



Altenpflege in Österreich - ein Desaster

**Dr. Kurt Traar
Wien, Jänner 2026**

Inhaltsverzeichnis		
0.	Vorwort	4
1.	Einführung in die österreichische Altenpflege	6
	1.1 Allgemeine Hinweise zum Pflegewesen	6
	1.2 Öffentliche Finanzierung des Pflegewesens in Europa	8
	1.3 Altenpflege durch Angehörige in Österreich	9
	1.3.1 Angehörigenpflege zu Hause und in stationären Einrichtungen	9
	1.3.2 Merkmale pflegender Angehöriger	11
	1.3.3 Das Verhältnis zum Pflegebedürftigen	11
	1.3.4 Arrangements bei der Pflege zu Hause	11
	1.3.5 Gründe für eine Pflegebedürftigkeit	11
	1.3.6 Motive für die Übernahme einer Pflege	12
	1.3.7 Belastungen durch die Pflege für Angehörige	13
	1.3.8 Negative Aspekte bei einer Pflege	13
	1.3.9 Positive Aspekte bei einer Pflege	13
	1.3.10 Demografische Verschiebungen in der Altenpflege	14
	1.3.11 Statistik zur Angehörigenpflege in Europa	14
2.	Die Volkskrankheit Demenz	17
	2.1 Wie viele Personen sind an Demenz erkrankt	17
	2.2 Wann ist man an Alzheimer erkrankt?	19
	2.3 Alzheimer Erkrankung – ein ererbtes Schicksal oder doch selbst verschuldet?	20
	2.4 Mängelerscheinungen, die zur Alzheimer Demenz führen können	21
	2.4.1 Wie viel Schlaf braucht der Mensch?	21
	2.4.2 Welche Ernährung ist unserer afrikanischen Herkunft angepasst?	21
	2.4.3 Wie kann ich durch Ernährung den Alzheimer – Index positiv beeinflussen?	22
	2.5 Die gestörten Erlebniswelten von Demenzkranken	22
	2.6 Kurzbeschreibung einer Vaskulären Demenz	23
	2.7 Zu Tode gepflegt – ein tragisches Schicksal aus Deutschland	23
	2.8 Die Leiden pflegender Angehöriger von Demenz-Kranken	25

Inhaltsverzeichnis		
3.	Strategien gegen die Demenz	26
	3.1 Prävention im Kampf gegen die Demenz	26
	3.2 Niederschwellige Maßnahmen zur Prävention von Demenz	27
	3.3 Die österreichische Demenzstrategie	27
4.	Stationäre Pflege und Betreuung	28
	4.1 Die Mindestpflegepersonalschlüssel	28
	4.2 Personalbedarf in Pflegeheimen	29
	4.3 Belastungen der gewerblichen Pflegekräfte	31
5.	Finanzierung der Pflege	34
	5.1 Mittelherkunft und Mittelverwendung	34
	5.2 Aufheben des Pflegeregresses	36
6.	Ein Tohuwabohu in der Altenpflege	36
7.	Placebo- und Noceboeffekte in der Altenpflege	37
8.	Anstellung pflegender Angehöriger im Burgenland	40
9.	Zusätzliches Pflegegeld für die pflegenden Angehörigen	42
10.	Zusammenfassung und Ausblick	44
	Ausgewählte Literatur	50

0. Vorwort

Die einfache Feststellung, dass die Studien, Konzepte und Kontrollberichte zur österreichischen Altenpflege ganze Wälder verschlingen, ist wahrlich keine Übertreibung.

Mit der Altenpflege beschäftigen sich nicht nur das Sozialministerium wie auch viele wissenschaftliche und kontrollierende Institutionen des Landes, sondern auch alle Bundesländer, da Pflege und Gesundheit Ländersache sind. Dies alles gibt es nämlich in neunfacher Ausfertigung.

Man kann also mit Fug und Recht einwenden, wozu dann eine weitere Studie zur Altenpflege erstellen?

Die Durchsicht vieler Unterlagen zu diesem Thema hat nämlich das Eine erbracht, dass dem dräuenden Problem einer Altenpflege durch Angehörige wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Vor allem dann, wenn es gilt, Angehörigen bei der Pflege ihrer Lieben mit bereits fortgeschrittener Demenz eine hilfreiche Hand anzubieten.

Die 5-Sterne-für-Österreich haben daher folgende Themen in den Fokus ihrer Betrachtungen gerückt:

1. **Sozialer und psychischer Hintergrund in der Angehörigenpflege:** Soziale Merkmale pflegender Angehöriger, Motive für die Aufnahme einer Pflege, die Sonnen- und Schattenseiten in der Angehörigenpflege u. a. m..
2. **Volkskrankheit Demenz:** Ein ausführliches Teilstück war dieser Geisel der Menschheit gewidmet. Es wurden nicht nur neueste wissenschaftliche Erkenntnisse dazu aufgegriffen, sondern auch eine dramatische Schilderung einer totbringenden Pflege einer Dementen in Deutschland zur Diskussion gestellt.
3. **Strategien gegen Demenz:** Das Forschungsinstitut „Gesundheit Österreich GesmbH. (GÖG)“ hat nach einer zehnjährigen Pause den zweiten Demenzbericht vorgelegt. Hierbei wurde vor allem festgestellt, dass zwar im letzten Dezennium eine Vielzahl öffentlicher und privater Aktionen zur Unterstützung von an Demenz Erkrankten geschaffen wurden, die aber alle so gut wie ausschließlich niederschwelliger Natur waren. Wenn nämlich eine Demenzerkrankung bereits weiter voran geschritten ist, dann werden die dementen Pflegefälle wie auch die sie pflegenden Angehörigen alleine zurückgelassen.
4. **Stationäre Pflege:** Hierzu werden Fragen zu den in den Bundesländern unterschiedlichen Mindestpflegepersonalschlüsseln in den Pflegeheimen, zum Personalbedarf in Pflegeheimen bis 2050 sowie zu den Belastungen gewerblicher Pflegekräfte aufgeworfen..
5. **Finanzierung der Altenpflege:** Ein eher kurzer Abschnitt ist der Mittelherkunft sowie der Mittelverwendung in der Altenpflege gewidmet. Ihre Finanzierung stößt aber immer mehr an ihre Grenzen. Eine Wiedereinführung des Pflegeregresses ist daher sehr wahrscheinlich. D. h. auch das Vermögen (Immobilien, Sparguthaben usw.) der Pflegebedürftigen wird dann in die Berechnung des monatlichen Kostenbeitrages für ihren Aufenthalt in einem Pflegeheim einbezogen.

6. **Tohuwabohu in der österreichischen Altenpflege:** Dies äußert sich vor allem in den unterschiedlichen Bedarfsprognosen der Bundesländer sowie einer unterschiedlichen Gestaltung der Pflegeangebote in den Pflegeheimen sowie für die Pflege zuhause.
7. **Placebo- und Noceboeffekte in der Altenpflege:** Ersteres wird mit „Selbstheilung durch positive Erwartungen“ und Letzteres mit „Schädigungen durch Befürchtungen“ gleichgesetzt. In diesem Abschnitt wird untersucht, wie und warum ein Placebo- in der Angehörigenpflege bzw. ein Noceboeffekt in den Pflegeheimen seine positive oder auch negative Wirkung entfalten kann.
8. Das Land Burgenland bietet pflegenden Angehörigen eine Anstellung. Mehr dazu im Abschnitt 8.
9. **Ein zusätzliches Pflegegeld für pflegende Angehörige in der Höhe der jeweiligen Pflegestufe des Pflegebedürftigen - ein 5-Sterne-für-Österreich-Vorschlag. Eine solche monetäre Zuwendung sollte aber erst ab Pflegestufe vier schlagend werden.**

Altenpflege in einer vertrauten Umgebung und liebevoll umsorgt steigert nicht nur die Lebensfreude und verlängert das Leben, sondern verringert auch deutlich die Kosten der öffentlichen Hand. Für einen Platz in einem Pflegeheim werden bereits monatlich € 10.000,-- und mehr „abgeräumt“. Das monatliche Pflegegeld für Pflegestufe vier liegt aktuell – im Jahr 2025 - bei € 865,10 und für Pflegestufe fünf bei € 1.175,20. Die Kosten in einem Pflegeheim sind daher fast zehn Mal so hoch. Selbst dann, wenn der Eigenbeitrag des Pflegebedürftigen berücksichtigt wird.

Die Finanzierung einer solchen zweckgebundenen Pflegeversicherung soll durch die Einhebung von jeweils einem zusätzlichen Prozentpunkt der Beitragssätze zur Sozialversicherung für Dienstgeber und Dienstnehmer sicher gestellt werden. Dies macht aber eine nachhaltige Reform der Gestaltung der Sozialversicherungsbeiträge notwendig.

Von dieser Pflegeversicherung würden ungefähr 115.000 pflegende Angehörige profitieren. Dies entspräche 72 Prozent der Pflegegeldbezieher der Pflegegeldgruppen vier bis sieben. Dadurch würde ein jährlicher Aufwand in der Höhe von 1,5 Milliarden Euro erforderlich werden.

1. Einführung in die österreichische Altenpflege

1.1 Allgemeine Hinweise zum Pflegewesen

In Österreich wurden 2025 im Jahresdurchschnitt in etwa 502.000 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 5,5 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.

Tab1: Anzahl der Pflegegeldbezieher und Höhe des Pflegegeldes pro Monat nach den einzelnen Pflegestufen (2025)

Pflege-stufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Anzahl der Bezieher	Monatliches Pflegegeld
1	Mehr als 65 Stunden (mehr als 2 Stunden täglich)	146.673	200,80 €
2	Mehr als 95 Stunden (mehr als 3 Stunden täglich)	102.972	370,30 €
3	Mehr als 120 Stunden (mehr als 4 Stunden täglich)	94.433	577,00 €
4	Mehr als 160 Stunden (mehr als 5 Stunden täglich)	72.834	865,10 €
5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist (mehr als 6 Stunden täglich).	54.751	1.175,20 €
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 (mehr als 6 Stunden täglich).	21.097	1.641,10 €
7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt (mehr als 6 Stunden täglich).	9.544	2.156,60 €
Insgesamt		502.304	Durchschnitt 838,-- €

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 bereits 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 Ergebnisse einer Befragung – ist eine finanzielle Deckung des Aufwandes eher gegeben.

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

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 (dürfen), 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 Belegungsdauer 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 auch dadurch zu vermeiden, wenn man sich stärker um eine Prävention bemüht!

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“ altersmäßig 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, wurde 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 medizinische Akutversorgung zusammen gezählt – in Dänemark nicht höher als in Österreich.

Der österreichische Weg sieht aber gänzlich anders aus. Ein hochkomplexes Krankenhausystem sorgt für die Akutversorgung und heilt die Auswirkungen des Alterungsprozesses. Und zwar erst dann, nachdem bestimmte Krankheiten wie Schlaganfälle, Herzschwächen 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.

1.2 Öffentliche Finanzierung des Pflegewesens in Europa

Tab2: Öffentliche Ausgaben für Pflege in Prozent des Bruttoinlandsprodukt (BIP) – 2016

Land:	In Prozent:
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 %

Laut OECD liegen in Österreich die Ausgaben für das Pflegewesen im Vergleich mit anderen europäischen Ländern mit 1,9 Prozent des BIPs 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.

1.3 Altenpflege durch Angehörige in Österreich

Die nun folgenden Ausführungen zur Angehörigenpflege basieren auf den Ergebnissen einer deskriptiv-quantitativen Studie mit Selbstausfüllbogen 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 Interessierten und Gleichgültigen.

Bei Befragungen dieser Art ist auch der hohe Anteil an sozial erwünschten Antworten zu berücksichtigen. Denn wer will sich 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.

1.3.1 Angehörigenpflege zu Hause und in stationären Einrichtungen

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 in der Pflege zu Hause und in Pflegeheimen informell wie auch formell tätig sind.

In der stationären Langzeitpflege (in Alters- und Pflegeheimen) wurden 2025 ungefähr 60.000 Personen betreut. Hinzu kamen noch die ungefähr 440.000 zu Hause gepflegten und betreuten Pflegegeldbezieher, sodass mit ungefähr 1,3 Millionen Personen zu rechnen ist, die insgesamt 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. Die Aufteilung der Pflegegeldbezieher 2025 nach den Merkmalen „zu Hause“ sowie „stationär“ erfolgte anhand des 2017 erhobenen Pflegegrades „zu Hause“.

Tab3: Anzahl der Pflegegeldbezieher in der Hauspflege, und in stationären Einrichtungen 2025 sowie Pflegegrad zu Hause 2017

Pflegegeldstufe	Pflegegeldbezieher zu Hause	Pflegegeldbezieher in stationärer Langzeitpflege	Pflegegeldbezieher insgesamt	Pflegegrad zu Hause – in Prozent
1	145.206	1.467	146.673	99 %
2	97.823	5.149	102.972	95 %
3	83.101	11.332	94.433	88 %
4	58.267	14.567	72.834	80 %
5	36.136	18.615	54.751	66 %
6	13.291	7.806	21.097	63 %
7	6.490	3.054	9.544	68 %
Insgesamt	440.314	61.990	502.304	87 %

87 Prozent aller Pflegegeldbezieher werden zu Hause gepflegt und betreut. Dieser prozentuelle Anteil verringert sich von Pflegestufe 2 zu Pflegestufe 7 – und zwar von 99 Prozent in Pflegestufe 1 auf 68 Prozent in Pflegestufe 7.

Ab Pflegestufe 4 ist eine Überstellung und in der Folge eine kostengünstige Pflege und 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.

Der durchschnittliche Aufenthalt eines Pflegebedürftigen der Pflegegeldstufe 5 in einem Pflegeheim liegt – unseren Berechnungen zufolge – bei nicht mehr als einem Jahr.

In anderen Studien wurde eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von zwei Jahren ausgewiesen. Wie auch immer! Man kommt folglich in ein Pflegeheim, um zu sterben. Das ist eine traurige Tatsache!

In den Pflegeheimen unseres Landes gibt es nur wenig an aktivierender Pflege und Betreuung sowie keine umfassende heilende Hand. Die 5-Sterne-für-Österreich fordern daher eine Erhöhung des Mindestpflegepersonalschlüssels in den Pflegeheimen, sodass eine menschenwürdige Pflege und qualifizierte medizinische Betreuung möglich wird.

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.

1.3.2 Merkmale pflegender Angehöriger

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 etwas 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.

1.3.3 Das Verhältnis zum Pflegebedürftigen

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 wie Geschwister, Verschwägerte, sonstige Verwandte und auch Freunde rangieren unter fünf Prozent.

1.3.4 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.

1.3.5 Gründe für eine Pflegebedürftigkeit

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

Tab4: Die zehn häufigsten Gründe für eine Pflegebedürftigkeit (Mehrfachnennungen)

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.

1.3.6 Motive für die Übernahme einer 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.

Tab5: Die zehn häufigsten Gründe für die Übernahme der Pflege bzw. Betreuung durch die Angehörigen (Mehrfachnennungen)

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

1.3.7 Belastungen durch die Pflege für Angehörige

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.

Tab6: Starke Belastungen (Vergabe der Noten 1 oder 2) aufgrund der Pflege und Betreuung

Belastung insgesamt	48 Prozent
Bereiche:	
psychische Belastung	56 Prozent
zeitliche Belastung	54 Prozent
Stress	49 Prozent
körperliche Belastung	38 Prozent
finanzielle Belastung	29 Prozent

1.3.8 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 ausgenutzt 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.

1.3.9 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.

1.3.10 Demografische Verschiebungen in der Altenpflege

Ein düsterer Blick in die Zukunft:

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 Altvorderen 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 zudem 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 oder ihrer Partnerin völlig überfordert.

1.3.11 Statistik zur Angehörigenpflege in Europa

Jegliche Übernahme der Pflege durch Angehörige 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 nüchternen 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).

In einer von uns vorgenommenen Sonderauswertung einer Datenbank der EU von 32 europäischen Ländern wurden drei Maßzahlen zur Angehörigenpflege berechnet: (Näheres dazu ist weiter unten der Tabelle 7 zu entnehmen.)

a) Das Angehörigenpflegepotenzial

Dieses wird berechnet, indem die Anzahl der Über-65-Jährigen (zu Pflegende) in Beziehung zur Anzahl der 45 - 65-Jährigen (pflegende Angehörige) gesetzt werden.

Je niedriger diese Maßzahl ausfällt, desto besser ist es im jeweiligen Land um die Altenpflege bestellt.

Anhand von drei Beispielen soll das vorhin Gesagte sinnfällig veranschaulicht werden:

- ✓ Am besten ist es um die Altenpflege in Luxemburg bestellt. 100 pflegende Angehörige haben – statistisch gesehen – „nur“ 54 Pflegebedürftige zu betreuen.
- ✓ Österreich nimmt auf dieser Tabelle den Rang sieben ein. Die diesbezügliche Maßzahl lautet 67. 100 pflegende Angehörige haben bereits 67 Pflegefälle zu betreuen. Diesbezüglich ist aber Österreich gut aufgestellt – zumindest statistisch gesehen. Dies mag wohl dem hohen Anteil an Ausländern mit ihren jungen Menschen geschuldet sein. In der Datenbank werden alle Einwohner eines Landes einbezogen und nicht nur seine Staatsbürger.
- ✓ An letzter Stelle liegt Finnland. Hier kommen auf 100 theoretisch pflegende Angehörige sogar 92 Pflegefälle.

b) Anteil der Über-65-Jährigen

Der Anteil der Über-65-Jährigen schwankt zwischen 15 Prozent (Luxemburg, Irland und Island) und 24 Prozent (Italien und Portugal). In Österreich ist aber dieser Anteil eher im unteren Bereich zu finden, was wiederum dem hohen Ausländeranteil in unserem Land geschuldet ist.

c) Finanzierung der Altenpflege

Hierbei handelt es sich um eine sehr aufschlussreiche Maßzahl. Mit der folgenden Berechnung „Anzahl der Über-65-Jährigen bezogen auf die Anzahl der Erwerbstätigen zwischen 25 und 65 Jahren“ soll nämlich ausgedrückt werden, inwieweit die erwerbstätige Bevölkerung eines Landes – demografisch gesehen – überhaupt in der Lage ist, Gesundheitswesen und Pflege der Alten zu finanzieren. Wiederum je niedriger die berechnete Maßzahl, desto besser ist es um die Finanzierung im jeweiligen Land bestellt.

Dies soll wiederum an drei Beispielen veranschaulicht werden:

- ✓ 1. Stelle Luxemburg mit der Maßzahl 23 Prozent: 100 Personen im erwerbsfähigen Alter müssen nur 23 Prozent der Alten in Bezug auf Gesundheitswesen und Pflege finanzieren.
- ✓ 7. Stelle Österreich: Maßzahl 32 Prozent. 100 Personen im erwerbsfähigen müssen 32 Prozent der Alten finanzieren.
- ✓ 32. Stelle Finnland mit der Maßzahl 41 %. 100 Personen im erwerbsfähigen müssen bereits 41 Prozent der Alten finanzieren.

Tab7: Angehörigen-Pflegepotenzial, Anteil der über 65-Jährigen und Finanzierung der Altenpflege in Europa 2022

Rang-reihung	Land	Angehörigen-Pflegepotenzial	Anteil der über 65-Jährigen	Finanzierung der Altenpflege
1	Luxemburg	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 – in Prozent: Anzahl der über 65-Jährigen (zu Pflegende) / Anzahl der 45 – 65-Jährigen (pflegende Angehörige) x 100

Anteil der über 65-Jährigen – in Prozent: bezogen auf die Wohnbevölkerung des Landes x100

Finanzierung der Altenpflege – in Prozent:: Anzahl der über 65-Jährigen/Anzahl der Erwerbstätigen zwischen 20 und 65 Jahren x 100

2. Die Volkskrankheit Demenz

2.1 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 recht gut gelingt!

In den meisten Fällen wird eine Demenzerkrankung erst bei der Einstufung des Pflegegeldes schlagend – vor allem dann, wenn es sich um die Einweisung in ein Pflegeheim handelt.

Dies wird in der Tabelle 8 bei ihrer Gliederung nach den Altersgruppen einprägsam verdeutlicht. Während in den Altersgruppen zwischen 80 und 84 Jahren nur 12 Prozent an Demenz erkrankten, so stieg ihr prozentueller Anteil bei den 85 – 89-jährigen auf 22 Prozent und bei über Neunzigjährigen sogar auf 41 Prozent. Praktisch jede/r Zweite!.

Diese Tabelle enthüllt auch, dass Frauen deutlich demenzanfälliger als Männer sind. Und dies hat aber damit überhaupt nichts zu tun, dass Frauen eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer zukommt. Denn in der Gruppe der über Neunzigjährigen sind nämlich nicht ganz 30 Prozent der Männer als dement eingestuft, aber 45 Prozent der Frauen – praktisch jede Zweite. Man kann daraus auch schließen, dass nur „gesunde“ Männer in die höheren Alterskohorten vorstoßen. Bemerkens- und überlegenswert ist allerdings, dass dieser geschlechtsspezifische Unterschied erst in den Altersgruppen deutlich über 80 Jahren schlagend wird.

Tab. 8: Alter und geschlechtsspezifische Prävalenzraten (Auftreten) von Demenzerkrankungen in Europa im Jahr 2018 – in Prozent			
Altersgruppen	Auftreten insgesamt	Auftreten Männer	Auftreten Frauen
60 – 64 Jahren	0,6 %	0,2 %	0,9 %
65 – 69 Jahren	1,3 %	1,1 %	1,5 %
70 – 74 Jahren	3,3 %	3,1 %	3,4 %
75 – 79 Jahren	8,0 %	7,0 %	8,9 %
80 – 84 Jahren	12,1 %	10,7 %	13,1 %
85 – 89 Jahren	21,9 %	16,3 %	24,9 %
Über 90 Jahre	40,8 %	29,7 %	44,8 %

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.

Tab9: Anzahl der Pflegegeldbezieher und Anzahl Dementer nach den einzelnen Pflegegeldstufen (2025) sowie Anteil Dementer laut fachärztlicher Gutachten (2014)

Pflege-geld-stufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Anzahl der Bezieher 2025	Anzahl Dementer 2025	Anteil an Dementen in Prozent 2014 *)
1	Mehr als 65 Stunden (mehr als 2 Stunden täglich)	146.673	6.307	4,3 %
2	Mehr als 95 Stunden (mehr als 3 Stunden täglich)	102.972	8.444	8,2 %
3	Mehr als 120 Stunden (mehr als 4 Stunden täglich)	94.433	21.059	22,3 %
4	Mehr als 160 Stunden (mehr als 5 Stunden täglich)	72.834	21.559	29,6 %
5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist (mehr als 6 Stunden täglich).	54.751	26.883	49,1 %
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 (mehr als 6 Stunden täglich).	21.097	13.671	64,8 %
7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt (mehr als 6 Stunden täglich).	9.544	6.204	65,0 %
Insge-samt		502.304	104.127	20,7 %

*) Da bezüglich der Verteilung Dementer in den einzelnen Pflegestufen keine aktuellen Daten gefunden wurden, mussten jene aus dem Jahr 2014 herangezogen werden.

Die Demenz ist aber in den Ländern mit einer westlichen Lebensweise und Konsumverhalten im Vormarsch. Dies ist eine traurige Tatsache!

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 erstellen. 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 290.000 sein. Also: mehr als drei Mal so viele! Auch in Österreich beträgt das Verhältnis von Alzheimer- zur Vaskulären Demenz vier zu eins.

In der Tabelle 10 wird die Entwicklung der an Demenz Erkrankten mit drastischen Zahlen unterlegt. In den nächsten zwanzig Jahren wird sich nämlich die Zahl der an Demenz Erkrankten fast verdoppeln.

Tab10: 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 % *)

*) Rest auf 100 Prozent verteilt sich auf andere Demenzerkrankungen wie beispielsweise auf die Parkinson-Demenz.

2.2 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, fasrige 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.

Abschließend ein paar Scherzworte zum Unterschied zwischen einer altersbedingten Vergesslichkeit und der Alzheimer-Demenz. Bezuglich Ersterer: Ich muss dauernd meine irgendwo verlegten Schlüssel suchen. Und bezüglich Alzheimer Demenz: Ich habe zwar die Schlüssel in der Hand, aber ich weiß nicht mehr, wozu sie nütze sind.

2.3 Alzheimer-Erkrankung – ein ererbtes Schicksal oder doch selbst verschuldet?

Die Alzheimer Erkrankung beginnt mit der Zerstörung des Nervenfaserstranges „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 Langzeitspeicher. 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!

2.4 Mängelerscheinungen, die zur Alzheimer Demenz führen können

2.4.1 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.

2.4.2. 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 Ozoneinwirkung.

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.

2.4.3 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 Atherosklerose 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.

2.5 Die gestörten Erlebniswelten von Demenzkranken

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

Da ist einmal die gestörte Fähigkeit, sich neue Informationen einzuprägen. 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 bereits das Kurzzeitgedächtnis nachhaltig gestört. Minuten später kann sich oft ein Dementer nicht mehr daran erinnern, was er gerade zu sich genommen hat.

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.

2.6 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 schleichenenden 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 Schädelns) ein Infarkt im Gehirn erkannt werden.

2.7 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 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 Dementen 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 einer Demenz-Erkrankung wie auch über weite Strecken ihres Verlaufes sind es nicht die großen Dinge, die die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch stark belasten, sondern die vielen kleinen Ereignisse wie Körperpflege, zur Toilette begleiten, 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 Dementen für die sorgenden 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 kaum 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 schrubpte dann den Boden, wenn wieder 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 zwar ihre 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 Pflegegeld eingebracht. Diesmal aber für sich selbst!

2.8 Die Leiden pflegender Angehöriger von Demenz-Kranken

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 viel zu wenig an Unterstützung zu erfahren. Dies beginnt bereits bei der Einstufung des Pflegegrades. Für seine Einstufung wird der Alltag eines Pflegefallen 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 bei den pflegenden Angehörigen zu schweren emotionalen Störungen kommen kann.

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.

3. Strategien gegen die Demenz

3.1 Prävention im Kampf gegen Demenz

Praktisch jedermann hat Angst vor einer Demenzerkrankung im Alter. Denn wenn einmal das ICH wegbricht, dann gibt es kein selbstbestimmtes Leben mehr.

Die Angst vor einer Demenzerkrankung wird aber von der Pharmaindustrie gegen wohlfeile Präparate wie auch von den Gesundheitsstellen unseres Landes durch eine Vielzahl vorgeschohner Aktionen und Broschüren gekonnt zerstreut.

Unbestritten ist zwar, dass eine bestimmte Lebensweise, ein umfassendes Interesse am sozialen Leben wie auch die Einnahme von bestimmten Präparaten und Medikamenten eine fortschreitende Demenzerkrankung hintanhalten kann. Verzögern ja, aber keineswegs stoppen. Das ist die traurige Wahrheit, die aber nicht gerne ausgesprochen wird!

Was aber haben in den letzten zehn Jahren die österreichischen Gesundheitsstellen bezüglich dieser doch eher heftigen Zunahme von Demenerkrankungen unternommen?

Erhellende Auskunft dazu bieten die beiden Demenzberichte der Gesellschaft Gesundheit Österreich (GÖG) aus den Jahren 2015 und 2025.

Von den Autoren dieser beiden Demenzberichte – und zwar nur von jenen aus dem Jahr 2025 – wird freimütig eingeräumt, dass es zwar in den letzten zehn Jahren bei der medikamentösen Behandlung und Betreuung von an Demenz Erkrankten im Anfangsstadium zu nachweisbaren Verbesserungen kam, die sich aber beim Fortschreiten dieser Krankheit total verflüchtigten. Die an Demenz Erkrankten werden dann in ihrer Hilflosigkeit mit ihren pflegenden Angehörigen zurück gelassen oder einer unpersönlichen Maschinerie in den Pflegeheimen überantwortet.

Noch schlimmer verhält es sich aber, wenn an Demenz erkrankte Pflegefälle zu einer medizinischen Behandlung in Spitäler eingewiesen werden. Der Fonds Soziales Wien (FSW) hat zwar eine schöne Broschüre (Leitfaden) über die Behandlung und Betreuung über Nacht von an Demenz erkrankten Pflegefällen in den Spitäler der Bundeshauptstadt verfasst. In dieser wurden nämlich Pflege und Betreuung von Pflegefällen in Spitäler detailliert festgeschrieben.

Fakt ist aber vielmehr, dass in Wien demente Pflegebedürftige, die beispielsweise gewickelt werden müssen, nicht über Nacht bleiben dürfen. Die werden dann „stante pede“ an die Absender retourniert. Vermutlich wird dies in den anderen Bundesländern ähnlich gehandhabt.

3.2 Niederschwellige Maßnahmen zur Prävention von Demenz

Hierbei soll demonstrativ eine knappe Auswahl von Maßnahmen zur Prävention von Demenz präsentiert werden, die aber so gut wie ausschließlich einen niederschwelligen Charakter aufweisen. Damit verbunden ist der leider nur am Anfang jeder Demenzerkrankung realisierbare Wunsch nach einem selbstbestimmenden Leben.

Niederschwellige Maßnahmen zur Prävention von Demenz in den einzelnen Bundesländern:

- ✓ Projekt „Gesundes Museum“, um Ältere zum Besuch von Museen zu animieren.
- ✓ Private Selbsthilfegruppen für Demente und ihre Angehörigen zum Austausch von Informationen und geselligem Beisammensein.
- ✓ Bio-Marker zur Feststellung von Demenz.
- ✓ Begleitung von Demenzkranken zu kulturellen Veranstaltungen durch Freiwillige.
- ✓ Einbindung von Freiwilligen in die Betreuung von an Demenz Erkrankten.

Bei Fortschreiten einer Demenzerkrankung kommt es aber zu einer völligen Abnahme bis hin zum Stillstand jeglicher externer Hilfsangebote seitens der öffentlichen Hand wie auch privater Organisationen!

Es verbleibt als einzige Maßnahme die Betreuung von Demenzkranken in den Tagesheimstätten der einzelnen Bundesländer, deren große Bedeutung sicherlich zu würdigen ist. Was aber wahrlich fehlt, das sind klare Versorgungsmodelle, wenn die Demenz bereits weiter vorangeschritten ist bzw. sie sich ihrem Endstadium nähert.

Die an Demenz Erkrankten werden dann in der Regel Pflegeheimen überantwortet und sie sind dann einem strikten fremdbestimmten Schicksal mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von nicht mehr als ein, zwei Jahren(!) ausgesetzt!

3.3 Die österreichische Demenzstrategie

Die österreichische Demenzstrategie ist sehr komplex. Sie fußt auf einer Vielzahl von Akteuren mit zum Teil höchst unterschiedlichen Interessen.

Da gibt es zum einen verschiedene Gesundheitseinrichtungen, viele Sozialdienste sowie politische Entscheidungsträger. Und diese müssen sich dann zum anderen mit den jeweiligen Landespolitikern in den neun Bundesländern, dem Gemeinde- bzw. Städtebund sowie den vielen Experten akkordieren.

Die Altenpflege wie auch das Gesundheitswesen in Österreich sind Ländersache. Alles muss daher neun Mal geplant, durchgeführt und letztlich vor allem finanziert werden!

Jedes Bundesland hat seine eigene Demenzstrategie und seinen eigenen speziellen Zugang zur Altenpflege und Betreuung.

So wird zwar in der Wiener Demenzstrategie eine umfassende wie auch eine österreichweit koordinierte und einheitliche Festlegung der Standards bei der Pflege und Betreuung von an Demenz Erkrankten eingefordert.

Aber über bloße Forderungen ist man nicht hinaus gekommen. Dies gilt auch für die elektronische Plattform von Gesundheit Österreich (GÖG), die nicht viel mehr als eine bloße Sammlung von Strategien und Abläufen bezüglich Pflege und Betreuung von Dementen in den Bundesländern ist.

4. Stationäre Pflege und Betreuung

4.1 Die Mindestpflegepersonalschlüssel

Was den Einsatz von Pflegepersonal in den Pflegeheimen des Landes betrifft, so werden sie von Bundesland zu Bundesland verschieden gestaltet.

Grundsätzlich gilt aber, dass mindestens 25 Prozent des Pflegepersonals von diplomierten Pflegekräften gestellt werden müssen. Die Hälfte der Pflegekräfte können dann Pflegeassistenten oder Heimhilfen zugerechnet werden. Der verbleibende Rest zählt dann zum Stützpersonal. Darunter versteht man dann Kräfte, die neben der Erfüllung hauswirtschaftlicher und administrativer Aufgaben auch jene der Pflege und Betreuung übernehmen können.

Wenngleich im Detail unterschiedlich, so ähneln sich die Mindestpflegepersonalschlüssel in den jeweiligen Bundesländern doch sehr, sie sind im Wesentlichen auf den Pflegegeldstufen der zu Pflegenden aufgebaut. Je höher die Pflegegeldstufe, desto größer der Pflegebedarf.

Zur Demonstration sollen die Mindestpflegepersonalschlüssel in den beiden Bundesländern Wien und Oberösterreich – untergliedert nach den jeweiligen Pflegegeldstufen der Pflegefälle - vorgestellt werden.

Tab. 11: Verhältnis der in der Pflege beschäftigten Pflegekräfte zur Anzahl der zu pflegenden Heimbewohnern - Mindestpflegepersonalschlüssel -

	Oberösterreich	Wien
Kein Pflegegeld	1:24	1:20
Pflegestufe 1	1:12	1:20
Pflegestufe 2	1:7,5	1:7
Pflegestufe 3	1:4	1:2
Pflegestufe 4	1:2,5	1:1,75
Pflegestufe 5	1:2	1:1,5
Pflegestufe 6	1:1,5	1:1,5
Pflegestufe 7	1:1,5	1:1

Wie die obige Tabelle zu interpretieren ist, dies sei an einem Beispiel erklärt. Betrachten wir beispielsweise die Pflegegeldstufe 5. In Oberösterreich werden für zwanzig zu Pflegende nur zehn Pflegekräfte abgestellt, in Wien aber fünfzehn.

Aber dies alles zu den arbeitsrechtlichen Bedingungen in Österreich mit einer jeweils zwölfstündigen Tages- und Nachtzeit beim Arbeitseinsatz.

Solche allgemeinen Mindestpflegepersonalschlüssel besagen daher nicht viel. Bedeutend aussagekräftiger ist hierbei die exemplarische Berechnung eines Muster-Pflegeheimes durch den Rechnungshof Österreich.

Tab. 12: Mindestpflegepersonalausstattung für ein Musterheim mit 71 Betten 2018

	Diplomiertes Personal (DGKP)	Pflegeassistenz (PFA,PA)	Heimhilfe bzw. Hilfspersonal	Personal gesamt
- In Vollarbeitszeitäquivalenten -				
Burgenland	10,9	10,9	-	21,9
Kärnten	5,9	20,7	3,0	30,1
Niederösterreich	11,1	17,6	5,7	34,4
Oberösterreich	6,7	23,3	3,3	33,3
Salzburg	9,7	25,3	4,0	39,0
Steiermark	6,4	19,3	6,4	32,2
Tirol	4,6	17,1	11,1	32,7
Vorarlberg	13,75	18,0	3,1	35,4
Wien	13,7	22,8	9,1	45,7

Vollarbeitszeitäquivalent = eine Vollzeitarbeitsstelle mit 40 Wochenstunden

Die obige Tabelle vermittelt in eindringlicher Weise, dass in Wien doppelt so viele Pflegekräfte wie im Burgenland notwendig sind, um den Pflegebedarf in ihren Pflegeheimen sicher zu stellen. Damit liegt Wien einsam an der Spitze in Österreich.

Daraus kann man auch schließen, dass in Wien der Anteil an schweren Pflegefällen in den Pflegeheimen deutlich höher als in den anderen Bundesländern sein muss, wo sie noch in einem höheren Ausmaß zu Hause gepflegt werden.

4.2 Personalbedarf in Pflegeheimen

Jegliche Berechnung des Personalbedarfes in den Pflegeheimen ist eng mit der Frage verbunden, worin eigentlich für ältere Menschen ein solcher Pflegebedarf besteht.

Einen ersten Anhaltspunkt dazu bietet die Einstufung bezüglich der Höhe des Pflegegeldes. Hierbei wird mit Hilfe von einfachen Einstufungsfragen festgelegt, welche Tätigkeiten des täglichen Lebens der prospektive Pflegefall nicht mehr alleine und ohne fremde Hilfe bewältigen kann.

Damit wird dann als Erstes – und zwar sehr grob – der Pflegebedarf abgeschätzt. Nicht abgeklärt ist aber, wie zum einen eine solche Pflege und Betreuung zu gestalten ist und wie viele Arbeitskräfte zum anderen mit welchen Qualifikationen nach den österreichischen arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingesetzt werden müssen, um die unterschiedlichen vorgegebenen Pflegestandards in den neun Bundesländern einzuhalten.

Jegliche Prognose bezüglich des Pflegebedarfes beruht auf der Beantwortung folgender drei Fragen:

- (1) Wie viele Pflegekräfte - Diplomierte Kräfte sowie Pflegekräfte – werden in den nächsten Dezennien benötigt?**
- (2) Wie viel an sonstigem Personal (Verwaltung, medizinisch technisches Personal) bedarf es, um den heutigen Versorgungsstand aufrecht zu erhalten?**
- (3) Wie viele Pflegekräfte werden in den nächsten Dezennien in Pension gehen oder wechseln den Beruf?**

Gesundheit Österreich (GÖG) hat eine umfassende Personalbedarfsprognose bis zum Jahr 2050 erstellt, an der wir uns nunmehr orientieren wollen.

Tab 13: Prognose des Bedarfes an Pflege- und Betreuungspersonen bis zum Jahr 2050

Jahr	Gesamt	Sollbestand	Ersatzbedarf (kumuliert)	Zusatzbedarf (kumuliert)	Mehrbedarf (kumuliert)
Ist-Stand 2021	139.100				
2030		166.200	24.000	27.100	51.000
2040		192.100	66.900	53.000	120.000
2050		227.200	108.300	88.100	196.500

Um den Versorgungsstand vom Jahr 2021 aufrecht zu erhalten, muss der Mehrbedarf aufgrund demografischer Veränderungen der zu Pflegenden in den Krankenanstalten sowie im Langzeitpflegebereich von ungefähr 50.000 im Jahr 2030 auf fast 200.000 zusätzliche Pflegekräfte im Jahr 2050 erhöht werden.

Jeglicher Ersatzbedarf wird zudem durch die Pensionierungen der Pflegekräfte maßgeblich beeinflusst. Einer Personalbedarfsprognose aus dem Jahr 2019 ist zu entnehmen, dass bis zum Jahr 2030 rund 20.000 Pflegekräfte in Pension gehen werden und daher Ersatz für sie geschaffen werden muss.

Der Personalstand im Pflegereich ist aber starken Schwankungen unterworfen. Nur ein kleiner Teil der jüngeren Pflegekräfte kann sich nämlich vorstellen, die doch so aufreibende direkte Pflege und Betreuung meistens dementer Pflegebedürftiger bis zu ihrer Pensionierung auszuüben. Ein Berufswechsel oder auch ein Aufstieg in die Verwaltung wird daher angestrebt.

Ein **Zusatzbedarf** ergibt sich durch demografische Verschiebungen bei den Pflegebedürftigen sowie durch Erweiterungen des Pflegeangebotes wie zum Beispiel Alltagsbegleiter, Heimhilfen oder medizinisch technischer Dienste (MTD).

Im Zeitraum 2023 bis 2050 werden pro Jahr durchschnittlich rund 7.000 Pflege- und Betreuungskräfte mehr(!) benötigt. Davon rund 5.800 diplomiertes Pflegepersonal sowie Pflegeassistenten sowie rund 1.200 Betreuungspersonen anderer Berufsgruppen.

Der notwendige Mehrbedarf an Pflegepersonal ist wahrlich äußerst beeindruckend: Unter Einbezug obiger Prognosen ergibt sich für das Jahr 2030 ein Mehrbedarf von 37 Prozent, für das Jahr 2040, ein solcher von 86 Prozent (praktisch eine Verdoppelung) und für das Jahr 2050 einer von 141 Prozent (fast das Eineinhalbache mehr), wenn man den Ist-Personalstand des Jahres 2021 zum Bezugsjahr macht.

Diese Zahlen vermitteln eindrucksvoll, dass der Pflegebereich in Österreich auf ein Desaster zusteht. Wie aber könnte Abhilfe geschaffen werden?

Durch eine deutliche Erhöhung der Gehälter könnte der Zugang zu den Pflegeberufen erleichtert werden. Deftige Erschwerniszulagen zu den Gehältern (bis zu 30 Prozent des Grundgehaltes), allerdings nur für jene Pflegekräfte, die direkt in die Pflege und Betreuung eingebunden sind, würden die Attraktivität der Pflegeberufe ungemein steigern.

In den Jahren 2022 und 2023 wurden vom Bund 570 Millionen Euro an die Pflegekräfte ausgeschüttet. Die völlige Sinnlosigkeit solcher Alibi-Aktionen des Bundes, die zu bloßen Mitnahmeeffekten verkamen, soll am Beispiel in Wien sinnfällig demonstriert werden. An die Pflegekräfte in der Bundeshauptstadt wurden als einmalige Aktion für zwei Jahre jeweils 2.000 Euro brutto jährlich ausgeschüttet. Netto waren dies sicherlich nicht viel mehr als 100 Euro monatlich. Eigentlich sehr mager!

Entscheidend wird aber sein, ausländische Pflegekräfte im Ausland zu rekrutieren. Hierzu bieten sich osteuropäische wie auch asiatische Länder an. Dazu bedarf es aber eines gemeinsamen Auftretens der Bundesländer durch eine nationale Pflegekräfte-Rekrutierungsagentur!

Abschwören jeglichem Kantölli-Geist tut Not. So hat beispielsweise Wien einen eigenen Vertrag mit Philippinen bezüglich der Rekrutierung von Pflegekräften abgeschlossen.

Vorzuschlagen ist auch, dass der Bund für angehende Pflegekräfte in osteuropäischen Ländern wie auch in ausgewählten asiatischen Ländern eigene Ausbildungsstätten mit einem österreichischen Curriculum (Lehrplan und Ausbildung) - verbunden mit einer Jobgarantie in Österreich - einrichtet.

In Österreich tummeln sich nunmehr fast 200.000 syrische und afghanische Asylmigranten. Nun wurde vom AMS in völliger Unkenntnis islamischer Religionsgesetze (Scharia) der Vorschlag eingebracht, dass es hierbei doch ein gewaltiges Personalreservoir für die Altenpflege gäbe. Von Einzelfällen abgesehen dürften sich aber muslimische Männer nicht zur Pflege von Ungläubigen hergeben (sie reichen einer Frau ja nicht einmal die Hand) und ihre Frauen dürfen – ohne Einwilligung ihrer Ehemänner - auch nicht das Haus verlassen oder gar bei Ungläubigen einer Beschäftigung nachgehen.

4.3 Belastungen der gewerblichen Pflegekräfte

Die Pflegekräfte in der Langzeitpflege stehen vor enormen Herausforderungen.

Laut einer Befragung von Beschäftigten in der Langzeitpflege leiden zwischen 70 und 90 Prozent der Pflegefälle an fortschreitender Demenz. Sie sind in der Regel inkontinent sowie mitunter körperlich und geistig drastisch eingeschränkt.

Für eine menschenwürdige Pflege und Betreuung mangelt es an Personal. In der Nacht muss eine Pflegekraft bis zu 60 Bewohner eines Pflegeheimes betreuen. Und tagsüber bleibt kaum Zeit für soziale Betreuung und Betreuung, was aber von den Pflegebedürftigen sosehr gewünscht wird.

In einer 2018 durchgeführten Analyse von 18 Alten- und Pflegeheimen wurde deutlich, dass kaum Zeit für reine Betreuung vorgesehen ist. Die knappen Personalressourcen werden hingegen für eine ausführliche Rechtfertigungsdokumentation vergründet.

Einschlägige Erhebungen zeigen auch auf, dass 40 Prozent der Pflegekräfte Symptome einer psychischen Erschöpfung zeigen und 70 Prozent einer körperlichen Erschöpfung. Es verwundert daher nicht, dass sich zwischen 70 und 90 Prozent der Pflegekräfte im jugendlichen Alter nicht vorstellen können, diesen Beruf bis zur Pensionierung auszuüben.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich das Anforderungsprofil für die Pflege und Betreuung stark verändert, ohne dass sich dies in einer Reform der Personalschlüssel niederschlug.

Den geänderten Erwartungen der Bewohner der Pflegeheime in Bezug auf Körperflege und sozialer Betreuung sowie einer Zunahme der an Demenz Erkrankten wird immer weniger Rechnung getragen.

In den Personalplanungen werden Fehlzeiten, Urlaube, Krankenstände und Fluktuationen kaum berücksichtigt. Es gibt auch keine Statistiken dazu!

Eine nachhaltige Änderung kann nur durch ein klares Bekenntnis der Politik bezüglich einer bundeseinheitlichen und transparenten Personalplanung erreicht werden. Schriftliche Bekenntnisse dazu liegen zuhauf vor. Es mangelt aber an ihrer konkreten Umsetzung.

In dem im Jänner 2021 veröffentlichten Ergebnisbericht der Taskforce Pflege ist nämlich nachzulesen: „Erarbeiten einheitlicher Rahmenvorgaben für die Personalbedarfsberechnungen mit dem Ziel einer qualitätsvolleren Pflege und Betreuung sowie Entlastung der Pflege- und Betreuungskräfte“.

Der Rechnungshof Österreich hat bereits 2020 darauf hingewiesen, dass kein Bundesland seine Personalvorgaben analytisch und nachvollziehbar aus seinen Pflegebedarf und einer vordefinierten Pflegequalität ableitet. Es ist im Wesentlichen lediglich eine Fortschreibung derzeitiger Personalstände wie auch verbunden mit der Forderung nach mehr staatlicher Zuschüsse im Rahmen des Finanzausgleiches.

Wiewohl vom Sozialministerium bereits 2023 eine Arbeitsdefinition bezüglich einer österreichweiten Pflege- und Betreuungsqualität ausgearbeitet wurde, wurde sie aber – wie bereits vorher ausgeführt – von den Bundesländern nicht übernommen.

In der Tabelle 14 werden die Einsatzbereiche der Pflegekräfte mit Stand 2021 ausgewiesen. Die Pflege und Betreuung wird von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (DGKP) dominiert. Fast sechs von zehn Pflegekräften können ein Diplom vorweisen. Drei von zehn Pflegekräften haben die Ausbildung einer Pflegeassistentin (PA) durchlaufen. Und sechs Prozent sind ausgebildete Pflegefachassistentinnen (PFA)

Dabei werden aber die einzelnen Gruppen von Pflegekräften ungleich eingesetzt: In den Krankenhäusern und REHA-Stationen dominieren die Diplomierten Krankenpflegerinnen mit 86 Prozent der Pflegekräfte.

In der stationären Pflege liegt der Schwerpunkt der eingesetzten Berufsgruppen bei den Pflegeassistentinnen (PA). Ungefähr fünf von zehn Pflegekräften (54 Prozent) sind dieser Berufsgruppe zuzuweisen. Mit anderen Worten: Die Pflege und Betreuung in den Pflegeheimen unseres Landes werden durchwegs von Hilfskräften durchgeführt.

Und in den mobilen Diensten dominieren ebenfalls die Pflegeassistentinnen (PA) mit 49 Prozent aller Pflege- und Betreuungskräfte in diesem Pflegebereich. Es gibt zu- dem einen verstärkten Einsatz von Pflegefachassistentinnen: 27 Prozent.

Tab. 14: Einsatzbereiche der Pflegekräfte – 2021								
Ausbildung	Krankenhaus/ REHA		Pflegeheime		Mobile Dienste		Insgesamt	
	absolut	In %	absolut	In %	absolut	In %	absolut	In %
DGKP abs.	59.500	86 %	14.300	30 %	5.200	24 %	79.000	57 %
DGKP in %	75 %		18 %		7 %		100 %	
PFA abs.	1.900	3 %	200	0,5 %	5.900	27 %	8.000	6 %
PFA in %	23 %		3 %		74 %		100 %	
PA abs.	8.000	11 %	25.800	53,5 %	10.600	49 %	44.400	32 %
PA in %	18 %		58 %		24 %		100 %	
Sonstige abs	-	-	7.700	16 %	-		7.700	5 %
Sonst. In %	-		100 %		-		100 %	
Insgesamt absolut	69.400	100 %	48.000	100 %	21.700	100 %	139.100	100 %
Insgesamt in %	50 %		35 %		15 %		100 %	

Die nun folgende Tabelle 15 bietet – und zwar nach den einzelnen gewerblichen Pflegebereichen untergliedert – Aufschluss über die Anzahl der im Langzeitpflegebereich gepflegten Personen.

Im Jahr 2021 wurden 465.814 Pflegegeldbezieher gezählt. Eine gewerbliche Pflegedienstleistung nahmen 58 Prozent oder 269.340 Personen in Anspruch. Davon fast sechs von zehn mobile Dienste und vier von zehn waren in einem Pflegeheim untergebracht. Tagesheimzentren sowie Kurzzeitpflege werden kaum in Anspruch genommen. Nicht mehr als drei Prozent der Pflegefälle. Gänzlich unbedeutend sind alternative Wohnformen. Überhaupt nicht mehr als ein Prozent der Pflegefälle!

**Tab 15. Betreute Personen im Langzeitpflegebereich – 2021
(ohne 24-Stundenpflege)**

	Anzahl	In Prozent
Stationäre Pflegeeinrichtungen	96.338	36 %
Teilstationäre Dienste	7.564	3 %
Kurzzeitpflege	7.370	3 %
Alternative Wohnformen	3.924	1 %
Mobile Dienste	151.537	56 %
Mehrstündige Allzeitbegleitung	2.607	1 %
Insgesamt	269.340	100 %

5. Finanzierung der Pflege

5.1 Mittelherkunft und Mittelverwendung

Pars pro toto für Österreich hat der Rechnungshof Steiermark für sein Bundesland erhoben, dass sich zwischen 2014 und 2024 der Personalaufwand um 71 Prozent erhöhte, wiewohl der Verbraucherpreisindex (VPI) in diesem Zeitraum nur um 36 Prozent anstieg.

Dabei ist augenfällig, dass vor allem zwischen 2023 und 2024 ein rasanter Anstieg zu verzeichnen war. Siehe dazu Tabelle 16 mit dem jährlichen Aufwand je Dienstposten (incl. Dienstgeberbeiträge) zwischen 2014 und 2024.

**Tab. 16: Jährlicher Personalaufwand je Dienstposten
des Pflegedienstes von 2014 bis 2024 in der Steiermark**

Jahr	Jährlicher Aufwand - in Euro	Steigerung gegenüber dem Vorjahr - in Prozent
2014	48.039 €	-
2015	49.695 €	+ 3,5 %
2016	50.501 €	+ 1,6 %
2017	52.695 €	+ 4,3 %
2018	56.173 €	+ 6,6 %
2019	57.785 €	+ 2,9 %
2020	58.619 €	+ 1,4 %
2021	60.425 €	+ 3,1 %
2022	62.970 €	+ 4,2 %
2023	71.987 €	+ 14,3 % (!)
2024	80.345 €	+ 11,6 % (!)

Eine Vielzahl von Einflüssen, die bereits angesprochen wurden, lassen einen weiteren Anstieg erwarten, eigentlich vielmehr befürchten.

Der Rechnungshof Österreich hat bereits 2016 die Gesamtkosten für die Pflege berechnet. Die Berechnungen hierzu waren sehr komplex. Sie fußten auf der Pflegedienststatistik, auf einer Hinzurechnung der zusätzlichen Ausgaben der Bundesländer für die Pflege sowie auf eigenen Hochrechnungen. So wurden auch die unbezahlten, eigentlich unbezahlbaren Pflegeleistungen der Angehörigen in Geldwerte umgerechnet sowie die Eigenbeiträge hinzugezählt.

Das offenkundige Manko dieser Berechnungen, dass sie bereits neun Jahre alt sind, wurde durch eine **Valorisierung** umschifft.

Die Werte aus dem Jahr 2016 wurden somit an die Inflation angepasst. Im besagten Zeitraum ist der Verbraucherpreisindex (VPI) um 38 Prozent angestiegen. Hierbei konnten natürlich weitere Zuschüsse, vor allem in den Jahren 2023 und 2024, nicht berücksichtigt werden.

Laut den für das Jahr 2025 ausgewiesenen Werten müssen in Österreich jährlich ungefähr elf Milliarden Euro für die Pflege aufgewendet werden. Davon stammen jeweils vier Milliarden Euro vom Bund wie auch von den Privaten.

Die verbleibenden drei Milliarden Euro werden von den Bundesländern und den Gemeinden zugeschossen.

Fast die Hälfte dieser Mittel (4,7 Milliarden Euro) floss in die Pflegeheime sowie fast eben so viel in die Angehörigenpflege (4,3 Milliarden Euro), wenn man die Pflegeleistungen der Angehörigen in Geldwerten ausdrücken will. Der Rest verteilte sich auf die mobilen Dienste (ungefähr eine Milliarde Euro) sowie auf die 24-Stunden-Pflege (in etwa 800 Millionen Euro).

Ein direkter Vergleich der Kosten der öffentlichen Hand für die beiden Pflegeformen - Pflegeheime versus Angehörigenpflege - bietet aber ein gänzlich anderes Bild: So werden derzeit – im Jahr 2025 – die **monatlichen Kosten** für den Aufenthalt eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe 5 in einem Wiener Pflegeheim mit **ungefähr € 10.500,--** beziffert. Das **monatliche Pflegegeld** der Pflegestufe 5 liegt hingegen bei genau **€ 1.175,20,--**.

Für einen Pflegefall, der zu Haus gepflegt und betreut wird, muss die öffentliche Hand nicht viel mehr als ein Zehntel der Kosten für ein Pflegeheim berappen.

Tab17: Mittelherkunft bei der Pflege (2016 und 2025 valorisiert)

Stelle	Im Jahr 2016 – in Milliarden Euro	Valorisierung VPI 2025 – in Milliarden Euro
Bund	2,9 Mrd. €	4,0 Mrd. €
Bundesländer/Gemeinden	2,1 Mrd. €	2,9 Mrd. €
Private	2,9 Mrd. €	4,0 Mrd. €
Insgesamt	7,9 Mrd. €	10,9 Mrd. €

Tab18: Mittelverwendung bei der Pflege (2016 und 2025 valorisiert)

Pflegedienstleister	Im Jahr 2016 – in Milliarden Euro	Valorisierung VPI 2025 – in Milliarden Euro
Mobile Dienste	0,7 Mrd. €	1,0 Mrd. €
Pflegeheime	3,4 Mrd. €	4,7 Mrd. €
24-Stunden-Betreuung	0,6 Mrd. €	0,8 Mrd. €
Informelle Pflege	3,1 Mrd. €	4,3 Mrd. €
Insgesamt	7,8 Mrd. €	10,8 Mrd. €

5.2 Aufheben des Pflegeregresses

Zur Finanzierung der Pflegeheime war bis Ende 2017 ihren Betreibern der volle Zugriff auf das gesamte Vermögen der zu Pflegenden gestattet. Ab dem 1. Jänner 2018 wurde aber jeglicher Zugriff darauf aufgehoben. Zum Ausgleich überweist der Bund jährlich ungefähr 300 Millionen Euro an die Bundesländer.

Das Finanzierungsproblem bleibt aber aus mehreren Gründen bestehen, wobei unterschiedene Maßnahmen Abhilfe schaffen können:

1. In unserem Nachbarland, in Deutschland, setzt sich die Kostenberechnung für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim wie folgt zusammen: Derzeit (Stand 2025) muss monatlich ein Pflegebedürftiger für einen Pflegeplatz in einer stationären Einrichtung € 3.108,-- auf den Tisch legen. Vor acht Jahren lag der private Anteil noch bei € 1.736,-- und konnte von einer durchschnittlichen Pension bezahlt werden. Heute geht dies nicht mehr. Wenn aber die Eigenmittel nicht reichen, dann springt das Sozialamt ein. Angehörige der Pflegebedürftigen müssen erst ab deren Brutto-Jahreseinkommen von € 100.000,-- einspringen. Wenn allerdings der Partner ins Pflegeheim muss, dann wird es aber für den Verbleibenden hart, da er sich dann mit monatlich € 563 zuzüglich Wohnkosten und Heizung bescheiden muss (Spiegel, Nr. 37, 5. 9. 2025).
2. Derzeit werden in Österreich 80 Prozent der laufenden monatlichen Einnahmen sowie des Pflegegeldes zur Abdeckung der Pflegekosten herangezogen, wiewohl Sonderzahlungen (z. B. 13. und 14. Gehalt) davon ausgenommen sind. Diese könnten aber zukünftig in die Berechnung der Pflegekosten einbezogen werden.
3. Der Pflegeregress könnte ebenfalls wieder eingeführt werden. D. h. Einbezug des gesamten Vermögens (Sparguthaben, Immobilien etc.) des Pflegebedürftigen in die Berechnung der monatlichen Kosten für das Pflegeheim.

6. Ein Tohuwabohu in der Altenpflege

Das Tohuwabohu im österreichischen Pflegebereich lässt sich an einzelnen organisatorischen Schwachpunkten festmachen.

Die in der Folge ausgewiesenen Schwachstellen wurden vom Rechnungshof Österreich in seinen diversen Berichten zu diesem Themenbereich aufgeworfen.

- (1) Es gibt keine österreichweite mit den einzelnen Bundesländern abgestimmte Bedarfsprognose bezüglich notwendiger Pflegedienstleistungen. Es bedarf daher zuerst einer Festlegung der Kriterien zur Bestimmung des Pflegebedarfes. Mit anderen Worten: Was ist in der Pflege Standard?
- (2) In der Pflege mangelt es auch an einer klaren Zuordnung der Verantwortung bezüglich der finanziellen Mittelherkunft wie auch der Mittelverwendung.
- (3) Die Pflege wird durch mehrere finanziellen Quellen gespeist. Es mangelt aber an einer einheitlichen Finanzierung. Dies trägt zur Unübersichtlichkeit der Geldströme bei und erschwert dadurch jegliche Kontrolle.
- (4) Zeitlich befristete Maßnahmen wie beispielweise einmalige Gehaltszuschüsse 2022/23 des Bundes in der Höhe von 570 Millionen Euro an die Pflegekräfte führten zu bloßen Mitnahmeeffekten und tragen zur Lösung des Personalproblems kaum etwas bei.

- (5) Das Pflegegeld soll ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen:
- In den oberen Pflegegeldstufen deckt das Pflegegeld die Bedürfnisse des Pflegegeldbedürftigen gut ab.
 - Nicht aber in den unteren Pflegegeldstufen, wo mitunter beträchtliche private Zuschüsse erforderlich werden. Wie beispielsweise: Kosten für den Besuch von Privatärzten, Kosten für Medikamente und Heilbehelfe sowie Inanspruchnahme mobiler Dienste.
 - In den skandinavischen Ländern werden sowohl im Gesundheits- als auch im Pflegebereich nur Sachleistungen und keine Geldzuschüsse erbracht. Österreich betreibt eine Aufteilung: grundsätzlich Sachleistungen im Gesundheitsbereich und nur Geldzuschüsse in der Pflege.
- (6) In Österreich mangelt es auch an bundeseinheitlichen sowie transparenten Kontrollen der eingesetzten finanziellen Mittel wie auch der Pflegeheime. In der Bundesrepublik Deutschland basiert die Qualitätssicherung auf wissenschaftlich abgesicherten Expertenstandards. Zuzüglich einer Veröffentlichung der Ergebnisse.
- (7) Dass jedes Bundesland seine eigene Strategie im Gesundheitswesen und Pflege verfolgt, trägt ebenso zur Kostenexplosion bei, weil alles neunfach gemacht werden muss.
- (8) In Deutschland werden für erfolgreich geführte Pflegeheime Qualitätszertifikate ausgestellt..

7. Placebo- und Noceboeffekte in der Altenpflege

In einem gut recherchierten Artikel in der deutschen Wochenzeitschrift, „Der Spiegel“ (Nr. 38, 12.9. 2025), wurden die neuesten Ergebnisse der Placebo- wie auch der Nocebo-Forschung zur Diskussion gestellt.

Die beiden Ausdrücke „Placebo“ können mit „Selbstheilung durch positive Erwartungen“ und „Nocebo“ mit „Schädigungen durch Befürchtungen“ gleich gesetzt werden.

Der Placeboeffekt beruht auf den positiven Erwartungen der Patienten. Solche positiven Effekte können sogar dann hervor gerufen werden, wenn die Testpersonen bereits wissen, dass sie nur ein Scheinmedikament erhielten. Der Grund hierfür könnte sein, dass wir darauf konditioniert sind, das Ritual der Einnahme von Medikamenten emotional positiv zu werten.

Der ungleich mächtigere Noceboeffekt kann aber zu schwerwiegenden gesundheitlichen Schädigungen – bis hin zu Todesfolgen - führen. Ein solcher negativer Effekt kann durch bestimmte Mechanismen wie Falschinformationen, Ängste und Sorgen sowie feindselige wie auch ablehnende Behandlung hervorgerufen bzw. verstärkt werden.

Beide Effekte beeinflussen in die positive wie auch negative Richtung nahezu alle Bereiche des Körpers wie das Herz-Kreislaufsystem, den Magen-Darm-Trakt, das Immunsystem, Veränderung der Botenstoffe im Blut. Placeboeffekte können auch die Ausschüttungen körpereigener Botenstoffe, sogenannte Endorphine (Glückshormone) bewirken.

Bezüglich der Pflege dementer Pflegebedürftiger stellt sich aber die Frage wie solche Placebo- und „au contraire“ Noceboeffekte ihre Wirksamkeit entfalten können, wenn diese dann gar nicht mehr in der Lage sind, das Geschehen um sie herum wahrzunehmen wie auch richtig einzuordnen.

Einen erhellenden Aufschluss dazu bietet die Placeboforschung bei Tieren. Man muss sich fragen, wie es nämlich sein kann, dass es einem kranken Pferd bereits nach der Einnahme von ein paar Globuli gleich viel besser geht. Die Antwort darauf ist denkbar einfach: nicht das Pferd schätzt die Therapie, sondern der Pferdehalter, der seine positive Erwartungshaltung – verbunden mit Zuversicht – auf sein Pferd überträgt. Und vice versa bei einer negativen Erwartungshaltung.

Wie aber kann man diese Erkenntnisse aus der Placeboforschung auf die Pflege von dementen Pflegebedürftigen übertragen?

Ab Pflegegeldstufe 4 werden Pflegebedürftige in ein Pflegeheim aufgenommen. Welche Tätigkeiten des täglichen Lebens können demente Pflegebedürftige auf dieser Pflegegeldstufe nicht mehr ohne Hilfe ausüben?

Auf einen einfachen Nenner gebracht: Einkäufe erledigen, Zubereiten von Speisen, Reinigen der Wäsche und des Haushaltes, An- und Auskleiden sowie Gang zur Toilette und Wechseln der Windeln können nicht mehr selbstständig erledigt werden. Dazu bedarf es dann fremder Hilfe!

Da die Kommunikation immer mehr eingeschränkt wird, bis sie dann gänzlich verstummt, können Demente auch nicht mehr ihre Wünsche und Bedürfnisse artikulieren.

Dies alles erschwert jegliche Pflege ungemein. Von den pflegenden Angehörigen wird - oftmals durch mobile Pflegedienste sowie durch 24-Stunden-Betreuungen unterstützt - eine umfassende Pflege und Betreuung abverlangt: 24 Stunden pro Tag und 365 Tage im Jahr.

Eine solche umfassende Pflege und Betreuung in einer vertrauten Umgebung kann dann einen Placeboeffekt hervorrufen. Selbst unter erschwerten Bedingungen bleibt dann die Lebensfreude erhalten. Man fühlt sich nämlich akzeptiert und geliebt.

Wie aber ist der Tagesablauf in einem Pflegeheim gestaltet? Es gibt nur Dienst nach Vorschrift – und zwar nach einem klar strukturierten Ablauf. Zur festgesetzten Zeit beginnt der Tag. Pflegebedürftige, die noch nicht ans Bett gefesselt sind, bekommen eine Katzenwäsche und ihre Medikamente verabreicht. Sie werden dann oftmals mit den gleichen Kleidungsstücken wie im Vortag „kostümiert“, die ihnen gar nicht gehören, da deren Vorbesitzer bereits verstorben sind. Per Rollstuhl oder auch Rollator geht es dann zum Frühstückraum. Dabei ist genau festgelegt, welche Pflegekraft mit welcher Ausbildung welche Arbeiten verrichten muss bzw. darf. Dies gilt vor allem bei der Einnahme der Hauptmahlzeit. So ist genau festgelegt, ab wann und wie ein Pflegebedürftiger „gefüttert“ werden muss. Schon wegen des Personalmangels ist aber eine individuelle Betreuung bei der Einnahme von Speisen und vor allem von Getränken nicht möglich. Dadurch besteht die große Gefahr, dass die Pflegebedürftigen dehydrieren und auch nicht mehr richtig ernährt werden.

Nach der Einnahme der Hauptmahlzeit – so meine Beobachtungen in zwei Pflegeheimen – werden die Pflegebedürftigen vor den Fernseher bzw. die Fernsehwand gekarrt. Von einer doch so notwendigen täglichen Bewegungstherapie ist wenig zu sehen. Der Grund hierfür ist wiederum zum Teil der Personalmangel.

Bei der Angehörigenpflege liegt das Pflegeverhältnis 1:1. Eine informelle Pflegekraft, meistens eine Angehörige, pflegt und betreut eine/n Pflegebedürftige/n. Und dies – wie bereits erwähnt – 24 Stunden pro Tag und 365 Tage pro Jahr.

Die Mindestpflegepersonalschlüssel für Pflegeheime suggerieren ein ähnliches Verhältnis wie bei der Angehörigenpflege, wenn für die Pflegegeldstufe 5 ein Pflegeverhältnis 1:1,5 bzw. 1:2 ausgewiesen wird.

Eine Pflegekraft pflegt und betreut 1,5 bzw. 2 Pflegebedürftige. Hierbei wird aber unterschlagen, dass sich die Arbeitszeit einer Vollzeitpflegekraft auf 40 Stunden pro Woche beschränkt. Hinzu kommen fünf Wochen Urlaub, gesetzliche Feiertage sowie Fehlzeiten durch Krankheit, Schulungen u.a.m..

Wie viele Pflegekräfte in einem Pflegeheim müssen daher eingesetzt werden, damit ihr Pflegaufwand dem in der Angehörigenpflege entspricht?

Ein Pflegetag als solcher kann in zwei Zwölf-Stunden-Abschnitte unterteilt werden. Zwölf Stunden dienen der Pflege und Betreuung und zwölf Stunden entfallen auf die Nachtruhe der Pflegebedürftigen.

Gemäß dieser Annahme fallen pro Jahr für einen Pflegebedürftigen ungefähr 4.380 Pflege- und Betreuungsstunden (365 Tage mal 12 Stunden/Tag) an.

Eine durchschnittliche Vollzeit-Pflegekraft ist aber nur ungefähr 235 Tage pro Jahr im Einsatz. Daraus ergibt sich pro Pflegekraft eine jährliche Pflegeleistung von 1.784 Stunden (235 Tage mal 12 Stunden/Tag).

Pro Jahr abverlangt ein Pflegebedürftiger 4.380 Pflege- und Betreuungsstunden. Eine durchschnittliche Vollzeit-Pflegekraft leistet pro Jahr 1.784 Arbeitsstunden. Um daher das gleiche Pflegeverhältnis wie bei der Angehörigenpflege zu erreichen, bedarf es daher in den Pflegeheimen 2,6 Pflegekräfte. Erschwert wird jegliche Personalplanung in den Pflegeheimen noch durch den Einsatz von den Pflegekräften in Teilzeit, da viele Pflegearbeiten keine Vollzeitarbeitsplätze erforderlich machen.

Für die Nachtruhe sehen die Mindestpflegepersonalschlüssel ein Verhältnis von ungefähr einer Pflegekraft bis zu 50 Insassen eines Pflegeheimes vor. D.h. der diesbezügliche Personalbedarf dafür spielt folglich eine vernachlässigbare Größe.

Nicht bekannt sind die Fehlzeiten der Pflegerinnen. Daher ist die abschließende Feststellung nur allzu folgerichtig: Es müssen drei Vollzeit-Pflegekräfte zum Einsatz kommen, um eine Gleichheit mit der Pflege zu Hause herzustellen. Damit ist aber noch kein Ersatz für die vertraute Umgebung zu Hause und liebevoller Gesichter gefunden. Die starken Fluktuationen des Personals in den Pflegeheimen tragen ebenfalls zur Verwirrung und Desorientierung unter den dementen Pflegebedürftigen bei.

Es gelten immer noch die bösen Worte: „Zuerst ins Bett und danach in den Tod gepflegt“!

Dies alles bewirkt nicht zuletzt der Personalmangel in den Pflegeheimen und das Herausgerissensein der Pflegebedürftigen aus ihrer vertrauten heimischen Umgebung, sodass jeglicher Lebenswille erlischt und man nur mehr sterben will. Und hier greift dann der mächtige Nocebo ein, wodurch dann das Ableben der Insassen in den Pflegeheimen ungemein beschleunigt wird.

Den Aufzeichnungen im Sterbebuch in der Kapelle eines Pflegeheimes mit vornehmlich Pflegebedürftigen der Pflegegeldstufe 5 ist zu entnehmen, dass in den letzten zwölf Monaten die Hälfte der Insassen verschieden ist. Die „Überlebensrate“ liegt demzufolge bei einem Jahr. Dieser errechnete Durchschnittswert deckt sich aber nicht mit den Schätzungen in anderen Studien, in denen von einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von zwei Jahren gesprochen wird.

Zu Hause wären aber den Pflegebedürftigen noch viel mehr Lebensjahre vergönnt gewesen. Dazu bedarf es aber bestimmter gesetzlicher Schritte, die vom Bund gesetzt werden müssen.

Nicht nur der Personalmangel als solcher unterbindet jegliche Gleichsetzung der Pflegeintensität bei der Angehörigenpflege mit jener in den Pflegeheimen, sondern auch ein explosiver Anstieg der Pflegekosten in den Pflegeheimen, der sich infolgedessen daraus ergibt.

Es wurde bereits angeführt, dass derzeit für die Pflegebedürftigen der Pflegegeldstufe 5 der Mindestpersonalschlüssel mit 1 Pflegekraft zu 1 bzw. 1,5 Pflegebedürftigen festgelegt wurde. Um aber eine Gleichstellung mit der Angehörigenpflege zu erreichen, müsste aber das Pflegeverhältnis 2,6 Pflegekräfte zu 1 Pflegebedürftigen lauten.

In Wien betragen derzeit die monatlichen Pflegekosten in einem Pflegeheim für einen Pflegebedürftigen der Pflegegeldstufe 5 genau € 10.470,-- Und für das gesamte Jahr € 125.640,--.

Der Rechnungshof Steiermark hat vorgerechnet, dass sich die jährlichen Kosten nur für einen Dienstposten in der Pflege auf ungefähr € 80.000,-- belaufen.

Der Einsatz von fast drei Pflegekräften zur Pflege und Betreuung eines Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen hätte somit eine Verdoppelung und mehr der Pflegekosten zur Folge.

8. Anstellung pflegender Angehöriger im Burgenland

Pflegende Angehörige leisten einen wichtigen wie auch aufopferungsreichen Beitrag bei der Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause. Dadurch wird der Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange in den eigenen vier Wänden verweilen zu dürfen, erfüllt.

Kann das burgenländische Modell diesem Anspruch Rechnung tragen? Das ist die Frage!

Seit 1. 10. 2019 wird dieses Modell im Burgenland umgesetzt.

Ablauf und Bestimmungen: Die Abwicklung dieses Projektes erfolgt durch einen landeseigenen gemeinnützigen Rechtsträger. Eine solche Anstellung wird monatlich bis zu € 2.271,49 (netto) abgegolten. Ab Pflegestufe 3 kann um eine Anstellung angesucht werden.

68 Prozent der Geförderten sind Frauen, was auch dem Anteil der pflegenden Angehörigen insgesamt entspricht. Daher wird in Folge eine weibliche Schreibweise gewählt.

Die pflegende Angehörige ist dann sozialversichert und genießt alle Vorteile unseres Sozialsystems: zusätzliche Pensionsjahre, Urlaubsanspruch, Sonderzahlungen usw..

Eine solche Anstellung ist aber mit großen finanziellen Einschnitten verbunden: je nach Pflegestufe verschieden werden zwischen 60 und 90 Prozent des Pflegegeldes einbehalten. Des Weiteren ist auch ein Selbstbehalt (Eigenbeitrag) des Pflegebedürftigen, der aber von dessen Einkommenshöhe abhängig ist, zu entrichten. Am 1. 1. 2022 lag dieser bei monatlich € 978,--. Bei höheren Einkommen der Pflegebedürftigen übersteigt dann dieser das Nettoeinkommen des pflegenden Angehörigen.

Diese finanziellen Einbußen – Pflegegeld und Selbstbehalt - sind daher beträchtlich und mindern die Attraktivität dieses Modells drastisch, wie der Evaluierungsbericht der Fachhochschule Burgenland sinnfällig vermittelt. Dies zum Stand 2022!

Im Zeitraum vom 1. 10. 2019 bis zum 31. 3. 2022 wurden 325 Anstellungsverhältnisse begründet: 219 laufende, 87 bereits beendete sowie 19 Dienstverhältnisse ohne Datum (Stand 2022).

Zwei von drei Geförderten gingen keinem Beruf nach: entweder waren sie arbeitslos (43 Prozent) oder als Hausfrau (19 %) tätig. Nur jede vierte neu Angestellte hat ihren früheren Beruf als Arbeiterin oder Angestellte aufgegeben.

Der Erfolg dieser Maßnahme ist mehr als bescheiden. Im Jahr 2022 wurden im Burgenland 10.549 Pflegegeldbezieher der Pflegegeldstufen 3 – 7 gezählt. Bezieht man daher die Zahl der aktuellen Dienstverhältnisse auf die Zahl der Pflegegeldbezieher der Pflegegeldstufen 3 – 7 im Jahr 2022 (10.549 Personen), dann haben nicht mehr als zwei Prozent dieser Fördergruppe dieses Angebot angenommen. Wahrlich kein berauschender Erfolg!

Selbst eine in der Zwischenzeit eingetretene Verdoppelung oder sogar Verdreifachung der Dienstverhältnisse würde aber an diesem mageren Ergebnis nichts ändern.

Dies soll aber nicht zum Trugschluss bezüglich eines Stopps dieser Maßnahme verleiten. Die Anstellung pflegender Angehöriger soll nur als eine der vielen Maßnahmen zur Unterstützung bei der Pflege und Betreuung ihrer Liebsten gesehen werden.

Die Ergebnisse einer zur gleichen Zeit (Ende 2021) durchgeführten Telefonumfrage bei 755 Personen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren durch das vormalige SORA-Institut mutet aber in Anbetracht der Ergebnisse der Evaluierungsstudie der FH Burgenland eher skurril an, der zufolge zwei von drei Befragten vollmundig bekundeten, dass sie dieses Modell in Anspruch nehmen würden, wenn sie die Angehörigenpflege übernehmen müssten.

Einen wirklich nachhaltigen Schritt, um den Zuzug in die Pflegeheime zu bremsen, bietet daher nur der Vorschlag der 5-Sterne-für-Österreich bezüglich einer Pflegeversicherung.

9. Zusätzliches Pflegegeld für die pflegenden Angehörigen

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 überantworten.

Erst ab **Pflegegeldstufe vier(!)** erwirbt ein Pflegebedürftiger eine Anwartschaft auf einen von der öffentlichen Hand weitgehend alimentierten Heimplatz. Bis dahin müssen die pflegenden Familienangehörigen einen dornenvollen Weg zurücklegen: **aufopferungsreich und vielfach nicht bedankt**.

Fast 90 % der Pflegebedürftigen in unserem Land werden in Privathaushalten gepflegt. Hierbei handelt es sich um fast 440.000 Personen, die im Jahr 2025 ein Pflegegeld bezogen.

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 Pflegbedürftigen der Pflegestufe vier oder fünf werden von Heimbetreibern monatlich € 10.000,-- und mehr verrechnet. Das monatliche Pflegegeld für die Pflegestufe vier liegt derzeit (2025) bei € 865,10 und für die Pflegestufe fünf bei € 1.175,20.

D. h. ungefähr ein Zehntel der Heimkosten für einen Pflegefall wird den pflegenden Familienangehörigen abgegolten.

Die 5-Sterne-für-Österreich fordern daher – zusätzlich zum Pflegegeld für die Pflegfälle – die Auszahlung eines zusätzlichen monatlichen Betrages für pflegende Familienangehörige in der Höhe der jeweiligen Pflegestufe. Das zusätzliche Pflegegeld sollte ab Pflegestufe vier(!) des zu betreuenden Pflegefallen ausgezahlt werden.

Wenn aber pflegende Angehörige dieses zusätzliche Pflegegeld beziehen wollen, dann müssen sie sich Schulungen zur Altenpflege und Betreuung unterziehen.

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

Tab.19: Anzahl der Pflegegeldbezieher nach den Pflegegeldstufen 4 - 7 im Jahr 2025 sowie Pflegegrad „zu Hause“ nach einer Erhebung 2017

Pflegegeldstufen	Pflegegeldbezieher zu Hause	Pflegegeldbezieher in stationären Einrichtungen	Pflegegeldbezieher insgesamt	Pflegegrad zu Hause – in Prozent
4	58.267	14.567	72.834	80 %
5	36.136	18.615	54.751	66 %
6	13.291	7.806	21.097	63 %
7	6.490	3.054	9.544	68 %
Pflegegeldstufen 4-7	114.184	44.042	158.226	72 %

Tab.20: Kosten der Pflegegeldversicherung pro Pflegstufe und insgesamt

Pflegegeldstufen	Pflegegeldbezieher zu Hause 2025	Pflegegeld in Euro 2025 pro Monat	Pflegegeld pro Jahr – in Euro 2025	Pflegeversicherung insgesamt – in Euro *)
4	58.267	865,10 €	10.281,20 €	604.881.380,40 €
5	36.136	1.175,20 €	14.102,40 €	509.604.326,40 €
6	13.291	1.641,10 €	19.693,20 €	261.742.321,20 €
7	6.490	2.156,60 €	25.879,20 €	167.956.008,00 €
Pflegegeldstufen 4-7	114.184			1.544.184.035,00 €

*) Berechnung: Anzahl der Pflegegeldbezieher zu Hause mal Pflegegeld im Jahr 2025 – und zwar für die einzelnen Pflegegeldgruppen getrennt sowie insgesamt.

Im Jahr 2025 wurden ungefähr 115.000 Personen gezählt, denen die Pflegestufe vier und darüber zugewiesen war und die zu Hause gepflegt wurden. Dies sind 72 Prozent aller Pflegegeldbezieher dieser Pflegegeldgruppen.

Die neue Pflegeversicherung würde den Berechnungen der Tabelle 20 zufolge einen öffentlichen Aufwand in der Höhe von ungefähr 1,5 Milliarden Euro erforderlich machen, die aber über die erhöhten Beitragssätze zur Sozialversicherung problemlos abzudecken wären. Siehe dazu nur die Finanzierung der Unfallversicherung!

Eine solche Finanzierung über die Beitragssätze zur Sozialversicherung würde aber eine grundsätzliche Sozialreform voraussetzen, sodass es dadurch zu keiner zusätzlichen Belastung für Dienstnehmer und Dienstgeber kommt, sondern vielmehr zu einer massiven Entlastung der unteren Lohn- und Gehaltsempfänger sowie der KMUs.

Derzeit bestehen für die Dienstnehmer wie auch die Dienstgeber weitgehend einheitliche Beitragssätze. Vorgeschlagen werden aber gestaffelte Beitragssätze zur Sozialversicherung sowie ein Wegfall der Höchstbeitragsgrundlage:

- ✓ 12 bis 22 Prozent für die Dienstnehmer gestaffelt nach der Höhe der Gehälter bzw. Löhne.
- ✓ 15 bis 25 Prozent für die Dienstgeber gestaffelt nach der Größe des Unternehmens.
- ✓ Des Weiteren wird auch die Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage zur Sozialversicherung eingefordert. Derzeit (2025) liegt diese bei monatlich € 6.450,--.

10. Zusammenfassung und Ausblick

Die Menschen in unserem Land werden zusehends fordernder. Für immer mehr Bereiche des Lebens muss der Staat Obsorge leisten.

Dies gilt auch für die Altenpflege. Wurden zur Jahrtausendwende nicht mehr als 266.000 Bezieher des Pflegegeldes gezählt, so waren es 25 Jahre später, 2025, fast doppelt so viele – und zwar exakt 502.000 Personen, wiewohl die Zahl der Über-65-Jährigen um nicht viel mehr als 40 Prozent zunahm.

10.1 Altenpflege erfolgt zu Hause

Altenpflege wird vornehmlich zu Hause betrieben (87 Prozent aller Pflegegeldbezieher), sie ist durchwegs weiblich, man ist in diese eher „hinein gerutscht“ und man leidet oft darunter – psychisch wie auch somatisch (körperlich), mitunter auch finanziell.

Altenpflege durch Angehörige ist aber in Europa eher ein Auslaufmodell: fehlender Nachwuchs und die Kinder ziehen von ihren Eltern auch weg. Wenn aber die Menschen älter werden, dann brauchen sie Hilfe. Umso mehr, wenn sie an Demenz leiden.

10.2 Zunehmender Personalmangel in den Pflegeheimen

Für das Jahr 2021 wurden in Österreich ungefähr 140.000 gewerbliche Pflegekräfte gezählt. Um aber den Versorgungsstand vom Jahr 2021 auch in Zukunft erhalten zu können, bedarf es bereits für das Jahr 2030 um 37 Prozent mehr Pflegekräfte. Und im Jahr 2040 ist bereits ein Mehrbedarf von 86 Prozent (praktisch eine Verdoppelung des Personalstandes) gefordert.

Eine nachhaltige Abhilfe kann nur durch Anwerben ausländischer Pflegekräfte mittels einer noch zu errichtenden nationalen Pflegekräfte-Rekrutierungsagentur erreicht werden. Des Weiteren ist die Gründung eigener Pflegeschulen in ausgewählten ost-europäischen sowie asiatischen Ländern mit einem auf unser Land bezogenen Curriculum (Ausbildung und Lehrplan) zu fordern. Absolventen solcher Pflegeschulen erhalten dann für Österreich eine Job-Garantie.

10.3 Demenzerkrankungen in unserem Land

**Anzahl der Pflegegeldbezieher und Anzahl Dementer
nach den einzelnen Pflegegeldstufen (2025) sowie
Anteil Dementer laut fachärztlicher Gutachten (2014)**

Pflege-geld-stufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Anzahl der Be-zieher 2025	Anzahl Demen-ter 2025	Anteil an De-menten in Pro-zent 2014 *)
1	Mehr als 65 Stunden (mehr als 2 Stunden täglich)	146.673	6.307	4,3 %
2	Mehr als 95 Stunden (mehr als 3 Stunden täglich)	102.972	8.444	8,2 %
3	Mehr als 120 Stunden (mehr als 4 Stunden täglich)	94.433	21.059	22,3 %
4	Mehr als 160 Stunden (mehr als 5 Stunden täglich)	72.834	21.559	29,6 %
5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist (mehr als 6 Stunden täglich).	54.751	26.883	49,1 %
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 (mehr als 6 Stunden täglich).	21.097	13.671	64,8 %
7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt (mehr als 6 Stunden täglich).	9.544	6.204	65,0 %
Insge-samt		502.304	104.127	20,7 %

*) Da bezüglich der Verteilung Dementer in den einzelnen Pflegestufen keine aktuellen Daten gefunden wurden, mussten jene aus dem Jahr 2014 herangezogen werden.

Die genaue Anzahl der an Demenz Erkrankten (vaskuläre sowie Alzheimer Demenz) ist aber nicht an einer statistischen Ziffer festzumachen.

Eine Demenzerkrankung wird meistens erst durch ein fachärztliches Gutachten bei der Einstufung des Pflegegeldes schlagend. 2022 wurden ungefähr 20 Prozent der Pflegegeldbezieher als dement eingestuft. In absoluten Zahlen ausgedrückt: in etwa 104.000 Personen.

Der Anteil der an Demenz Erkrankten wächst von Pflegestufe zu Pflegestufe. Von acht Prozent in der Pflegestufe 2 auf 30 und 49 Prozent in den beiden Pflegestufen 4 und 5, um mit jeweils 65 Prozent in den beiden höchsten Pflegestufen 6 und 7 seinen Kulminationspunkt zu erreichen.

10.4 Kosten der Altenpflege in Pflegeheimen und zu Hause

Der Rechnungshof Österreich hat bereits 2016 die Gesamtkosten für die Pflege berechnet bzw. geschätzt. Es wurden nämlich auch die von den Angehörigen erbrachten Pflegeleistungen in Geldwerte umgerechnet.

Die für das Jahr 2016 ausgewiesenen Beträge wurden an die Inflation angepasst. Die daraufhin durchgeführten Berechnungen ergaben, dass 2025 die Kosten für die Altenpflege in unserem Land bei ungefähr elf Milliarden Euro liegen. Hierbei konnten natürlich weitere Zuschüsse des Bundes, vor allem in den Jahren 2022 und 2023, nicht berücksichtigt werden.

Fast die Hälfte dieser Mittel (4,7 Milliarden Euro) floss in die Pflegeheime sowie fast eben so viel in die Angehörigenpflege (4,3 Milliarden Euro), wenn man die Pflegeleistungen der Angehörigen in Geldwerten ausdrücken will. Der Rest verteilte sich auf die mobilen Dienste (ungefähr eine Milliarde Euro) sowie auf die 24-Stunden-Pflege (in etwa 800 Millionen Euro).

Ein direkter Vergleich der Kosten der öffentlichen Hand für die beiden Pflegeformen - Pflegeheime versus Angehörigenpflege - bietet aber ein gänzlich anderes Bild: So werden derzeit – im Jahr 2025 – die **monatlichen Kosten** für den Aufenthalt eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe 5 in einem Wiener Pflegeheim mit **ungefähr € 10.500,--** beziffert. Das **monatliche Pflegegeld** der Pflegestufe 5 liegt hingegen bei **genau € 1.175,20,--**.

Für einen Pflegefall, der zu Haus gepflegt und betreut wird, muss die öffentliche Hand nicht viel mehr als ein Zehntel der Kosten für ein Pflegeheim berappen.

10.5 Rückkehr zum Pflegeregress

Die steigenden Pflegekosten lassen aber eine Rückkehr zum Pflegeregress, der mit Ende 2017 abgeschafft wurde, befürchten. Bis dahin musste ein Pflegebedürftiger bei seiner Aufnahme in ein Pflegeheim nicht nur 80 Prozent seiner laufenden monatlichen Einnahmen (ohne die Sonderzahlungen) und des Pflegegeldes als Kostenbeitrag leisten, sondern es wurde zudem sein gesamtes Vermögen – Immobilien, Sparguthaben usw. – hierfür herangezogen.

Als Ersatz für den Wegfall des Pflegeregresses überweist nunmehr der Bund jährlich ungefähr 300 Millionen Euro an die Bundesländer. Da derzeit die Zeichen auf Sparen stehen, könnten aber diese Zuschüsse gestrichen und der Pflegeregress wieder eingeführt werden.

Die beiden Sonderzahlungen zu den Löhnen, Gehältern und Pensionen könnten zukünftig ebenso mit einer 80-Prozent-Regelung für die Berechnung des Kostenbeitrages für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim bedacht werden.

10.6 Placebo- wie auch Noceboeffekte in der Altenpflege

Die beiden Ausdrücke „Placebo“ können mit „Selbstheilung durch positive Erwartungen“ und „Nocebo“ mit „Schädigungen durch Befürchtungen“ gleich gesetzt werden.

Jegliche Pflege und Betreuung durch Angehörige ist so umfassend wie auch persönlich und fast immer liebevoll. Und dies oft 24 Stunden pro Tag und 365 Tage pro Jahr, wiewohl oftmals von mobilen Diensten von 24-Stunden-Betreuungen unterstützt.

Es gilt daher: Je stärker die Demenz eines Pflegebedürftigen voran geschritten ist, desto mehr kommt es auf die Pflegebereitschaft der Angehörigen an.

Was aber für eine Pflege durch Angehörige spricht, ist das Leben der Pflegebedürftigen in einer für sie seit vielen Jahren bekannten Umgebung mit vertrauten Gesichtern. Die Lebensfreude bleibt dadurch erhalten! Man lebt einfach gerne! Ein Placeboeffekt kann somit die Lebensspanne beträchtlich verlängern.

Gänzlich anderes verhält es sich in den Pflegeheimen. Der Tagesablauf für die Insassen eines Pflegeheimes muss schon wegen des Personalmangels streng reglementiert werden, wodurch eine spontane individuelle Betreuung kaum möglich ist.

Wie aber ist der Tagesablauf in einem Pflegeheim gestaltet? Es gibt nur Dienst nach Vorschrift – und zwar nach einem klar strukturierten Ablauf. Zur festgesetzten Zeit beginnt der Tag. Pflegebedürftige, die noch nicht ans Bett gefesselt sind, bekommen eine Katzenwäsche und ihre Medikamente verabreicht. Sie werden dann oftmals mit den gleichen Kleidungsstücken wie im Vortag „kostümiert“, die ihnen gar nicht gehören, da deren Vorbesitzer bereits verstorben sind.

Per Rollstuhl oder auch Rollator geht es dann zum Frühstückraum. Dabei ist genau festgelegt, welche Pflegekraft mit welcher Ausbildung welche Arbeiten verrichten muss bzw. darf. Dies gilt vor allem bei der Einnahme der Hauptmahlzeit. So ist genau festgelegt, ab wann und wie ein Pflegebedürftiger „gefüttert“ werden muss.

Schon wegen des Personalmangels ist aber eine individuelle Betreuung bei der Einnahme von Speisen und vor allem von Getränken nicht möglich. Dadurch besteht die große Gefahr, dass die Pflegebedürftigen dehydrieren und auch nicht mehr richtig ernährt werden.

Nach der Einnahme der Hauptmahlzeit – so meine Beobachtungen in zwei Pflegeheimen – werden die Pflegebedürftigen vor den Fernseher bzw. die Fernsehwand gekarrt.

Von einer doch so notwendigen täglichen Bewegungstherapie ist aber wenig zu sehen. Der Grund hierfür ist wiederum zum Teil der Personalmangel.

Bei der Angehörigenpflege beträgt das Pflegeverhältnis 1:1. Auf einen Pflegebedürftigen kommt dann eine Pflegekraft, die in der Regel eine Angehörige ist.

Wenn man aber die arbeitsrechtlichen Bestimmungen in Österreich berücksichtigt, dann müssten sich in den Pflegeheimen des Landes drei Pflegekräfte (exakt 2,5 Pflegekräfte) um einen Pflegebedürftigen kümmern, um eine Gleichheit der Pflegeintensität mit der Angehörigenpflege herzustellen.

Der Personalstand in den Pflegeheimen wird rechtlich durch die Mindestpflegepersonalschlüsseln geregelt. Wenn also das Pflegeverhältnis 1:1 lautet, dann bedeutet dies in Wirklichkeit, dass auf drei Pflegefälle nur eine Pflegekraft kommt.

Personalmangel in den Pflegeheimen sowie ein Herausgerissensein der Pflegebedürftigen aus ihrer vertrauten Umgebung und Beschäftigung führen dann dazu, dass jeglicher Lebenswille erlischt und man nur mehr sterben will. Und hier greift dann der mächtige „Nocebo“ ein, wodurch dann das Ableben – oftmals durch Verweigerung der Nahrung und Trinken – rasant beschleunigt wird.

Nicht irgendein persönliches Versagen der Pflegekräfte, sondern das unpersönliche Reglement in den Pflegeheimen sowie der Personalmangel lassen die unseligen Worte „Zuerst ins Bett und danach in den Tod gepflegt“ zur traurigen Wahrheit werden.

Dem Sterbebuch in der Kapelle eines Wiener Pflegeheimes ist zu entnehmen, dass die durchschnittliche „Überlebensrate“ bei ungefähr einem Jahr liegt. Mit anderen Worten: nach einem Jahr ist bereits die Hälfte der Insassen verschieden.

Diese kurze Aufenthaltsdauer wie auch die große Fluktuation bei den Pflegekräften unterbinden zudem jegliche emotionale Bindung an die Pflegebedürftigen, derer vor allem an Demenz Erkrankte so sehr bedürfen.

Zu Hause wären aber den Pflegebedürftigen noch viel mehr Lebensjahre beschieden gewesen. Dazu bedarf es aber bestimmter gesetzlicher Schritte, die von der öffentlichen Hand zu setzen wären.

10.7 Anstellung pflegender Angehöriger im Burgenland

Die Fachhochschule Burgenland hat das burgenländische Modell einer Anstellung pflegender Angehöriger über einen Zeitraum von 1. 10. 2019 – 31. 3. 2022 einer kritischen Evaluierung unterzogen.

Im besagten Zeitraum wurden 325 Anstellungsverhältnisse begründet: 219 laufende (2022), 87 bereits beendete sowie 19 Dienstverhältnisse ohne Datum. Dies entspricht zwei Prozent der Pflegegeldstufen 3 - 7 (10.549 Personen). Ab Pflegestufe 3 kann um eine Anstellung angesucht werden. Dieses magere Ergebnis soll aber nicht zum Trugschluss bezüglich eines Stopps dieser Maßnahme verleiten. Die Anstellung pflegender Angehöriger soll nur als eine der vielen Maßnahmen zur Unterstützung bei der Pflege und Betreuung ihrer Liebsten gesehen werden.

10.8 Eine eigene Angehörigen-Pflegeversicherung

Die 5-Sterne-für-Österreich fordern daher – 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 vier(!) des zu betreuenden Pflegefalles ausgezahlt werden.

Wenn aber pflegende Angehörige dieses zusätzliche Pflegegeld beziehen wollen, dann sollten sie sich Schulungen zur Altenpflege und Betreuung unterziehen müssen.

Die Finanzierung einer solchen zweckgebundenen, staatlichen Pflegeversicherung soll durch das Einheben von jeweils einem zusätzlichen Prozent der Beitragssätze zur Sozialversicherung für Dienstgeber und Dienstnehmer sichergestellt werden. Eine solche Finanzierung über die Beitragssätze zur Sozialversicherung würde aber eine grundsätzliche Reform voraussetzen, sodass es dadurch zu keiner zusätzlichen Belastung für Dienstnehmer und Dienstgeber käme, sondern vielmehr zur Entlastung unterer Lohn- und Gehaltsempfänger sowie von KMUs.

Im Jahr 2025 wurden ungefähr 115.000 Personen gezählt, denen die Pflegestufe vier und darüber zugewiesen war und die zu Hause gepflegt wurden. Dies sind 72 Prozent aller Pflegegeldbezieher dieser Pflegegeldgruppen. Die neue Pflegeversicherung würde unseren Berechnungen zufolge einen öffentlichen Aufwand in der Höhe von ungefähr 1,5 Milliarden Euro erforderlich machen, die aber über die erhöhten Beitragssätze zur Sozialversicherung problemlos abzudecken wären. Siehe dazu nur die Finanzierung der Unfallversicherung!

Derzeit bestehen für Dienstnehmer wie auch für Dienstgeber weitgehend einheitliche Beitragssätze. Vorgeschlagen werden aber gestaffelte Beitragssätze zur Sozialversicherung sowie ein Wegfall der Höchstbeitragsgrundlage:

- ✓ **12 bis 22 Prozent für die Dienstnehmer gestaffelt nach der Höhe ihrer Gehälter bzw. Löhne.**
- ✓ **15 bis 25 Prozent für die Dienstgeber gestaffelt nach der Größe der Unternehmen.**

Ausgewählte Literatur

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

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.

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

Fachhochschule Burgenland: Evaluierung des Anstellungsmodells für betreuende Angehörige im Burgenland, Eisenstadt, 2023.

Gesundheit Österreich GmbH. (GÖG): Pflegepersonalbedarfsprognose Update 2050, Wien 2023.

Gesundheit Österreich GmbH. (GÖG): Österreichischer Demenzbericht 2025, Wien 2025.

Hindrichs Sabine (Hrsg.): Personalbemessung für die Pflegepraxis, Vincentz Network, Hannover 2023.

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich: Der OÖ. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand, Linz, 2024.

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

Landesrechnungshof Steiermark: Prüfbericht – Pflege und Betreuungsberufe in der Steiermark, Graz, 2022.

Landesrechnungshof Steiermark: Prüfbericht – Personalplanungen und Personalsituation innerhalb der Steiermärkischen Krankenanstalten m.b.H., Graz, 2024.

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.

Rechnungshof Österreich: Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien, Follow-Up-Überprüfung, Bericht des Rechnungshofes, Wien, 2023.

Rechnungshof Österreich: Pflege in Österreich, Bericht des Rechnungshofes, Wien, 2020.

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

SORA-Institut: Studie zur Anstellung pflegender Angehöriger, Wien, 2022.

Stadt Wien: Pflege und Betreuung in Wien 2030, Strategiekonzept, Wien, 2016.

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



Websites:

5-sterne-oesterreich.at

5-sterne-oesterreich-altenpflege.info

E-Mails:

fuenf-sterne-oesterreich@hotmail.com

fuenf-sterne-altenpflege@hotmail.com

Youtube-Kanal: kurt traar

SPENDEN

5-Sterne-für-Österreich-Verein

Erste Bank

IBAN-Code: AT32 2011 1841 2117 6601

BIC-Code: GIBA ATWW XXX