorgerufene **intensive Beziehung** führte die Liste der positiven Aspekte an. 78 Prozent der Befragten meinten, dies trifft voll bzw. teilweise zu. 63 Prozent der Befragten waren der Ansicht, **dass sie durch die Pflege und Betreuung „etwas zurückgeben“**.

Ebenfalls sehr häufig fühlen sich die pflegenden Angehörigen „gebraucht“ (61 Prozent). Des Weiteren, aber nicht von der Mehrzahl der Befragten, werden noch „positive soziale Betätigung“ und „persönliche Weiterentwicklung“ angeführt.

## 2.5 24-Stunden-Betreuung

Der durchaus nachvollziehbare Wunsch Pflegebedürftiger, möglichst lange zu Hause von ihren Lieben gepflegt zu werden, des Weiteren gravierende Veränderungen gesellschaftlicher Strukturen wie steigende Erwerbstätigkeit bei den Frauen, Überalterung der österreichischen Bevölkerung sowie das oft fehlende Angebot tagesaktueller Pflege und alternativer Wohnformen wie beispielsweise „betreutem Wohnen“ haben zu einer steigenden Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung mit osteuropäischen Pflegekräften geführt.

Wie viele Personen eine solche Betreuung in Anspruch nehmen, dazu liegen keine offiziellen statistischen Daten auf. Man spricht aber davon, dass ungefähr acht Prozent der Pflegegeldbezieher eine 24-Stunden-Betreuung haben, 21 Prozent verbringen ihren Lebensabend in einem Pflege- bzw. Altersheim und zwei Prozent besuchen regelmäßig ein Tageszentrum für Senioren. In der schriftlichen Angehörigen-Befragung 2018/19 wurde für die 24-Stunden-Betreuung ein Anteil von 14 Prozent ausgewiesen.

Der schriftlichen Angehörigenpflege-Studie zufolge werden vor allem fünf Gründe – nach ihrer Häufigkeit gereiht - angeführt, die zur Annahme eines Angebotes für eine 24-Stunden-Betreuung greifen lassen (Mehrfachnennungen):

- ✓ 92 Prozent der Befragten tragen ein emotionales Argument vor: „Die 24-Stunden-Betreuung ermöglicht, dass die zu pflegende Person weiterhin zu Hause bleiben kann“.
- ✓ „Sie – die 24 Stunden-Betreuung - übernimmt Dinge, die mir unangenehm sind,“ mit 67 Prozent der Nennungen.
- ✓ „Sie bringt mir Entlastung“ mit 48 Prozent der Nennungen.
- ✓ „Sie verschafft mir Auszeit“ mit 40 Prozent der Nennungen.
- ✓ „Sie übernimmt Dinge, die ich nicht beherrsche“ mit 29 Prozent der Nennungen.

Bei Vorliegen einer hohen Pflegestufe (6 und 7) rücken die beiden Argumente „Übernahme von Dingen (vor allem Intimpflege bei Männern durch Frauen), die unangenehm sind“ und „Übernahme von Dingen, die man nicht beherrscht“ immer stärker in den Vordergrund.

Eine 24-Stundenpflege geht aber ins Geld. In der Angehörigenstudie gaben zwei Drittel der Befragten an, dass die Kosten entweder nur teilweise (58 Prozent) oder kaum (acht Prozent) durch das Pflegegeld und Förderungen abgedeckt werden.

Zur Demonstration der finanziellen Belastung für die Pflegebedürftigen wie auch für deren Angehörigen soll das Angebot einer österreichischen Pflegeagentur, die mit rumänischen Pflegekräften arbeitet, in zwei Varianten präsentiert werden. Weitere Angebote, die eingeholt wurden, wiesen nach, dass sich das vorliegende Angebot innerhalb der durchschnittlichen Marktpreise bewegt.

**Das Angebot wurde für eine 90-Jährige Dame, in Wien beheimatet, Pflegestufe 4 erstellt.**

Bei Stufe 4 beträgt derzeit das monatliche Pflegegeld € 754,--. Eine pflegebedürftige Person – und zwar ab Pflegestufe drei und wenn die monatliche Pension € 2.500,-- nicht übersteigt – hat bei Inanspruchnahme der **24-Stunden-Betreuung** einen Anspruch auf eine monatliche Förderung von € 320,-- pro Pflegekraft. Da in einem Monat zwei Pflegekräfte zum Einsatz kommen, erhöht sich der Förderungsbeitrag auf € 640,--.

**Die Höhe des jeweiligen Betreuungshonorars für die Pflegekräfte ist von deren Sprachniveau und Pflegeniveau abhängig.**

**Beschreibung der beiden Betreuungsangebote:**

**A. Einsteiger Plus:** „Diese Erfahrungsstufe – so der Prospekt – wird empfohlen, wenn Deutsch in einfachen Sätzen möglich sein soll.

VERSTEHEN: Möglich

SPRECHEN: Wenige Wörter

ERFAHRUNG IN DER PFLEGE: Wenig Erfahrung“

**B. Standard Plus:** „Beständig bessere Qualität der Betreuungskräfte. Da die Betreuungskräfte in diesen Stufen mit ihrem Einkommen besser ihr Auskommen finden, wird das Risiko von ständig neuen Betreuungskräften deutlich minimiert.

VERSTEHEN: Gut Möglich

SPRECHEN: Gut möglich

ERFAHRUNG IN DER PFLEGE: Vorhanden“

**Tab9: Beispielrechnung für eine 24-Stunden-Betreuung in zwei Varianten**

	<b>A. Einsteiger Plus</b>	<b>B. Standard Plus</b>
Betreuungskosten	€ 2.170,--	€ 2.570,--
+ Fahrtkosten	€ 200,--	€ 200,--
<b>= Zwischensumme</b>	<b>€ 2.370,--</b>	<b>€ 2.770,--</b>
- Pflegegeld Stufe 4	€ 754,--	€ 754,--
- Förderung 24h-Betreuung	€ 640,--	€ 640,--
<b>= Effektive Gesamtkosten</b>	<b>€ 976,--</b>	<b>€ 1.376,--</b>

**Dies sind nur die effektiven Gesamtkosten für die ausländischen Pflegekräfte. Zudem sind sie zu verköstigen und es muss ihnen ein Zimmer zur Verfügung gestellt werden.**

**Damit sind aber die Aufwände für Medikamente, Arztbesuche und andere medizinische Einrichtungen sowie für medizinische und hygienische Artikel etc. noch gar nicht berücksichtigt.**

**Es ist daher mit einer finanziellen Netto-Gesamtbelastung bis zu € 2.000 monatlich zu rechnen, die von den Pflegebedürftigen selbst oder deren Angehörigen berappt werden müssen.**

## **2.6 Stationäre Pflege (Pflegeheime)**

Die österreichischen Pflegeheime bieten ungefähr 70.000 Pflegeplätze an. Die durchschnittliche Auslastung in den Heimen beträgt ungefähr 80 Prozent.

**Nicht mehr als 13 Prozent aller Pflegegeldbezieher werden stationär betreut.**

Zu den regionalen Auslastungen der Pflegeheime liegen keine Statistiken vor. So kann es durchaus Unter- wie auch Überbelastungen geben. Die mancherorts kolportierten langen Wartezeiten für eine Aufnahme in ein Pflegeheim haben aber eher nur anekdotischen Charakter.

**Im Gegensatz zu anderen Ländern wird aber die finanzielle Belastung aufgrund einer stationären Aufnahme kaum wahrgenommen.**

Nicht mehr als 15 Prozent der Befragten in der bereits mehrfach zitierten Angehörigen-Studie empfanden die finanzielle Belastung als sehr stark bzw. als stark. Dies sind wahrscheinlich jene Befragten, die einen höheren Eigenanteil leisten müssen, da der/die Pflegebedürftige noch nicht jene Pflegestufe, die für eine Aufnahme in ein Pflegeheim erforderlich ist, erreicht hat.

**Die Betriebskosten der Pflegeheime werden wie folgt finanziert:**

- ✓ **Zuerst werden Pensionsbezüge und Pflegegeld der Pflegebedürftigen – und zwar bis zu 80 Prozent – herangezogen.**
- ✓ **Besteht weiterhin ein Finanzierungsbedarf, dann springt die öffentliche Hand ein.**
- ✓ **Bis vor wenigen Jahren gab es noch einen „Patientenregress“, der darin bestand, dass auch das Vermögen des Pflegebedürftigen zur Deckung herangezogen wurde. Dieser Regress wurde aber dadurch umgangen, indem das Vermögen des Pflegebedürftigen (in der Regel eine Immobilie) fristgerecht verschenkt wurde.**
- ✓ **Abgeschafft wurde auch der sogenannte „Kinderregress“. D. h. dass auch die leiblichen Kinder einen Pflegebeitrag für ihre Altvorderen zu leisten hatten.**
- ✓ **Ein „Ehepartner-Regress“ besteht aber in unterschiedlicher Form noch weiterhin.**

**Eine Anwartschaft auf einen Pflegeplatz in einem Pflegeheim in Wien kann man ab Pflegestufe vier erwirken, in anderen Bundesländern bereits ab Pflegestufe drei!**

Wie es keine Altersprävention bei der Angehörigenpflege gibt, so ist auch in den österreichischen Pflegeheimen – so Dr. Pichlbauer – keine **aktivierende Pflege(!)** bzw. viel zu wenig davon zu finden. Dort werden die Alten zunächst **„ins Bett“** (Volksanwaltschaft 2017) und danach **„in den Tod gepflegt“**.

**Der durchschnittliche Aufenthalt eines Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim liegt bei ungefähr zwei Jahren. Man geht eigentlich in Österreich in ein Pflegeheim, um zu sterben! Das ist eine traurige Tatsache!**

## **Themenwechsel: Zurück zur Angehörigenpflege-Studie**

In dieser Angehörigenpflegestudie wurden aber nicht nur die pflegenden Angehörigen einer ausführlichen schriftlichen Befragung unterzogen, sondern auch jene Angehörige, die ihre Eltern oder Partner in einem Pflegeheim untergebracht haben.

### **2.6.1 Wünsche Angehöriger bezüglich stationärer Pflege**

Mittels einer offenen Frage wurden die pflegenden Angehörigen gebeten, ihr wichtigstes Anliegen in Bezug auf Pflege- und Betreuung frei zu äußern.

**Die Frage lautete: „ Wenn Sie einen Wunsch hinsichtlich Pflege- und Betreuung Ihrer pflegebedürftigen Angehörigen in Pflegeheimen frei hätten. Welcher wäre das?“**

Der am häufigsten angeführte Wunsch (38 Prozent der Nennungen) bezog sich auf „mehr Personal“. 16 Prozent wünschten sich ein besseres Pflegeangebot. 13 Prozent sprachen konkrete Verbesserungen im Pflegeheim an. Den Wunsch nach mehr „Information und Aufklärung“ führten sechs Prozent der Befragten ins Treffen. Jeweils fünf Prozent äußerten den Wunsch nach „besserer medizinischer Versorgung“, nach „anderer finanzieller Unterstützung“ und nach einer „Verbesserung der psychischen und sozialen Situation“. Schlussendlich gaben vier Prozent an, dass sie sich „weniger Bürokratie“ wünschen. Und nicht mehr als zehn Prozent sahen kein Verbesserungspotenzial.

### **2.7 Wünsche hinsichtlich eigener Pflege im Bedarfsfall**

Für sich selbst wünschte man sich am häufigsten die Nutzung alternativer Wohnformen (36 Prozent), gefolgt von einem Mix aus Angehörigenpflege und mobiler Dienste (29 %).

Ein Alten- bzw. Pflegeheim präferierten nur 24 % der Befragten und eine 24-Stunden-Betreuung kommt überhaupt nur für 16 Prozent der Befragten in Frage.

**Nur mehr von den Angehörigen alleine gepflegt zu werden, konnten sich nicht mehr als acht(!) Prozent der Befragten vorstellen! Vermutlich auch deshalb, weil es dann, wenn es bei ihnen einmal soweit ist, für sie keine pflegenden Angehörigen mehr gibt!**

## 2.8 Alternative Pflegeformen

Anders als in den skandinavischen Ländern wird in Österreich tagesstrukturierender Pflege (stationäre Tagesaufenthalte) und betreutem Wohnen sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Beide Angebote gibt es praktisch nur in Wien. Letzteres subventioniert die Gemeinde Wien.

Dies ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass die Bundesländer und Gemeinden für die stationäre Pflege zu sorgen haben. Müssten die Bundesländer und Gemeinden auch solche Angebote finanzieren, dann würde dies zu hohen Selbsthalten führen.

Es gibt für betreutes Wohnen auch keine privaten Anbieter, da der betriebswirtschaftliche Erfolg bei einer solchen Investition mehr als fraglich wäre.

## 3. Demenz, die Geisel des 21. Jahrhunderts

### 3.1 Wie viele Personen sind an Demenz erkrankt?

In Österreich wurden 2022 im Jahresdurchschnitt in etwa 470.000 Pflegegeldbezieher gezählt, die ihre täglichen Aktivitäten nicht mehr alleine ausüben können und daher täglich mehr als zwei Stunden Hilfe benötigen.

Davon wurden laut fachärztlicher Gutachten 20,9 Prozent der Pflegegeldbezieher als dement eingestuft. Dieser Prozentsatz entspricht in etwa 98.000 Personen und bildet nur die Spitze eines Eisberges. Die Dunkelziffer ist aber bedeutend höher. Viele an Demenz Erkrankte scheuen den Weg zum Facharzt, da eine diesbezügliche fachärztliche Diagnose für die Einstufung des Pflegegrades nicht unbedingt erforderlich ist. Man schämt sich ja als „dumm“ eingestuft zu werden. Aufrechterhalten der Fassade um jeden Preis. Was Gebildeten in der Anfangsphase auch ganz gut gelingt!

Die Diagnose Demenz – vor allem im Hinblick auf Alzheimer Demenz, die sich ja schleichend entwickelt – wird oftmals erst dann gestellt, wenn die Krankheit bereits sehr weit voran geschritten ist.

**Tab10: Anzahl der Pflegegeldbezieher nach den einzelnen Pflegestufen (2022), Anteil und Anzahl Dementer laut fachärztlicher Gutachten (Demenzbericht 2014)**

Pflegegeldstufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Anzahl der Bezieher	Anteil an Demenzen in Prozent	Anzahl an Demenzen
1	Mehr als 65 Stunden ( <b>mehr als 2 Stunden täglich</b> )	131.154	4,3 %	5.640
2	Mehr als 95 Stunden ( <b>mehr als 3 Stunden täglich</b> )	100.179	8,2 %	8.215
3	Mehr als 120 Stunden ( <b>mehr als 4 Stunden täglich</b> )	88.240	22,3 %	19.678
4	Mehr als 160 Stunden ( <b>mehr als 5 Stunden täglich</b> )	68.461	29,6 %	20.264
5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist ( <b>mehr als 6 Stunden täglich</b> ).	52.040	49,1 %	25.562
6	180 Stunden, wenn zeitlich nicht koordinierbare Betreuungsmaßnahmen und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist ( <b>mehr als 6 Stunden täglich</b> ).	19.886	64,8 %	12.886
7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt ( <b>mehr als 6 Stunden täglich</b> ).	8.982	65,0 %	5.838
<b>Insgesamt</b>		<b>468.942</b>	<b>20,9 %</b>	<b>98.073</b>

Die Demenz ist aber in den Ländern mit einer westlichen Lebensweise und Konsumgesellschaft im Vormarsch. Dies ist zwar eine traurige Tatsache! Aber warum?

Im Jahr 2.000 wurden in Europa 7,1 Millionen Demenzkranke gezählt. Davon entfielen nicht ganz zwei Drittel auf die Alzheimer Demenz, des Weiteren ein Fünftel auf die Vaskuläre Demenz und die verbleibenden Prozentwerte entfielen auf sonstige demenzielle Formen wie beispielsweise Parkinson Demenz oder „delirium tremens“.

Es gibt aber auch Mischformen zwischen Alzheimer und Vaskulärer Demenz. Eine korrekte Diagnose kann daher nur ein Pathologe nach einer Obduktion abgeben. Aber davon hat dann der an Demenz Erkrankte nichts mehr. Eine Therapie ist dann auch nicht mehr angebracht.

Ähnliche Ergebnisse wurden auch für Österreich erhoben: Wurden noch im Jahr 2000 ungefähr 90.000 Demenz-Kranke gezählt, so werden es im Jahr 2050 ungefähr über 260.000 sein. Also: fast drei Mal so viele! Auch in Österreich beträgt das Verhältnis von Alzheimer- zur Vaskulären Demenz vier zu eins.

Tab11: Entwicklung der Demenzkranken in Österreich zwischen 2000 und 2050 (in Tausend) und prozentueller Anteil an Alzheimer- und Vaskulärer-Demenz- Kranken					
Jahr	Anzahl an Demenzkranken insgesamt (in Tausend)	Anzahl der Alzheimer-Kranken (in Tausend)	Anzahl der Vaskulären Demenz - Kranken (in Tausend)	Anteil der Alzheimer-Erkrankten (in Prozent)	Anteil der Vaskulären Demenz-Erkrankten (in Prozent)
2000	90,5	59,5	15,7	66 %	17 %
2010	112,6	74,3	19,7	65 %	18 %
2020	139,2	93,3	24,3	67 %	17 %
2030	174,6	117,3	30,2	67 %	17 %
2040	216,1	147,9	37,8	68 %	18 %
2050	262,2	182,6	44,4	70 %	17 %

### 3.2 Wann ist man an Alzheimer erkrankt?

Im Jahr 1906 beschrieb der bayrische Psychiater und Neuropathologe Dr. Alois Alzheimer eine Patientin, namens Auguste Deter, als allgemein „verblödet“, die sich nicht einmal an ihren Familiennamen erinnern konnte und als „völlig stumpf“ mit wenig Gefühlsleben wirkte.

Auszug aus der berühmt gewordenen Gesprächsdokumentation:

Frage: Wie heißen Sie? Antwort: Auguste!

Frage: Familienname? Antwort: Auguste!

Frage: Wie heißt ihr Mann? Antwort: Ich glaube, Auguste!

Als dann Auguste Deter im Alter von 55 Jahren verstorben war, untersuchte Dr. Alzheimer ihr Gehirn. Zusätzlich zu einem massiven Hirnschwund entdeckte Dr. Alzheimer auch zwei damals noch völlig unbekannte Ablagerungen in ihrem Gehirn, die man heute als „Beta-Amyloid-Plaques“ und TAU-Fibrillen bezeichnet.

Beta-Amyloide verkleistern die Nervenzellen, die dann in der Folge absterben. Einen weiteren Hinweis auf eine Alzheimer-Erkrankung sind die sogenannten TAU-Fibrillen, faserige Ablagerungen.

TAU-Fibrillen dienen dazu, damit lebenswichtige Substanzen transportiert werden. Ist aber das TAU-Protein defekt, dann wird das Transportsystem im Gehirn zerstört.

Auch heute gilt eine Alzheimer-Diagnose erst dann als gesichert, wenn neben einer Degeneration (Schrumpfen) des Gehirns noch die charakteristischen Ablagerungen (Plaques) und TAU-Fibrillen nachweisbar sind.

### **3.3 Alzheimer-Erkrankung – ein ererbtes Schicksal oder doch selbst verschuldet?**

Die Alzheimer Erkrankung beginnt mit der Zerstörung des Nervenfasersstranges „Tractus perforans“. Dieser ist vermutlich der wichtigste Strang in unserem Gehirn.

Über diesen werden nämlich die Informationen über alles neu Erlebte in den Hippocampus transportiert, um dort über Stunden und teilweise auch über Tage abberufbar zu sein – und um dann schlussendlich im Langzeitgedächtnis abgelegt zu werden.

Der Hippocampus als solcher ist ein sehr wichtiger Teil im Gehirn. Er ist nicht nur ein episodischer Zwischenspeicher über Stunden und Tage, sondern auch ein Langzeit-speicher. Unter Umständen hält dies ein Leben lang.

Die Zerstörung dieses Nervenstranges erklärt viele erste Alzheimer-Symptome. Zunächst können neue Erlebnisse nicht mehr behalten, danach – mit der Zerstörung des Hippocampus – können auch alte Erfahrungen nicht mehr abberufen werden.

Es kursieren aber viele Theorien zum Ausbruch einer Alzheimer-Erkrankung. Ich möchte aber dem Erklärungsansatz von Dr. Michael Nehls, habilitierter Molekulargenetiker aus Deutschland, folgen. Dessen Vorschläge bezüglich einer gesunden Lebensweise sind nämlich grundsätzlich zu unterstützen.

Dr. Nehls folgt aber nicht der allgemeinen medizinischen Ansicht, dass Alzheimer-Demenz eine unvermeidliche Alterserscheinung sei, sondern eine Mangelerkrankung ist, die sich medikamentös nicht therapieren lässt.

Wie neueste Studien belegen, sind die Ursachen für den Ausbruch einer Alzheimer Erkrankung in zu wenig Schlaf, in zu viel Stress, in zu wenig Bewegung, in zu wenig menschlicher Wärme und in einer zu ungesunden Ernährung zu suchen. Kurzum: in unserem heutigen Lebensstil!

### 3.4 Welche Aufgaben hat der Hippocampus zu erfüllen?

Der Hippocampus, eine spezielle Hirnwindung, hat nämlich vier Aufgaben in Form von selbst regulierenden Mechanismen zu erfüllen:

- (1) Schnell lernende Synapsen (Verbindung von Nervenzellen) und ihr Schutz wird durch nicht überschüssiges Beta-Amyloid gewährleistet. Überschüssiges Beta-Amyloid wird aber dann toxisch.
- (2) Lebenslange Speicherweiterung und Selbstentwicklung durch Neurogenese. Bei Ausbruch der Alzheimer-Erkrankung kommt es zu einer Neurodegeneration (Schrumpfen des Gehirns). Durch Bewegung wächst aber der Hippocampus wieder! Wandern macht klug!
- (3) Hormonelle Regulation des erhöhten Energiebedarfes. Dieser dritte selbstregulierende Mechanismus schützt vor dem Anstieg des Blutzuckers.
- (4) Verstärkte Entzündungshemmung. Bei negativer Entwicklung: Entzündungsneigung.

Ein typischer Vertreter der heutigen Konsum- und Leistungsgesellschaft verhält sich hingegen nahezu in allen Lebensbereichen völlig entgegen gesetzt zu dem, was ihm sein Hirn aufgrund unserer evolutionären Entwicklung als natürlich vorgibt. In diesem Sinne ist die Alzheimer Erkrankung als eine Mangelkrankheit zu verstehen.

**Zwischen Alter und Ausbruch der Alzheimer Demenz besteht zwar ein statistischer, aber kein kausaler Zusammenhang!**

**Je älter jemand wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit an Alzheimer zu erkranken, aber nicht aufgrund seines Alters, sondern wegen seiner ungesunden Lebensweise.**

**Das Alter für den Ausbruch der Alzheimer Erkrankung verantwortlich zu machen, hieße ja die Schlafstatt für den Tod in Verantwortung zu nehmen, da ja die meisten alten Menschen im Bett sterben.**

In vielen Studien wurde ein kausaler Zusammenhang zwischen Lebensweise und Ausbruch der Alzheimer Demenz nachgewiesen. So erkranken in den USA lebende Nigerianer im gleichen Ausmaß wie andere US-Amerikaner. Bei den in Nigeria Wohnenden ist hingegen die Alzheimer – Rate deutlich niedriger angesiedelt.

Ähnliche Ergebnisse wurden auch auf der japanischen Insel Okinawa vor und nach der Besetzung durch die Amerikaner beobachtet.

**Schlussfolgerung daher: Die einseitige Lebensweise und nicht das Alter führen zum Ausbruch der Alzheimer Demenz!**

## **3.5 Mangelerscheinungen, die zur Alzheimer Demenz führen**

### **3.5.1 Wie viel Schlaf braucht der Mensch?**

Die Wiege der Menschheit stand in Afrika, nahe am Äquator. Tag und Nacht sind dort ganzjährig mit zwölf Stunden nahezu gleich lang. Dem Menschen standen zwölf Stunden für die Nahrungssuche und ebenso zwölf Stunden für den Schlaf zur Verfügung.

### **3.5.2 Welche Ernährung ist unserer afrikanischen Herkunft angepasst?**

Auch unsere Ernährung wird durch unsere Herkunft und unsere Lebensweise vor hunderttausenden Jahren bestimmt.

Alle Nahrungsbestandteile und –stoffe, die wir in der heutigen Konsumgesellschaft zu uns nehmen und die nachweislich den Alzheimer – Krankheitsprozess fördern, sind nicht Teile der natürlichen Ernährung des Homo sapiens.

Der Standardernährung in der heutigen Zeit mangelt es an Vitaminen und bioaktiven Substanzen aus dem Pflanzenbereich wie Polyphenole. Das sind nämlich Pflanzenstoffe, die vor allem in den Randschichten von Obst, Gemüse und Getreide vorkommen. Sie schützen vor freien Radikalen, die gesunde Zellen angreifen und sogar die DNA zerstören können, regulieren den Blutdruck, hemmen Entzündungen und beugen Krebs vor. Freie Radikale entstehen durch Zigarettenrauch, Strahlungen und Ozonwirkung.

Paläontologen sind sich inzwischen sicher, dass der frühe Mensch seine bioaktiven Omega-3-Fettsäuren nur durch Meeresfrüchte decken konnte, da er in Meeresnähe oder an See- oder Flussufern lebte. Die menschliche Evolution bezog ihren Vorteil aus der marinen Nahrungskette und nicht aus der der Jäger. Die Phase der Jäger trat erst viele hunderttausende oder sogar Millionen Jahre später in die Menschheitsgeschichte ein – und zwar nach der der Sammler. Unser Stoffwechsel ist daher stärker von pflanzlicher als von tierischer Nahrung abhängig.

So wird die Weisheit der Alten von der Insel Okinawa, die sich von den Früchten des Meeres ernähren, wissenschaftlich bestätigt. Wichtig hierbei sind die darin enthaltenen Fette. Fischfett macht nämlich auch klug!

Wer sich daher mediterran ernährt und dadurch der ursprünglichen Ernährungsweise der Menschheit sehr nahe kommt, der hat ein geringeres Demenzrisiko wie in einer Studie von der Columbia University Medical Center festgestellt wurde.

**Untersucht wurden 2.000 Pensionisten, die sich sowohl mediterran als auch vorwiegend mit Fast Food ernährten. Von den Anhängern der Fast-Food-Küche erkrankten innerhalb des knapp vierzehnjährigen Beobachtungszeitraumes dreizehn Prozent an Alzheimer Demenz, bei den Liebhabern mediterraner Küche waren es nur halb so viele.**

### **3.5.3 Wie kann ich durch Ernährung den Alzheimer Index positiv beeinflussen?**

- ✓ Essen Sie Vollwertkost und dies vielfältig
- ✓ Verwenden Sie Kokosöl
- ✓ Essen Sie abends weniger
- ✓ Vermeiden Sie Lebensmittel, die reich an leicht verdaulichen Zuckern sind.
- ✓ Reduzieren Sie den Verbrauch von Milchprodukten.
- ✓ Genießen Sie einen guten Tropfen - vor allem Rotwein. Dadurch erhöht sich das Risiko einer durch Aterio-Sklerose bedingten Erkrankung wie Herz- oder Hirninfarkte.
- ✓ Vermeiden Sie Transfette (ungesättigte Fettsäuren: Pflanzenöle, die industriell gehärtet wurden) wie Margarine und Bratfette.
- ✓ Bauen Sie spermidinreiche Lebensmittel wie Weizenkeime, getrocknete Sojabohnen, lang gereiften Cheddar-Käse und Kürbiskerne in Ihre Ernährung ein.
- ✓ Essen Sie viel Obst und Gemüse von nicht an Nitrat (Kunstdünger) verseuchten Böden und
- ✓ vermeiden Sie zudem Stress.

### **3.6 Kann ich der Alzheimer-Demenz davonlaufen?**

Durch eine gesunde Lebensweise kann man vielleicht den Ausbruch einer Alzheimer Demenz verhindern, man kann auch ihren schleichenden Prozess verlangsamen, aber bereits zerstörte Hirnareale können sich nicht regenerieren. Dieser Prozess, Zerstörung des Gehirns, ist unumkehrbar!

Trotz Zerstörung des Gehirns müssen sich aber nicht die klassischen Symptome einer Alzheimer Erkrankung zeitigen. In der berühmten britischen Nonnenstudie ließen sich zwar direkte Verbindungen zwischen Plaques (Ablagerungen im Gehirn) und einer Alzheimer-Erkrankung nachweisen. Einige Nonnen, wiewohl sie ein von der Alzheimer-Demenz deformiertes Gehirn aufwiesen, waren bis zu ihrem Tod mit 85 Jahren sowohl physisch als auch geistig fit. Sie waren auch bis zuletzt in und für die Gemeinschaft sehr aktiv.

Wie auch anderweitige Studien aufzeigen, ist ein kausaler Zusammenhang zwischen der toxischen Bildung von Beta-Amyloiden und Ausbruch der Alzheimer-Demenz nicht gesichert.

Daher sind diesbezügliche BIO-Marker, die die Beta-Amyloide messen, um eine Diagnose über den Ausbruch einer Alzheimer-Demenz erstellen zu können, mit Vorsicht zu betrachten. Daher nutzt auch keine medikamentöse Behandlung. Anders als die Pharmaindustrie uns verspricht.

Wenn auch Alzheimer-Demenz kein ererbtes Schicksal ist, können die Gene trotzdem nicht ausgeklammert werden.

In einer schwedischen Studie bei ein- und zweieiigen Zwillingen fand man heraus, dass die Genetik zu 50 % zur Alzheimer-Erkrankung beiträgt. Die Frage hierbei ist allerdings: Sind 50 Prozent viel oder wenig?

Dies soll an einem kleinen Beispiel veranschaulicht werden. Bei einem durchschnittlichen Intelligenzquotienten von 100 Punkten kann ein Umwelteinfluss (Herkunft, Bildung, Lebensweise usw.) von 50 Punkten oder 50 Prozent eine Spannbreite zwischen 75 und 125 Punkten bedeuten. Im ersteren Fall reicht es kaum für einen Hauptschulabschluss und im anderen sogar für einen Dokortitel.

### 3.6.1 Erste Warnzeichen einer demenziellen Erkrankung

- ✓ Sozialer Rückzug: Besuche von Freunden werden vermieden, keine Teilnahme an sozialen Aktivitäten
- ✓ Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen: Zahlen mit Münzgeld beim Einkauf ist erschwert. Fehler bei der Zubereitung von Essen. Vormalig bekannte Rezepte werden vergessen, der Geschmackssinn verändert sich. Gewürze werden daher falsch oder übermäßig eingesetzt. Frauen schminken sich weniger. Vernachlässigen der Kleidung.
- ✓ Verlust des Zeitgefühls
- ✓ Angst vor der Dunkelheit draußen und vor hellem Licht drinnen.
- ✓ Fehlendes Zurechtfinden in unbekannter Umgebung. Keine Spaziergänge alleine.
- ✓ Verlieren und Verlegen von Gegenständen. Diese werden oft an untypischen Orten (Im Kleider- oder Külschrank) hinterlegt.
- ✓ Beim Einkaufen werden Dinge vergessen, andere doppelt oder mehrfach gekauft.
- ✓ In Gesprächen werden immer wieder die gleichen Inhalte wiederholt. Es treten Wortfindungsprobleme auf, die dann durch andere Worte ausgeglichen werden.

### 3.7 Die gestörten Erlebniswelten von Demenzkranken

**Die Erlebniswelten an Demenz Erkrankter werden in zweifacher Weise nachhaltig gestört:**

**Da ist einmal die gestörte Einprägung neuer Informationen.** Alle Informationen, die die Menschen mit ihren Sinnen aufnehmen, werden im Kurzzeitgedächtnis abgespeichert. Sollen sie allerdings länger im Gedächtnis bleiben, dann werden sie ins Langzeitgedächtnis transferiert. Im Allgemeinen funktioniert diese Übertragung recht gut. Bei Dementen ist aber diese gestört. Kurze Speicherung zwar. Danach verschwinden die Informationen – und zwar endgültig.

**Die zweite nachdrückliche Störung bezieht sich auf das Wegbrechen bereits abgespeicherter Erinnerungen.** Die Demenz lässt als erstes die letzten Erinnerungen wegbrechen, danach folgen die zeitlich nächsten Abspeicherungen. Demzufolge kann ein dementer 80-Jähriger die Lebenswelt eines 30-Jährigen mit den anscheinend vielen Verpflichtungen beruflicher und familiärer Art dieser Altersgruppe durchleben.

So drängte ein 80-jähriger auf seine Entlassung aus einem Pflegeheim, weil Zuhause in seiner Landwirtschaft die Kühe im Stall „schrien“, da sie seit vielen Tagen nicht mehr gemolken wurden. Der gute Mann hatte aber seit mehr als zwanzig Jahren keine Landwirtschaft mehr.

### 3.8 Verlauf demenzieller Erkrankungen und ihre letzte Phase

Je nach Demenzform verschieden, ob beispielsweise Alzheimer oder Vaskuläre Demenz, zeigen sich zu Beginn und im Verlauf der Krankheit unterschiedliche Symptome. Gegen Ende einer Demenzerkrankung verwischen sich aber diese Unterschiede.

Jede Demenz mündet schlussendlich in einem gemeinsamen Weg. Über die Dauer einer Demenzerkrankung gibt es keine einheitliche Antwort. Trotz des fortschreitenden Zerfalls des Gehirns wie bei einer Alzheimer Demenz führt dieser nicht zum Tod.

Zunehmende Bettlägerigkeit kann aber das Risiko für schwere Infektionen und den Zusammenbruch des Kreislaufsystems erhöhen. Häufigste Todesursache sind daher Lungenentzündungen, die zweithäufigste Ursache sind Schlaganfälle.

Kennzeichen der letzten Phase einer jeden Demenz, sind dann schwere neurologische Symptome, die über Gangstörungen, wiederholten Stürzen und Gangunfähigkeit in letzter Konsequenz in einer totalen Bettlägerigkeit münden. Erschwerend kommt eine verminderte Nahrungsaufnahme hinzu - beginnend mit Geschmacks- und Geruchsstörungen bis hin zu schweren Schluckstörungen.

Die Betroffenen haben dann die Kontrolle über ihren Körper und seine Funktionen völlig verloren. Sie können sich nur noch in Einwortsätzen oder Bruchstücken davon ausdrücken. Ihre Bedürfnisse können nur noch erahnt werden.

### 3.9 Kurzbeschreibung einer Vaskulären Demenz

Ein schwaches Fünftel der Österreicher mit Demenz leidet an einer Vaskulären Demenz. Allerdings ist hierbei die Diagnose sehr ungenau. Zum einen gibt es Mischformen mit der Alzheimer Demenz. Zum anderen wird von den Ärzten zu Beginn einer Demenzerkrankung gerne eine Vaskuläre Demenz diagnostiziert, da diese von den Betroffenen als weniger schicksalhaft empfunden wird.

**Vaskuläre Demenz: Unterversorgung des Gehirns aufgrund mangelnder Blutzufuhr, die dann in Folge zum Absterben von Zellen (Infarkt) führt. Ausgelöst wird ein solcher Infarkt durch den Verschluss blutzuführender Gefäße.**

Anders als bei der Alzheimer Demenz, die sich durch einen schleichenden Verlauf auszeichnet, ist bei der Vaskulären Demenz ein abrupter Beginn, häufig nach einem Schlaganfall, zu beobachten. Ihr Verlauf ist dann stufenartig. Häufig stabilisiert sich auch ohne Behandlung der Zustand – zumindest zeitweise. Diese Situation kann sich aber schlagartig wieder verschlechtern.

Vaskuläre Demenz kann zwar von der Alzheimer Demenz nicht unterschieden werden, sehr wohl kann aber mittels einer CCT-Untersuchung (Computertomographie des Schädels) ein Infarkt im Gehirn erkannt werden.

### **3.10 Zu Tode gepflegt – ein tragisches Schicksal aus Deutschland**

Dement werden und dann schlussendlich auch sein, heißt Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten, Veränderungen im Gedächtnis und im logischen Denken, die zum Verlust der Fähigkeit von selbst einfachen Tätigkeiten wie Körperpflege, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme führt. Am Ende kommt es zu dann zu einer Aufgabe der Persönlichkeit. Nach dem Zusammenbruch des Über-Ich (Moral, Anstand und Sitte) folgt dann der des Ich.

Bereits lange vor dem Zusammenbruch des ICH der Demenzen wird ihre Pflege und Betreuung für die pflegenden Angehörigen zu einem Alptraum.

Da sich aber die Demenz - oft über mehrere Jahre verteilt - schleichend entwickelt, wird das Ausmaß an Belastung von den pflegenden Angehörigen total unterschätzt.

Zu Beginn der Demenz-Krankheit wie auch über weite Strecken ihres Verlaufes sind es nicht die großen Dinge, die die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch kaputt machen, sondern die vielen kleinen Ereignisse wie Körperpflege, Toilette, kochen und verabreichen von Essen sowie Beaufsichtigungen. Und dies aber jeden Tag, jede Woche, jeden Monat und oft viele Jahre – 24 Stunden im Tag. Es gibt kein Ausspannen und keinen Ruhetag.

Alternative Angebote wie Tagesheime und Urlaubsvertretung werden noch zu wenig angeboten bzw. gehen ins Geld, die sich nicht jeder Pflegende leisten kann.

Hinzu kommt, dass man sich als pflegender Angehöriger allein gelassen fühlt – vor allem vom Staat, Land und Gemeinde.

Niemand, der es nicht selbst erlebt hat, kann ermessen, wie belastend so eine Pflege von Demenzen für die pflegenden Angehörigen sein kann.

So lautete der bezeichnende Titel eines Spiegel-Bestellers aus dem Jahr 2014, in dem die Pflege und Betreuung der an Demenz erkrankter Eltern von deren Tochter eindringlich geschildert wurde „Mutter, wann stirbst Du endlich? Wenn die Pflege der kranken Eltern zur Zerreißprobe wird“

**Wie viele verzweifelte und von unserer Gesellschaft allein gelassene pflegende Angehörige hegen den gleichen Wunsch?**

**Am Beispiel eines tragischen Falles in Deutschland kann eindringlich veranschaulicht werden wie ein pflegender Angehöriger an der Pflege seiner schwer dementen Ehegattin zerbricht. Und schlussendlich selbst ein Pflegefall wird.**

**Entnommen aus einem Artikel der deutschen Wochenzeitschrift, DER SPIEGEL (Nr. 8/18. 2. 2023) „Ich war allein. Ein Rentner in Deutschland tötete seine pflegebedürftige Frau“**

Herr N. ging ins Schlafzimmer und drückte ein Kissen auf das Gesicht seiner Gattin. Als er spürte, dass seine Frau tot war, gab er ihr einen letzten Kuss und wählte dann den Notruf. Danach ging er zum Balkon, kletterte darauf, sprang und überlebte den Sprung aus dem dritten Stock.

Es war eigentlich eine Tat, die sich zwar immer wieder ankündigte, aber letztlich niemand erwartete.

Blenden wir kurz in die Zeit der 80er Jahre zurück. Damals hat er seine spätere Frau, eine Norwegerin, auf einer Urlaubsreise kennengelernt.

Im Jahr 2009 ging er als Justizbeamter in Pension. Die ersten Jahre in der Pension verliefen harmonisch. Sie gingen gemeinsam spazieren, sahen politische Sendungen im Fernsehen, ab und zu fuhren sie nach Norwegen oder Schweden, wo die inzwischen erwachsene Tochter lebt.

Danach sei aber seine Frau „schrullig“ geworden – so Herr N. bei seiner Verhandlung vor Gericht. Anfangs habe er gar nicht bemerkt, dass er immer mehr Aufgaben im Haushalt übernahm. Erst recht, nachdem sie im Sommer 2021 wegen eines Aneurysmas, einer Ausbuchtung der Bauchschlagader, eine schwere Operation auf sich nehmen musste. Sie verlor ihren Appetit, klagte über Schmerzen und ihr Herz war angeschlagen, nachdem sie 60 Jahre geraucht hatte. Sie litt unter einer chronischen Lungenentzündung und bekam keine Luft.

Ab dem Herbst 2021 verließ Herr N. kaum noch das Haus, weil er seine Frau nicht mehr alleine lassen wollte. Der ganze Tag drehte sich nur mehr um ihre Versorgung. „Manchmal wusste ich nicht mehr, wie ich es schaffen sollte. Nie gab es eine Pause.“

Im Jahr 2021 stellte er dann einen Antrag auf Pflegegeld. Nach einer telefonischen Begutachtung - wie in Corona-Zeiten üblich - wurde aber dieser abgelehnt.

Seine Gattin war aber inzwischen völlig entrückt. Sie saß einfach da im Sessel oder blieb gleich im Bett. Zum Essen half er ihr in die Küche. Sie wusch sich nicht mehr. Er hielt den Gestank nicht mehr aus. Jede Nacht musste er sie mehrmals zur Toilette führen. Er schrubhte dann den Boden, wenn dann alles danebenging. Und er wechselte ständig Bettwäsche und Windeln.

Im April 2022 stellte er erneut bei der Krankenkasse einen Antrag auf Pflegegeld.

Seiner Frau ging es aber inzwischen immer schlechter. Sie „japste“ inzwischen nur noch nach Luft. Nach einem Krankenhausaufenthalt wurde sie dann mit einem Sauerstoffgerät entlassen. Man empfahl ihr zwar die Unterbringung in einem Pflegeheim, aber der monatliche Eigenbetrag in der Höhe von € 2.000,-- war nicht zu berappen.

**Herr N. war wieder auf sich zurückgeworfen. Eine Situation, aus der es keinen Ausweg gab.**

Nach seiner Tat bekam er eine Mitteilung der Krankenkasse, dass eine neuerliche Begutachtung des Pflegegrades seiner Gattin vorgesehen sei. Er hat aber abgelehnt, da eine solche Begutachtung nicht mehr vonnöten war.

**Herr N. wurde inzwischen wegen Totschlag in einem minder schweren Fall zu zwei Jahren Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt.**

**Herr N. hat aber inzwischen wiederum einen Antrag auf Pflegegrad eingebracht. Diesmal aber für sich selbst!**

### **3.11 Die Leiden pflegender Angehöriger von Demenz-Kranken – eine kurze Zusammenfassung**

**Angehörige, die die an Demenz erkrankten Eltern oder Partner pflegen und betreuen (müssen), verzweifeln oft an der Aussichtslosigkeit ihrer Situation, in die sie mehr oder weniger freiwillig hineingeschlittert sind.**

Hinzu kommen ein absolutes Ohnmachtsgefühl und die Angst vor der Zukunft. Wie wird es weitergehen? Was bringt der nächste Tag? Man fühlt sich alleine gelassen. Alternative Angebote wie Tagesheime, Urlaubsvertretungen oder Selbsthilfegruppen werden zu selten angeboten bzw. ihre Inanspruchnahme ist oft zu teuer.

Von der öffentlichen Hand ist wenig an Unterstützung zu erfahren. Dies beginnt bereits bei der Einstufung des Pflegegrades. Für seine Einstufung wird der Alltag eines Pflegefalles in einzelne Teilschritte zerlegt. Welche alltäglichen Tätigkeiten kann der prospektive Pflegefall nicht mehr alleine bewältigen? Danach erfolgt dann die Festlegung der Pflegestufe.

**Der Pflegealltag in seiner Gesamtheit mit den Belastungen für den pflegenden Angehörigen – oftmals über 24 Stunden – wird hierbei ausgeklammert.**

Immer wieder die gleichen stereotypen Fragen, ein endloses Suchen von verlegten Gegenständen, ständige Beaufsichtigung, immer wieder verschiedene Termine bei Ärzten und anderswo zu organisieren, spezielle Zubereitung und Einkauf von Nahrungsmitteln, ständiger Wechsel durchnässter und mit Kot verunreinigter Kleidung und Windeln sowie Säubern der Sanitärräume, wenn wieder einmal alles daneben- ging.

**Und dem nicht genug: Demenzen führen zu Wahnvorstellungen, die sich in grundlosen Beschuldigungen und aggressivem Verhalten äußern, wodurch es zu schweren emotionalen Belastungen bei den pflegenden Angehörigen kommt. Es verwundert daher nicht, wenn die Pflegepersonen selbst erkranken – psychisch wie auch somatisch (körperlich). Damit sind aber die zusätzlichen finanziellen Belastungen, die auf pflegende Angehörige zukommen können, noch gar nicht angesprochen.**

**Der Staat aber weiß ganz genau, wie viel er sich erspart, wenn er Pflege und Betreuung der Pflegefälle deren Angehörigen zuschiebt.**

**In einer Diplomarbeit an der Wirtschaftsuniversität aus dem Jahr 2009 wurde berechnet,**

- ✓ **dass bei einer häuslichen Pflege jährlich Kosten in der Höhe zwischen € 10.000,-- und € 11.000,-- anfallen und**
- ✓ **bei einer stationären Pflege, d. h. in einem Pflegeheim, hingegen zwischen € 25.000 und € 43.000,--.**

**Diese Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2009. Inzwischen – 2023 – stellt die Gemeinde Wien für einen Platz in einem Pflegeheim bereits stattliche € 5.500 in Rechnung. Wohlgemerkt nur für einen Monat. Die Jahreskosten belaufen sich demzufolge auf stolze € 66.000!**

## **4. Forderungen der 5-Sterne-für-Österreich: Eigenes Pflegegeld für pflegende Angehörige und anderes mehr**

a. Zur Altenpflege in Österreich gibt es immer noch kein gesamtösterreichisches Konzept. Erkennbar ist lediglich das Bestreben der Behörden, möglichst viel an Altenpflege den Familienangehörigen der Pflegefälle zu übertragen. Privatisierung auf österreichisch!

Denn erst mit **Pflegestufe vier(!)** in Wien und in einigen anderen Bundesländern bereits mit **Pflegestufe drei** erwirbt ein Pflegefall eine Anwartschaft auf einen von der öffentlichen Hand alimentierten Heimplatz. Bis dahin müssen die pflegenden Familienangehörigen einen dornenvollen Weg zurücklegen: **aufopferungsreich und vielfach nicht bedankt.**

**Fast 90 % der Pflegebedürftigen in unserem Land (2017) werden in Privathaushalten gepflegt. Hierbei handelt es sich immerhin um fast 470.000 Personen (2022).**

Ein kleines Rechenbeispiel soll veranschaulichen, wie viel sich die öffentliche Hand erspart, indem sie die Altenpflege auf die Familienangehörigen, die ja dazu auch gesetzlich verpflichtet sind, abschiebt. **Dass es fast immer die Töchter sind, die dann zum Handkuss kommen, sollte auch einmal thematisiert werden.**

Für einen Heimplatz eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe vier oder fünf werden von Heimbetreibern monatlich bis zu € 6.000,- und mehr veranschlagt.

Das monatliche Pflegegeld für die Pflegestufe vier liegt derzeit (2023) bei € 754,- und für die Pflegestufe fünf bei € 1.024,20.

**D. h. nicht einmal ein Fünftel der Heimkosten für einen Pflegefall wird den pflegenden Familienangehörigen abgegolten.**

**Die 5-Sterne-für-Österreich fordern daher mit Nachdruck – zusätzlich zum Pflegegeld für die Pflegefälle – die Auszahlung eines zusätzlichen monatlichen Betrages für pflegende Familienangehörige in der Höhe der jeweiligen Pflegestufe. Das zusätzliche Pflegegeld sollte ab Pflegestufe drei(!) des zu betreuenden Pflegefalles ausgezahlt werden. Bei einer Überstellung eines Pflegefalles in ein Pflegeheim würde dann das zusätzliche Pflegegeld aus der Pflegeversicherung direkt an das jeweilige Pflegeheim fließen.**

Die Finanzierung einer solchen zweckgebundenen, staatlichen Pflegeversicherung soll durch die Einhebung von jeweils einem zusätzlichen Prozent der Beitragssätze zur Sozialversicherung für Dienstgeber und Dienstnehmer sichergestellt werden.

**Dies entspräche dann einem jährlichen Aufkommen von ungefähr 2,8 Milliarden Euro!**

**Durch diese vorgeschlagene Pflegeversicherung könnten die Qualifikationen ausländischer Pflegekräfte gehoben und der Zustrom in die Pflegeheime etwas gebremst werden!**

b. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dürfen zwar für die ambulanten Pflegedienste und zum Teil auch für die Kosten in den Pflegeheimen aufkommen, **ohne dass ihnen irgendwelche Kontrollrechte eingeräumt werden. Und dies gilt es zu ändern!**

c. **Die externe Altenpflege zu Hause wird, wenngleich sehr sporadisch, kontrolliert, die in den Pflegeheimen hingegen definitiv nicht.** Es gibt keine externe Evaluierung der Pflegeheime, z. B. Kontrolluntersuchungen durch unabhängige Institute („Mystery Shopping“). **Dadurch könnte man die oft katastrophalen Zustände in privaten und zuweilen auch in kommunalen Pflegeheimen aufdecken.**

d. **Erhöhung des Personalschlüssels in den Pflegeheimen**, sodass eine menschenwürdige und qualifizierte medizinische Betreuung möglich ist. D.h. mehr medizinisch ausgebildetes und mehr qualifiziertes Pflegepersonal! **Je niedriger der Personalschlüssel, desto höher die Rendite für Betreiber privater Pflegeheim bzw. desto geringer die Zuschüsse der öffentlichen Hand für ihre Pflegeheime.**

## **4.1 Staffeln der Beitragssätze für die Sozialversicherung**

Im Rahmen einer Einführung von neuen Beitragssätzen für eine Pflegeversicherung sollte es auch zu einer kompletten Neugestaltung der Beitragssätze für die Sozialversicherung kommen, die dann in der Folge zu einer Entlastung unterer und mittlerer Einkommen sowie von KMUs führe.

**Staffeln der Beitragssätze zur Sozialversicherung von 12% bis 22 % (für Dienstnehmer) sowie von 15 % bis 25 % (für Dienstgeber) als Ersatz der bisherigen weitgehend einheitlichen Beitragssätze von 18,12 % bzw. 21,33 % .**

**Des Weiteren wird auch die Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage für die Sozialversicherung (2023: € 5.580,--) angemahnt. Wegfall jeglicher Begrenzung.**

## Ausgewählte Literatur

**Billmann Michael et al.:** In Würde altern - Konzeptionelle Überlegungen für die Altenhilfe, Marbuse Verlag, Wissenschaft 109, Frankfurt am Main, 2009.

**Born Gudrun:** Klartext - Armut durch Pflege ist ein Skandal, wann wird er abgeschafft? Herstellung und Verlag: BOD-Books on Demand, Norderstedt, 2021

**Bundesministerium für Gesundheit, Höfler et al.:** Österreichischer Demenzbericht 2014, Broschüre, Wien, 2015.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz:** Angehörigenpflege in Österreich, Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke, Endbericht, Wien, 2018.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz:** Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege, Ansatzpunkte für Reformen, Endbericht, Wien, 2019.

**Büker Christa:** Pflegende Angehörige stärken – Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege, 3. erweiterte und überarbeitete Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2021.

**EUROSTAT-Datenbanken:** Altersstrukturen in den EU-27-Ländern (2021) und Großbritannien (2019).

**Habicht Gerhard:** Care Sharing – Von der Angehörigenpflege zur Selbsthilfe in sorgenden Gesellschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2018.

**Jarisch Reinhart:** Spermidin – stark gegen Demenz - Das Anti-Aging Wunder aus der Natur: geistig fit bis ins hohe Alter, Trias-Verlag, Stuttgart, 2022.

**Kaschowitz Judith:** Angehörigenpflege als Gesundheitsrisiko, Springer-Verlag, Wiesbaden, 2018.

**Kastner U. et al.:** Handbuch Demenz – Fachwissen für Pflege und Betreuung, Elsevier-Verlag, 2022.

**Nehls Michael:** Die Alzheimer Lüge – Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit, Heyne-Verlag, München, 2014.

**Pichlbauer Ernest:** Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall, Bertelsmann Stiftung, Wien, 2018.

**Rosenberg Martina:** Mutter, wann stirbst Du endlich? Wenn die Pflege kranker Eltern zur Zerreißprobe wird, Taschenbuchausgabe bei Blanvalent, München, 2014.

**Schippinger Walter et al.:** Das ganze Leben leben – Holt Euch das Alter wieder zurück!, Springer Verlag, Berlin, 2021.

**Wagner Melanie:** Das Wohlbefinden pflegender Partner im Kontext zum Einfluss formeller Pflegeangebote und sozialer Netzwerke, Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2019.



**Website:**

**5-sterne-oesterreich.at**

**oder auch:**

**<https://www.5-sterne-oesterreich.at>**

**E-Mail:**

**fuenf-sterne-oesterreich@hotmail.com**

**Spenden:**

**5-Sterne-für-Österreich-Verein**

**Erste Bank**

**IBAN-Code: AT32 2011 1841 2117 6601**