

Caritas



Im Fokus: Gutes Leben

Ethische Aspekte der Betreuung und Pflege
betagter Menschen in Österreich

Clemens Sedmak – Elisabeth Buchner – Gunter Graf
unter Mitarbeit von Martina Schmidhuber

Salzburg, 2015

INHALT

VORWORT	4
KURZZUSAMMENFASSUNG	5
1 DAS GUTE LEBEN – EINIGE ORIENTIERUNGSPUNKTE	9
1.1 Prinzipien der katholischen Soziallehre.....	9
1.2 Identität und Innerlichkeit.....	12
1.3 Eine Gemeinschaft von Menschen	15
1.4 Zusammenfassung.....	18
2 ALTER UND GESELLSCHAFT	19
2.1 Daten und Fakten zum demographischen Wandel	19
2.2 Die vielen Gesichter des Alter(n)s	21
2.3 Altersbilder und ihre Wirkungen	24
2.4 Zusammenfassung.....	26
3 BETREUUNG UND PFLEGE BETAGTER MENSCHEN – DIE SITUATION IN ÖSTERREICH	27
3.1 Betreuung und Pflege – eine Definition	27
3.2 Versorgungssituationen in Österreich	29
3.2.1 Geld und Sachleistungen	29
3.2.2 Zur Rolle und Situation pflegender Angehöriger.....	32
3.2.3 Pflege als Profession in Österreich	33
3.2.4 Zusammenspiel der Berufsgruppen	35
3.3 Soziale Ungleichheit und Pflege	36
3.3.1 Soziale Ungleichheit bei pflegebedürftigen Menschen.....	36
3.3.2 Soziale Ungleichheit bei pflegenden Angehörigen.....	38
3.3.3 Geschlechterungleichheit.....	38
3.4 Zusammenfassung.....	39
4 ASPEKTE DES GUTEN LEBENS MIT BETREUUNG UND PFLEGE	40
4.1 Übergänge und Altersbilder	40
4.2 Selbstbestimmung.....	46
4.3 Kontinuität – Alltag – Lebensstil	52
4.4 Wissen und Lernen.....	57
4.5 Ressourcen und Rahmenbedingungen.....	66
4.6 Beziehungen und Kommunikation	76
4.7 Anerkennung und Wertschätzung.....	84
4.8 Aufmerksamkeit und Achtsamkeit	89

4.9 Zusammenfassung.....	96
5 DAS GUTE LEBEN IN BETREUUNG UND PFLEGE – ERKENNTNISSE UND FORDERUNGEN.....	98
5.1 Was kann ein Mensch mit Pflegebedarf selbst für das gute Leben tun?	99
5.2 Was können seine Familie und nahe stehende Menschen für das guten Leben tun?	100
5.3 Was können Professionalisten und Professionalistinnen für das gute Leben tun?.....	102
5.4 Was kann die Gesellschaft für das gute Leben tun?.....	104
5.5 Was kann die Politik für das gute Leben tun?	108
5.5.1 Politische Forderungen für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf.....	109
5.5.2 Politische Forderungen für pflegende Angehörige.....	113
5.5.3 Politische Forderungen für professionell Pflegende	116
5.6 Zusammenfassung.....	118
NACHWORT: DIE KRAFT DER VERLETZLICHKEIT	119
LITERATUR	121

VORWORT

Das gute Leben ist aus christlicher Sicht ein Ankommen des Reiches Gottes, das „schon“ und „noch nicht“ Wirklichkeit ist. Es ist „mitten unter uns“ und wird im Evangelium auch mit dem Aussäen eines Senfkorns verglichen (Mk 4,31). Im Kleinen, im Unscheinbaren ist das gute Leben zu finden, in allen Ritzen der Gesellschaft, könnte man sagen. Es ist Aufgabe der Caritas, das gute Leben auszusäen, auch unbewohnbare Orte wohnlich zu machen. Wie kann gutes Leben auch unter den Bedingungen von Herausforderungen und Mühsal gelingen?

Die Botschaft des guten Lebens als Recht für alle auch einzufordern ist Teil des politischen Profils der Caritas. Aus diesen Überlegungen zum Grundauftrag hat die Caritas Österreich gemeinsam mit dem „internationalen forschungszentrum für soziale und ethische fragen“ (ifz) die Idee geboren, in einer thematischen Reihe „Im Fokus: Gutes Leben“ mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten der Frage nach der Gestaltung und den Erfordernissen eines guten Lebens nachzugehen. Als erster Schwerpunkt wurde das Thema „Pflege: Worauf es ankommt“ gewählt. Denn die Frage, wie eine Gesellschaft mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen umgeht, ist ein Kriterium für die ethische Qualität einer Gesellschaft. Gleichzeitig gibt hier die demographische Entwicklung Anlass zur Sorge um das gute Leben unter Pflegebedingungen.

Die Caritas mit ihren Einrichtungen, die direkt mit Menschen in verschiedenen und oftmals sehr schwierigen Lebenssituationen arbeiten, kann der akademischen Welt eines Forschungszentrums „dichte Beschreibungen“, „echte Geschichten“, „lebendige Gesichter“ und Zeugnisse persönlicher Betroffenheit liefern und damit eine existentielle Erdung eines Themas geben. Ein Forschungszentrum wiederum kann den breiteren Zusammenhang und das öffentliche und fachliche Gespräch über ein Thema darstellen.

Der vorliegende Bericht ist auf der Grundlage von Interviews, bei denen gut zugehört wurde, und auf der Grundlage von Literaturrecherchen, bei denen gut hingeschaut wurde, entstanden. Caritas und ifz haben sich dabei regelmäßig über die Themen und Fragen ausgetauscht. Auf diese Weise ist ein Bericht entstanden, der auch Forderungen und Vorschläge enthält, etwa Forderungen nach niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen und deren Angehörige; nach der Einrichtung eines Pflegefonds als Steuerungs- und Finanzierungsinstrument für flächendeckende flexible und leistbare ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote und innovative Wohnformen; nach einer stärkeren Verschränkung von Gesundheits- und Pflegesystem; nach einem veränderten Einstufungsverfahren zur Bestimmung des Pflegebedarfs auch unter verstärkter Einbeziehung pflegerischer Fachkräfte; nach flexiblen Betreuungsangeboten und einer Entstigmatisierung von „Hilfe von außen“; nach der Ermöglichung von Urlaubs- und Erholungszeiten bei längerer Pfl egetätigkeit; nach Rechtsanspruch auf Pflegekarenz und Pfl egeteilzeit mit entsprechender Vergütung.

Gutes Leben ist für Menschen, die Pflegebedarf haben, möglich – auch für ihre Angehörigen. Das ist eine Frage von Rechten und Verantwortungsformen, über die dieser Bericht spricht. Gutes Leben ist möglich, wenn auch zerbrechlich. Man muss „dahinter sein“ hinter dem oftmals „vergrabenen Schatz“ des guten Lebens (Mt 13,44) und gute Strukturen und Rahmenbedingungen für das Graben, Bergen und Bewahren des guten Lebens haben.

So danken wir allen Beteiligten für die Gestaltung eines lesens- und bedenkenswerten Textes und hoffen auf fruchtbare Aufnahme dieses Dokuments, das auf guten Boden fallen möge.

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die katholische Soziallehre eignet sich sehr gut, um sich an den Begriff des guten Lebens – ganz allgemein, und nicht nur bezogen auf Situationen der Pflege – anzunähern. Ihre wichtigsten Aussagen lassen sich mit den Prinzipien der Personalität, Solidarität, Subsidiarität, des Gemeinwohls und der Nachhaltigkeit ausdrücken. In ihnen wird deutlich, dass der Mensch ein Wesen mit Innerlichkeit und Tiefe ist, das nach einem passenden „Lebensplatz“ und einer gelungenen Identität strebt. Seine Verletzlichkeit bedingt es, dass er dabei zutiefst von anderen abhängig und auf Beziehungen angewiesen ist. Das menschliche Leben findet stets im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit statt, und die soziale Einbettung ist in jedem Lebensalter ein wesentliches Element der menschlichen Existenz. Des Weiteren geht die katholische Soziallehre mit der Einsicht einher, dass alle gesellschaftlichen Ebenen mit der gleichen moralischen Sprache zu beschreiben sind. Die gleichen Werte, die persönliche Beziehungen auszeichnen, sollen auch im öffentlichen Bereich und in der Gestaltung gesellschaftlicher Institutionen verankert sein. Eine gute Gesellschaft sorgt dafür, dass sich das Ideal der Menschlichkeit auf allen Ebenen bemerkbar macht.

Wie in allen westeuropäischen Ländern hat sich auch in Österreich die Altersstruktur der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Es ist zu einer demographischen Alterung gekommen, und es ist davon auszugehen, dass sich diese Alterung der Gesellschaft weiter verstärken wird. Auch wenn klar ist, dass eine alternde Gesellschaft viele Herausforderungen mit sich bringt, sagen demografische Größen alleine wenig über die Zukunft einer Gesellschaft aus. Sie sind vielmehr immer in Kombination mit sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren sowie politischen Entscheidungen und Institutionen zu sehen, die unterschiedlich gestaltbar sind. Hier ist zu betonen, dass die Phänomene „Altern“ und „Alter“ sehr vielschichtig sind und von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet werden können und sollen, um den Lebenslagen älter werdender Menschen gerecht werden zu können. Neben verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen (etwa biologische, psychologische und soziologische) zur Betrachtung und Erforschung des Alters besteht auch eine Vielzahl gesellschaftlicher Altersbilder. Sie sind oft negativ konnotiert und prägen in vielen Fällen unhinterfragt die politische Diskussion und öffentliche Meinung und auch die Einstellung vieler Menschen dazu, wie ein gutes Leben im Alter auszusehen hat. Menschen- und Altersbilder sollten also ständig und auf verschiedenen Ebenen kritisch reflektiert werden, um Vorurteile zu vermeiden und der Vielfalt des Alter(n)s gerecht zu werden.

Betreuungs- und Pflegetätigkeiten dienen der Befriedigung und Sicherung menschlicher Grundbedürfnisse durch personennahe, sorgende Dienstleistungen. Die subjektive Bedürftigkeit des Einzelnen ist beim pflegerischen Handeln entscheidend und der zwischenmenschliche Bereich spielt eine wichtige Rolle. Bei der Altenpflege handelt es sich in der Regel um Langzeitpflege, die zeitlich im Alltag und räumlich im Wohnbereich der pflegebedürftigen Menschen stattfindet. Das österreichische Pflegesystem kombiniert Geld- und Sachleistungen, wobei Geldleistungen in Form des Pflegegelds den Kern des Systems bilden. Der Pflegebedarf wird nicht auf Basis der tatsächlich im speziellen Fall vorliegenden Erfordernisse erhoben, sondern aufgrund von Richt-, Mindest- und Pauschalwerten bestimmt. Diese beziehen sich rein auf pflegerische Tätigkeiten, ohne den Grund für den pflegerischen Unterstützungsbedarf zu berücksichtigen. Das österreichische Pflegesystem setzt außerdem nach wie vor stark auf pflegende Angehörige. Die meisten Betreuungs- und Pflegeleistungen werden also zuhause erbracht, und viele pflegende Angehörige nehmen keine professionellen Dienstleistungen in Anspruch. Professionell Pflegende erfuhren lange wenig öffentliche Anerkennung, da Pflegearbeit als private Aufgabe verstanden wurde. Mittlerweile ist es sowohl zu einem Wandel des Berufsbildes als auch zur Wahrnehmung seiner Wertigkeit gekommen, wenngleich Effizienzorientierung,

Kosteneinsparung und Rationalisierung den Druck auf professionelle Pflegende ständig erhöhen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Bedarf an Arbeitskräften in der professionellen Langzeitpflege stark steigen wird. In der österreichischen Versorgungslandschaft besteht eine starke Fragmentierung hinsichtlich der Zuständigkeit und Kompetenz verschiedener Kosten- und Leistungsträger. Insbesondere sind das Gesundheitssystem und das Sozialwesen unzureichend aufeinander abgestimmt. Sozial benachteiligte Menschen entwickeln durch ungünstigere Bildungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen oder geringeres Gesundheitswissen und -bewusstsein vermehrt chronische Krankheiten und Behinderungen, und sie werden eher bzw. früher pflegebedürftig. Zusätzlich erzeugt die Art und Weise, wie Pflege in einer Gesellschaft organisiert ist, neue Ungleichheiten. Dies gilt sowohl für Menschen mit Pflegebedarf als auch für pflegende Angehörige, die in den allermeisten Fällen weiblich sind.

Dem guten Leben kommt in der Auseinandersetzung mit dem weiten Feld der Pflege ein wichtiger Platz zu. Um diesem Befund mehr Gehalt und Praxisnähe zu verleihen, wurden für diesen Bericht viele Gespräche mit Menschen geführt, die auf die eine oder andere Weise mit der Pflege in Verbindung stehen. So ergab sich ein vielschichtiges Bild, was in der Pflege wirklich wichtig ist, ein Bild, das von Menschlichkeit gekennzeichnet ist und bei weitem nicht in ökonomischen Größen aufgeht. Acht Dimensionen sind dabei besonders hervorzuheben: Übergänge & Altersbilder, Selbstbestimmung, Kontinuität – Alltag – Lebensstil, Wissen & Lernen, Ressourcen & Rahmenbedingungen sowie Aufmerksamkeit & Achtsamkeit. In ihnen werden die Herausforderungen und Chancen deutlich, die in diesem Bereich bestehen, und sie ermöglichen einen vielschichten Blick auf diejenigen Punkte, auf die es im Leben „wirklich ankommt“ – für pflegebedürftige Menschen aber genauso für diejenigen, die Pflegearbeit verrichten oder auf die eine oder andere Weise damit in Verbindungen stehen. Die Dimensionen verdeutlichen, was es heißt, ein gutes Leben im Spannungsfeld zwischen Autonomie, Verletzlichkeit und Abhängigkeit zu führen, und sie rufen in Erinnerung, wie wichtig die Beziehungsebene für eine gute Pflege und Betreuung ist. Zwischenmenschliche Kontakte samt der damit verbundenen Zuwendung und Menschlichkeit dürfen keinesfalls als ein „Extra“ verstanden werden, sondern sie sind wesentliche Bestandteile, damit Betreuung und Pflege gelingen können.

Wenn es darum geht, förderliche Bedingungen für ein gutes Leben in Betreuung und Pflege zu schaffen, sind alle Mitglieder und Institutionen einer Gesellschaft angesprochen. Je nach Fähigkeiten, gesellschaftlicher Position und Lebenslage gestalten sich die Einflussmöglichkeiten jedoch verschieden und es entstehen unterschiedliche Pflichten. Fest steht jedoch, dass Menschen mit Pflegebedarf ebenso Verantwortung für ein gutes Leben übernehmen müssen wie deren Familien und ihnen nahe stehende Menschen, ProfessionalistInnen, verschiedene gesellschaftliche AkteurInnen und PolitikerInnen. Den größten Handlungsauftrag hat die Politik, da vor allem dort jene strukturellen Änderungen angelegt werden müssen, die nachhaltige und großflächige Verbesserungen herbeiführen können. Alle anderen Forderungen, die sich an pflegebedürftige Menschen, ihre Familien, professionell Pflegende sowie die Gesellschaft als ganze richten, müssen folglich immer vor dem Hintergrund dieser strukturellen Veränderungen verstanden werden.

0 EINLEITUNG

Das gute Leben in der Betreuung und Pflege älterer Menschen liegt im Fokus der vorliegenden Untersuchung. Damit wird ein großes und facettenreiches Thema angesprochen, das wohl die meisten von uns in der einen oder anderen Form persönlich betrifft. Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige gehören zur Lebenswirklichkeit vieler Menschen und schon allein dadurch ist man angehalten, sich darüber Gedanken zu machen, was denn nun ein gutes Leben für die Betroffenen bedeutet. Dabei ist klar, dass zwar meist die Menschen mit Pflegebedarf selbst im Zentrum stehen, insgesamt jedoch viele Personen in deren Umfeld auf verschiedene Art und Weise eingebunden sind. Fragen des guten Lebens stellen sich also nie bloß in einem „sozialen Vakuum“, sondern immer in Bezug zu mehreren Beteiligten, die sich wiederum im Kontext umfassender sozialer Normen und staatlicher Systeme bewegen. Gleichzeitig sollte jedem Menschen bewusst sein, dass auch er einem Alterungsprozess unterliegt, der seine Spuren hinterlässt und in vielen Fällen dazu führen wird, dass man auf die Unterstützung anderer angewiesen sein wird. Altern und Alter mit ihren Änderungen, Begleiterscheinungen, Verlusten aber auch Gewinnen sind wesentliche Bestandteile des menschlichen Lebens, mit denen sich jeder und jede Einzelne rechtzeitig auseinandersetzen sollte. Hinzu kommt, dass aufgrund des demographischen Wandels eine „alternde Gesellschaft“ nicht mehr zu leugnen ist – es ist also auch aus gesellschaftlicher Sicht ein Gebot der Stunde, sich mit den hier angesprochenen Themen zu beschäftigen. In den kommenden 30 Jahren wird der Anteil der 80-Jährigen von heute sechs Prozent auf ungefähr zwölf Prozent ansteigen (vgl. Kruse 2012, 650). Die Betreuung und Pflege von alten Menschen wird ein immer drängenderes Thema unserer Zukunft werden, zumal die Gesundheits- und Sozialsysteme in ihrer gegenwärtigen Form die zukünftigen Herausforderungen nicht ausreichend bewältigen werden können.

Doch wie sieht nun ein gutes Leben im Alter aus, insbesondere dann, wenn man in manchen Lebensbereichen zunehmend eingeschränkt ist und manche Tätigkeiten und Aktivitäten plötzlich schwer fallen oder unmöglich werden? Auf welche Ressourcen und Arten der Unterstützung kann zurückgegriffen werden und welche Hindernisse und Probleme treten auf? Und wie steht es um diejenigen, die sich um Menschen mit Pflegebedarf kümmern und in ihrer täglichen Pflege- und Betreuungsarbeit an ihre Leistungsgrenzen stoßen? Um solche und ähnliche Fragen wird es in der Folge gehen. Dabei sei vorausgeschickt, dass das vorliegende Dokument viele der aufgeworfenen Fragen nicht erschöpfend und abschließend beantworten kann. Dennoch werden Anhaltspunkte und Einsichten gegeben, die zu einer persönlichen Auseinandersetzung mit den angesprochenen Themen einladen, Hintergrundinformationen bereitstellen, Bausteine einer Ethik der Pflege älterer Menschen in Österreich liefern und aufzeigen, in welchen Bereichen dringender Handlungsbedarf besteht. Die Grundlage für die folgenden Überlegungen bildet einerseits eine Literaturanalyse. Mittlerweile gibt es viele Studien und Untersuchungen zum Thema Pflege, die wir um Einsichten aus der katholischen Soziallehre ergänzen und in diesen Bericht einfließen lassen. Andererseits haben wir mit zahlreichen Personen gesprochen, die selbst auf Pflege bzw. Betreuung angewiesen sind oder als Angehörige, Professionelle oder Ehrenamtliche mit diesem Bereich in Verbindung stehen. Ihre Ansichten zum guten Leben ergänzen die aus der Literatur gewonnen Punkte und setzen diese direkt mit der Praxis in Verbindung.

Im ersten, einleitenden Kapitel schlagen wir vor, dass sich einige zentrale Erkenntnisse der katholischen Soziallehre sehr gut eignen, um sich an den Begriff des guten Lebens – ganz allgemein, und nicht nur bezogen auf Situationen der Pflege – anzunähern. Zunächst werden wir kurz die wichtigsten Prinzipien, die den „Kern“ der katholischen Soziallehre bilden, vorstellen. Diese beziehen

sich typischerweise auf die Leitbegriffe der Personalität, Solidarität, Subsidiarität, des Gemeinwohls und der Nachhaltigkeit. Anschließend vertiefen wir zwei zentrale Punkte, die uns für unsere Anliegen besonders wichtig erscheinen, auch deswegen, da sie nicht nur in einer christlichen, sondern auch in einer säkularen Weltsicht eine entscheidende und nachvollziehbare Rolle einnehmen können. Dabei stehen einerseits die Begriffe „Identität“ und „Innerlichkeit“ im Zentrum, die den Menschen auszeichnen und ihn zu einem besonderen Wesen machen. Andererseits wird aber auch auf den engen Zusammenhang zwischen der gesellschaftlichen Mikro- und Makroebene hingewiesen, der Auswirkungen darauf hat, wie gesellschaftliche Institutionen eingerichtet werden sollen. In diesem Kapitel wird deutlich werden, dass sich das menschliche Leben stets im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit bewegt und dass die soziale Einbettung in jedem Lebensalter ein wesentliches Element der menschlichen Existenz darstellt. Das heißt aber auch, dass über ein gutes Leben nicht nur auf der individuellen Ebene nachgedacht werden kann. Denn obwohl eine solche Sichtweise eher dem Geist der Zeit entspricht, übersieht sie wichtige Elemente dessen, was es heißt, ein menschliches Leben zu führen. Die soziale Einbettung und das Wohl der Gemeinschaft sind für Fragen des guten Lebens unmittelbar relevant.

Nach diesem allgemeinen Einstieg in die Fragen des guten Lebens werden in Kapitel 2 und 3 der Hintergrund und die Rahmenbedingungen der Pflege in Österreich zur Sprache gebracht werden. Ziel ist es, allgemeine Entwicklungen und Fakten darzustellen, die sich auf vielfältige Art und Weise auf diesen Bereich auswirken, ihn prägen und den größeren Zusammenhang deutlich machen, in dem sich unser Beitrag bewegt. Es wird deutlich werden, dass Menschen immer in bestimmten Kontexten leben, altern und betreuungs- bzw. pflegebedürftig werden. Diese Rahmenbedingungen sind nicht statisch, sondern im Wandel begriffen und politisch wie gesellschaftlich gestaltbar. In Kapitel 2 stehen die demographischen Entwicklungen vor allem hinsichtlich der Altersstruktur der österreichischen Gesellschaft und die Herausforderungen, die damit verbunden sind, im Vordergrund. Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass die Phänomene „Altern“ und „Alter“ sehr vielschichtig sind und von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet werden können und sollen, um den Lebenslagen älter werdender Menschen gerecht werden zu können. Neben verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen zur Betrachtung und Erforschung des Alters besteht auch eine Vielzahl gesellschaftlicher Altersbilder, die in diesem Kapitel ebenso angesprochen werden. Sie sind oft negativ konnotiert und prägen vielfach unhinterfragt die politische Diskussion und öffentliche Meinung sowie die Einstellung vieler Menschen darüber, wie ein gutes Leben im Alter auszusehen hat. Im dritten Kapitel wird eine Bestandsaufnahme der Pflegesituation in Österreich durchgeführt, die unmittelbar von großer Bedeutung für das hier behandelte Thema ist. Wir beschreiben die Tätigkeiten der Pflege und Betreuung betagter Menschen und zeigen, durch welche Elemente sie gekennzeichnet werden. Danach gehen wir auf die gegenwärtige Versorgungssituation in Österreich ein. Das „System Pflege“ wird in seinen Grundzügen dargestellt, wobei politische und rechtliche Rahmenbedingungen ebenso angesprochen werden wie die Frage, wer unter welchen Bedingungen die Pflege und Betreuungsarbeit leistet. In diesem dritten Kapitel widmen wir uns darüber hinaus dem Zusammenhang zwischen Armut bzw. sozialer Ungleichheit und der Pflege und Betreuung betagter Menschen, ein brennendes Thema, das bisher jedoch noch wenig erforscht wurde. Im vierten Kapitel wenden wir uns ausführlich der Frage zu, welche Dimensionen des guten Lebens in der Pflege sich ausfindig machen lassen und wie sie konkret zu beschreiben sind. Dabei stützen wir uns auf die Gespräche, die wir geführt haben und bemühen uns, sie mit den erarbeiteten theoretischen Überlegungen zu verknüpfen. Auf diese Weise ergibt sich ein vielschichtiges Bild des guten Lebens, das als Grundlage für das fünfte Kapitel dient. Dort werden Forderungen formuliert, die umzusetzen sind, will man ein gutes Leben für alle Beteiligten ermöglichen.

1 DAS GUTE LEBEN – EINIGE ORIENTIERUNGSPUNKTE

1.1 Prinzipien der katholischen Soziallehre

Das zentrale Anliegen der katholischen Soziallehre besteht darin, auf der Basis eines christlichen Weltverständnisses und Menschenbildes Orientierungen zu verschiedenen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und ökologischen Themen zu bieten. Dabei besteht jedoch der Anspruch, dass die Aussagen der Soziallehre auf der Vernunft und dem „gesunden Menschenverstand“ beruhen, sodass ihre Inhalte für jeden und jede nachvollziehbar und akzeptabel sind.

In einem engen Sinn handelt es sich dabei um einen Kernbestand von Texten, die vom Lehramt verfasst wurden. Aber auch, was durch Fachgelehrte erarbeitet und von der Kirche anerkannt und übernommen wird, ist normalerweise der Soziallehre zurechenbar (vgl. Messner 2001). Darin finden sich zwar wichtige Leitlinien für die Lösung von Problemen, fertige und im Detail ausbuchstabierte „Rezepte“, die nur mehr mechanistisch und ohne tiefere persönliche Auseinandersetzung auf einen Anwendungsfall übertragen werden können, beinhaltet sie aber nicht. Vielmehr wird die Ansicht vertreten, „dass eine situations- und sachgerechte Stellungnahme zu den weltweit höchst vielschichtigen und unterschiedlichen gesellschaftlichen Problemen nicht primär ‚von oben‘, vom gesamtkirchlichen Lehramt kommen kann, sondern dass diesbezüglich in erster Linie die Kompetenzen ‚vor Ort‘ gefordert und gefragt sind. [...] Dort müssen in Zusammenarbeit mit allen möglichen kompetenten Partnern Probleme erkannt und analysiert sowie Lösungswege gesucht werden.“ (Heimbach-Steins 2004)

Vier Prinzipien bilden traditionell den „Kern“ der katholischen Soziallehre, die wesentlich darauf abzielen, ein gutes Leben für jeden Menschen zu ermöglichen: Das Personalitäts-, das Solidaritäts-, das Subsidiaritäts-, und das Gemeinwohlprinzip (vgl. KSL 160). Aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahrzehnte und der Zunahme ökologischer Probleme wird mittlerweile ein fünftes Prinzip, das der Nachhaltigkeit, als wesentliches Element der Soziallehre genannt (vgl. Gabriel/Papaderos/Körtner 2006). Diese Prinzipien sind immer aufeinander bezogen und können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, denn nur in ihrem Zusammenhang drücken sie die eigentliche Botschaft der Soziallehre aus (vgl. KSL 162).

Das *Personalitätsprinzip* stellt klar, dass die menschliche Person im Mittelpunkt der Soziallehre steht. Sie wird als einmalig und unwiederholbar beschrieben und verfügt über einen immens hohen, ja sogar unantastbaren und unveräußerlichen Wert. Dies bedeutet auch, dass alle Menschen unabhängig von Herkunft, sozialem Status, Geschlecht, sexueller Orientierung oder Religionszugehörigkeit als gleichwertig zu betrachten und mit Respekt zu behandeln sind. Die Ziele des gesellschaftlichen Zusammenlebens werden in der Folge in Bezug auf die Einzelne und den Einzelnen definiert. Es geht gemäß der Soziallehre darum, Bedingungen zu schaffen, unter denen Menschen ihre Anlagen, Fähigkeiten und Begabungen entfalten können. Eine Leitfrage zur Beurteilung eines bestehenden Gesellschaftssystems lautet also: Findet jeder Mensch die Ressourcen, die Unterstützung und das Umfeld vor, sich seiner individuellen Veranlagung gemäß entfalten zu können? In diesem Sinne ist es die Gesellschaft mit ihren Institutionen, Systemen und Einrichtungen, die für den Menschen da sein und ihn in seiner Entfaltung der Persönlichkeit unterstützen soll. Die und der Einzelne sind nicht der Gesellschaft untergeordnet.

Ein weiterer Punkt, der eng an das Personalitätsprinzip geknüpft ist, ist die menschliche Freiheit. Diese meint, dass jeder Mensch aus sich heraus schöpferisch und gestaltend tätig werden kann und über die Fähigkeit verfügt, sein eigenes Leben in eine von ihm gewollte Richtung zu lenken. Und obwohl jede Person in ihrem Lebensweg durch schier unzählige Faktoren und Einflüsse geprägt wird, ist sie unter geeigneten Bedingungen dazu in der Lage, freie Entscheidungen zu treffen, die „ihre“ sind

und sie in ihrer Individualität auszeichnen. Dadurch entsteht aber auch eine große Verantwortung für die eigene Lebensführung und den eingeschlagenen Weg, den man auch moralisch mitverantworten können muss. Denn durch die Fähigkeit zur Freiheit wird der Mensch zu einem moralischen Wesen, das zwischen guten und verwerflichen Taten und Handlungen wählen kann.

So wichtig die persönliche Freiheit und die Entfaltung des Einzelnen auch sind, sie dürfen gemäß der katholischen Soziallehre nicht in einen übertriebenen Individualismus führen. Und hier kommt das *Solidaritätsprinzip* als wichtiges Korrektiv ins Spiel. Es bestimmt das wechselseitige Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft und fokussiert darauf, dass der Mensch seiner Natur nach sowohl ein Einzel- als auch ein Gemeinschaftswesen ist (vgl. KSL, 192). Er ist auf ein Zusammenleben mit anderen hingeordnet und angewiesen und kann letztendlich nur in der Gemeinschaft existieren und zur Entfaltung gelangen. Erst im wechselseitigen Austausch mit anderen und durch innige und aufrichtige Beziehungen verwirklicht sich seine Persönlichkeit. Gemeinschaftsbezogenheit, Offenheit und Verwiesenheit auf andere gehören zum Wesen des Menschseins. Besonders deutlich tritt dieser Wesenszug des Menschen in denjenigen Lebensphasen hervor, in denen eine hohe Verletzlichkeit und Abhängigkeit besteht. So ist beispielsweise in den ersten Lebensjahren das bloße Überleben davon abhängig, dass es jemanden gibt, der uns beschützt und versorgt, ganz zu schweigen von der notwendigen Zuneigung und Liebe, die für eine gesunde kindliche Entwicklung notwendig sind. Aber auch in Phasen der Krankheit oder gegen Ende des Lebens ist es offensichtlich, dass ohne eine angemessene soziale Einbettung grundlegende menschliche Bedürfnisse nicht befriedigt werden können. Eine angemessene Einschätzung der Abhängigkeit und Bedürftigkeit des Menschen darf dabei zwei Dinge nicht übersehen. Erstens ist der Mensch *grundsätzlich und in jeder Phase seines Lebens* verletzlich und verwundbar. Eine Krankheit, ein persönlicher Verlust oder ein anderer Schicksalsschlag sind für jede und jeden jederzeit möglich, selbst wenn sich viele dieser Tatsache im Alltag nicht bewusst sind. Zweitens ist unsere moderne Welt so stark wie wohl noch nie zuvor in der Geschichte geprägt von wechselseitigen Abhängigkeiten (vgl. KSL 192). Wirtschaftliche und politische Beziehungen haben sich durch neue Mittel und Wege der Kommunikation sowie des Datenaustausches auf globaler Ebene eng verflochten. Menschen führen ihr tägliches Leben in diesem Beziehungsnetz, ohne das die meisten gewohnten Handlungen und Tätigkeiten kaum denkbar wären. Das Wohl des Einzelnen ist somit de facto mit dem Wohl der Gemeinschaft verbunden.

Aus diesen Beobachtungen über bestehende Zusammenhänge (dies wird oft das „Seinsprinzip der Solidarität“ genannt) ergeben sich laut katholischer Soziallehre gewichtige Konsequenzen, die das „Sollen“ der und des Einzelnen betreffen (hier spricht man vom „Sollensprinzip“, das mit der Solidarität verbunden ist). Grundlegend ist hier, dass jeder und jedem Einzelnen der Auftrag zukommt, für das Wohl der Gemeinschaft bzw. der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen. Je nach Leistungsfähigkeit und Veranlagung können sich der Beitrag und die Verantwortung für die Gemeinschaft unterscheiden, dennoch ist jedes Mitglied der Gesellschaft *gemäß seiner Fähigkeiten* in die Pflicht zu nehmen. Soziales und zivilgesellschaftliches Engagement gehören folglich zu den Charakteristiken einer guten Gesellschaft.

Das *Subsidiaritätsprinzip* bestimmt, wie sich das Individuum zur Gesellschaft bzw. zum Staat verhalten soll und nimmt somit eine vermittelnde Rolle zwischen Personalitäts- und Solidaritätsprinzip ein.

Es enthält zwei zentrale Forderungen: Erstens ist damit gemeint, dass eine übergeordnete Instanz nicht an sich reißen darf, was die und der Einzelne oder die untergeordnete Instanz leisten kann. Es geht somit mit einem Aufruf zu Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme jeder und jedes Einzelnen bzw. kleinerer gesellschaftlicher Gruppen und Zusammenschlüsse einher. Das, was der einzelne Mensch zu seiner Selbstverwirklichung beitragen kann, darf ihm nicht abgenommen werden. Wie wir

schon beim Personalitätsprinzip gesehen haben, wird in der katholischen Soziallehre die Person als freies und gestaltendes Wesen begriffen, das zur Verantwortungsübernahme fähig ist und durch selbständiges Handeln zur Entfaltung kommt. Es wäre also ganz und gar gegen das Ideal der Selbstverwirklichung, wenn Handlungsspielräume und Verantwortlichkeiten an eine andere, höherstehende Instanz abgegeben würden. Analoges gilt für die Aufgaben und den Handlungsspielraum kleinerer Gemeinschaften. So soll das, was die Familie leisten kann, nicht einfach so durch eine größere politische Gemeinschaft übernommen werden, und insgesamt soll die Entscheidungsbefugnis möglichst nahe an der Basis bleiben. Dadurch wird man der Personalität und der Freiheit des Menschen am besten gerecht, und man erlaubt es ihm, sein eigenes Leben und das seiner Umgebung aktiv mitzugestalten. Zweitens – und hier handelt es sich um die andere Seite der Subsidiarität – müssen solche Rahmenbedingungen bestehen, welche die Selbständigkeit des Individuums oder von kleineren Gruppen überhaupt erst erlauben. Übergeordneten Instanzen oder Institutionen kommt in der katholischen Soziallehre sehr wohl eine große Verantwortung zu, und zwar nicht nur in dem Sinne, dass sie für Bedürftige oder Schwächere (monetäre) Hilfeleistungen oder Notbehelfe verteilen. Sie haben vielmehr die Aufgabe, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten und zu gewährleisten, dass Freiheiten entstehen, die tatsächlich wahrgenommen werden können (vgl. Nell-Breuning 1977). Es wäre ein Missverständnis, das Subsidiaritätsprinzip so auszulegen, dass es größere soziale Einrichtungen – an oberster Stelle den Staat – völlig aus der Verantwortung nimmt, wie es beispielsweise in neoliberalen Ansätzen gefordert wird.

Die größeren und mächtigeren Institutionen sind entgegen dieser Auffassung gemäß der Soziallehre aufgefordert, hilfreichen und ergänzenden Beistand zu leisten, der immer auf die Stärkung der kleineren Ebenen und schlussendlich der Individuen abzielt (vgl. Lecheler 1993). Die Autonomie jeder Ebene des sozialen Gefüges verdient Beachtung und sollte nicht dadurch vernachlässigt werden, dass Aufgaben „von oben“ – ohne Einbeziehung des Hilfeempfängers – vonstattengehen. Es ist das Gebiet der Zivilgesellschaft, das es im Sinne des Subsidiaritätsprinzips zu pflegen und zu unterstützen gilt. Denn nur dort lässt sich ein nachhaltiges Netzwerk an tragfähigen Beziehungen aufbauen und unterhalten, das für eine menschenwürdige Gesellschaft unerlässlich ist.

Um ein vollständiges Bild der katholischen Soziallehre zeichnen zu können, ist es erforderlich, einen weiteren „Baustein“ hinzuzufügen: das *Gemeinwohl*. Es ist zwar in den bisher genannten Prinzipien zum Teil schon angesprochen worden, verdient aber genauere und ausführlichere Berücksichtigung. Unter Gemeinwohl versteht man in der katholischen Tradition „die Gesamtheit jener Bedingungen des gesellschaftlichen Lebens, die sowohl den Gruppen als auch deren einzelnen Gliedern ein volleres und leichteres Erreichen der eigenen Vollendung ermöglichen.“ (vgl. GES 26) Diese Bedingungen entstehen jedoch nicht von selbst. In einer Gesellschaft leben Menschen und Gruppierungen mit verschiedenen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Interessen. Unterschiedliche Religionen und Weltanschauungen sind verbreitet und das moderne Leben ist vielseitig und bunt. Nicht jede und jeder verfügt über die gleichen Talente und es gibt stärkere und schwächere, mächtigere und ohnmächtigere Menschen. Dazu kommt, dass auch nicht alle Bedürfnisse gleich gestaltet und jeweils andere Instanzen für ihre Befriedigung zuständig sind. Um ein Beispiel zu nennen: Liebe und Zuneigung sind im zwischenmenschlichen Bereich angesiedelt, wohingegen die Garantie der öffentlichen Sicherheit von einer höheren Stelle zu leisten ist. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass es einer Instanz bedarf, die diese Vielfalt an Interessen zum Wohle aller koordinieren kann. Genau diese Rolle übernimmt gewöhnlich der Staat, der trotz aller Betonung von Subsidiarität in der katholischen Soziallehre eine wichtige Rolle einnehmen muss. Denn ohne eine solche eigenständige Autorität ist es einfach unmöglich, die unterschiedlichen Einzel- und Gruppeninteressen in ein harmonisches Miteinander zu überführen.

Bedingt durch den technischen, wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Fortschritt verbrauchen moderne Gesellschaften (zu) viele Ressourcen. Das Ziel des Wirtschaftswachstums wird oft ohne Rücksicht auf die Umwelt und die Lebensbedingungen zukünftiger Generationen verfolgt. In vielen Teilen der Erde ist es aufgrund dieser Denk- und Handlungsweise zu irreversiblen Umweltschäden gekommen. Die katholische Soziallehre, die den Anspruch erhebt, auf aktuelle Probleme und „Zeichen der Zeit“ reagieren zu können, hat angesichts dieser Problemlagen das *Prinzip der Nachhaltigkeit* eingeführt. Es bedeutet „Einsatz für gerechte Lebensbedingungen und einen schonenden Umgang mit der Natur auf Zukunft hin“ (Ökumenischer Rat der Kirchen in Österreich 2003, 289) und bringt somit die ökologische Dimension in die Soziallehre ein. Der enge Zusammenhang zwischen gerechtem Wirtschaften, sozialer Stabilität und Achtung der Natur und Umwelt wird nun hervorgehoben und Themen wie Gerechtigkeit zwischen den Generationen und Weltgerechtigkeit immer in Zusammenhang mit Fragen der Nachhaltigkeit diskutiert.

1.2 Identität und Innerlichkeit

Ein zentraler Aspekt der Annäherung an das gute Leben, wie es in der katholischen Soziallehre identifiziert werden kann, besteht im zugrundeliegenden Menschenbild und in der Auffassung, was den Menschen „ausmacht“ und ihm einen besonderen Status verleiht. Hier lassen sich zwei eng miteinander verbundene Begriffe einführen, die in der Folge eine wichtige Rolle spielen werden: Identität und Innerlichkeit. Beide verweisen auf grundlegende Aspekte des Menschseins und sollten in jeder Theorie des guten Lebens einen wichtigen Platz einnehmen. Die folgende These liegt also den folgenden Ausführungen zugrunde: Ein gutes Leben hat wesentlich mit dem Aufbau und der Erhaltung der eigenen Identität zu tun, wobei der menschlichen Innenwelt (von Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen, Haltungen) ein ganz besonderer Stellenwert einzuräumen ist. Eine solche Auffassung vom Menschen, die ihn als ein tiefes Wesen auszeichnet, prägte sich erst flächendeckend in der Neuzeit – also etwa ab dem 15. Jahrhundert – aus, wie der Philosoph Charles Taylor in seinem bedeutsamen Werk „Quellen des Selbst“ überzeugend darstellt. Christliche AutorInnen und christliches Denken waren für die Entwicklung dieses Menschenbildes, das den Menschen über seine Fähigkeiten charakterisiert, über sich und die Welt nachzudenken und sich dabei auch nach „innen“ wenden zu können, maßgeblich. Es verwundert daher nicht, dass es mit der Soziallehre der katholischen Kirche eng verbunden ist.

Doch sehen wir uns zunächst den Begriff der Identität eines Menschen, wie er hier verstanden werden soll, näher an. Laut einem Vorschlag von Clemens Sedmak ist damit die Idee verbunden, ein besonderer, bestimmter und „lebensbesitzender“ Mensch zu sein (vgl. Sedmak 2013a, 58 ff.). Ein *besonderer Mensch* ist einer, der unverwechselbar, einzigartig und unersetzbar ist. Er nimmt einen Platz im sozialen Raum ein, der ihm allein gehört und in dem er nicht ausgetauscht werden kann, ohne den Raum massiv zu verändern. Wird dieser Platz verlassen oder von jemand anderen besetzt, macht das einen Unterschied. Leben Menschen in Systemen oder unter Bedingungen, in denen sie unbemerkt ersetzt oder ausgetauscht werden können, hören sie auf, besondere Menschen zu sein – ihre Identität ist angegriffen und damit auch ein wesentlicher Bestandteil eines guten Lebens.

Die Identität wird darüber hinaus dadurch geprägt, dass es sich um einen *bestimmten Menschen* handelt. Ein solcher hat Profil und Konturen – man kann ihn wiedererkennen, sich in Rede und Handlungen auf ihn beziehen und etwas „Nennenswertes“ über ihn sagen. Ein bestimmter Mensch hat einen „Lebensplatz“, er ist eingebunden in Netzwerke und Strukturen, in denen er sein Leben entfalten kann. Die Idee eines solchen Lebensplatzes impliziert – zumindest bis zu einem gewissen Grad – Stabilität, Verlässlichkeit und Kontinuität. Menschen, denen es auf Dauer nicht gelingt, „Fuß zu fassen“ und sich an einem bestimmten Ort zu verankern, schaffen es nicht, eine tragfähige Identität aufzubauen.

Die Verwurzelung im Leben ist etwas, das nicht allein durch den eigenen Willen zu schaffen ist. Ebenso wichtig ist das Umfeld, das man vorfindet. Erst durch menschliches Entgegenkommen ist es möglich, einen Lebensplatz aufzubauen.

Identität hat aber auch damit zu tun, über das eigene Leben zu verfügen, es zu prägen und gestaltend in die Hand zu nehmen, und genau das ist es, was einen *lebensbesitzenden Menschen* auszeichnet. Oder wie es die Philosophin Martha Nussbaum einmal ausgedrückt hat: Die Fähigkeit, sein eigenes Leben in seiner eigenen Umgebung und seinem eigenen Kontext zu leben – und nicht das von jemand anderen (vgl. Nussbaum 1999, 58). Ein lebensbesitzender Mensch ist Autor seiner Entwicklung und schafft es, seinem Leben den „eigenen Stempel aufzudrücken“. Er macht die Erfahrungen, dass er es ist, der dieses Leben lebt und dass dieses Leben nur von ihm gelebt werden kann. Das heißt jedoch nicht, dass ein selbstbestimmtes Leben darauf hinausläuft, seine eigenen Interessen ohne Rücksicht auf andere durchzusetzen. Vielmehr geht man normalerweise davon aus, dass sich ein selbständiges Leben im Rahmen von bestimmten rechtlichen und moralischen Regeln abspielen muss, die die Voraussetzung für ein geordnetes Zusammenleben bilden. Selbstbestimmung ist nicht gleichbedeutend mit Egoismus und Rücksichtslosigkeit. Wie wir gesehen haben, findet sich dieser Aspekt des guten Lebens ebenso in der katholischen Soziallehre wieder, wo die Freiheit und Gestaltungskraft von zentraler Bedeutung sind. Identität und somit auch ein gutes Leben sind ganz ohne Selbstbestimmung nicht denkbar.

Die Quellen, die für die Zuerkennung von Identität ausschlaggebend sind und die bestimmen, ob jemand tatsächlich ein besonderer, bestimmter und lebensbesitzender Mensch sein kann, kommen sowohl von außer- als auch von innerhalb der jeweiligen Person (vgl. Sedmak 2013a, 62 f.). Auf der einen Seite ist man, wie es schon im Solidaritätsprinzip der Soziallehre zum Ausdruck gekommen ist, auf andere Menschen angewiesen, die einem Anerkennung zukommen lassen. Der Lebensplatz, den man einnimmt, ist wesentlich von sozialen Beziehungen geprägt. Wir führen unser Leben im ständigen Austausch mit anderen und sind zu einem gewichtigen Teil dadurch konstituiert, in welchem Verhältnis wir zu unseren Mitmenschen stehen und welche Formen der Achtung und Anerkennung wir erleben.

Neben solchen äußeren Identitätsquellen gibt es innere Faktoren, die mitbestimmen, wer wir sind und was uns ausmacht. So hat der Philosoph Harry Frankfurt vorgeschlagen, dass es das Sorgen ist, das unsere Identität festlegt (vgl. Frankfurt 2007). Über die Sorge nach bestimmten Dingen, Menschen, Beziehungen usw. wird deutlich, was uns besonders wichtig ist und was im Zentrum unseres Lebens steht. So wird festgelegt, wem bzw. was wir Aufmerksamkeit und Achtsamkeit schenken und was wir mit ganzem Herzen anstreben, oder anders formuliert, was uns ein unverwechselbares Profil verleiht. Sich darüber klar zu werden, was bzw. wen man wirklich liebt, geht laut Frankfurt damit einher, seine eigene Identität zu erkennen.

Der Aufbau und die Erhaltung von Identität sind entscheidend für das Leben jedes Menschen. Sie ist der Garant dafür, sein Leben von einem bestimmten, eigenen Ort aus führen und Projekte gestalten zu können, die als die „eigenen“ gelten. Doch die Identitätssuche gestaltet sich keinesfalls einfach oder geradlinig (vgl. Sedmak 2013a, 67 f.). Denn einerseits sind das menschliche Leben und die Strukturen, in die es eingebettet ist, verletzlich. Plötzliche Ereignisse, deren Kontrolle oft außerhalb unserer Handlungsmacht liegt, können schlagartig Gewohntes zunichtemachen. Beziehungen können zerbrechen, Krankheiten entstehen oder massive Veränderungen des sozialen Umfeldes vonstattengehen. Hier zeigt sich, dass menschliche Angelegenheiten prinzipiell der stetigen Veränderung unterworfen sind. Andererseits findet die Identitätssuche jedoch vor der immensen Komplexität der menschlichen Existenz statt, und dies in zweierlei Hinsicht. Erstens entfaltet sich unser Leben über die Zeit hinweg. Jede uns jeder von uns hat eine einzigartige und unverwechselbare Geschichte, die zu uns gehört. Eine Geschichte zu haben, bedeutet, mit Ereignissen zu leben, die in der Vergangenheit liegen. Diese

lassen sich nicht ungeschehen machen, liefern Vorgaben, Altlasten und vorgefertigte Bezugspunkte. Identitätssuche wird durch den Faktor Zeit vielschichtig. Zweitens muss darauf hingewiesen werden, dass es in der Regel schon in der Gegenwart viele Quellen gibt, aus denen sich unsere Identität speist. Wir gehören z. B. einer religiösen Gemeinschaft an, fühlen uns mit einem Fußballclub verbunden, identifizieren uns mit unserem Beruf und hören leidenschaftlich gerne Musik einer bestimmten Stilrichtung. Es ist nicht selbstverständlich, dass diese verschiedenen identitätsstiftenden Elemente ein einheitliches Bild ergeben. Doch erst durch die Anerkennung dieser Komplexität kann man der menschlichen Identität gerecht werden.

Kommen wir nun zum zweiten Schlüsselbegriff, den wir eingangs als zentral für eine Auseinandersetzung mit dem guten Leben im Sinne der christlichen Soziallehre identifiziert haben, und zwar den der Innerlichkeit. Wir haben vor allem im Personalitätsprinzip gesehen, dass der Mensch als ein Wesen beschrieben wird, das das Bedürfnis hat, seinen Platz in der Welt zu finden und ein Leben zu führen, das zu ihm passt und das er aus guten Gründen wertschätzt. Dabei ist er aufgefordert, sich selbsttätig mit dem Guten und dem Sinn des Lebens auseinanderzusetzen, worauf es in der modernen Welt ja viele verschiedene Antwortversuche gibt, die sich in unterschiedlichen Weltanschauungen und Lebenskonzeptionen niederschlagen. Er muss sich also selbst zu den großen Themen des Lebens verhalten, seinen eigenen Standpunkt finden und definieren, was ihm wirklich wichtig ist. Er ist angesprochen, um ein Bild des bereits erwähnten Charles Taylor zu bemühen, sich innerhalb des „moralischen Raumes“ zu positionieren (vgl. Taylor 1996, 209). Nur so wird es möglich, seinen eigenen Ort festzulegen, von dem aus man spricht und von dem aus man auch angesprochen werden möchte (vgl. Sedmak 2013a, 73).

Die jeweils eingenommene Perspektive ist es auch, die darüber entscheidet, welche Dinge, Personen, Einstellungen usw. eine besondere Bedeutung für das eigene Leben haben und ihm Sinn verleihen. Dabei ist klar, dass die Entstehung eines Standpunktes, von dem aus man sein Leben führt, in Bezug zu den Gedanken, Vorstellungen und Gefühlen stattfindet, die sich „in“ uns abspielen. Wir besitzen die Fähigkeit zum Nachdenken, sind uns unserer Empfindungen bewusst und verfügen über einen Schatz an Erinnerungen, der uns prägt, mit denen wir uns aber auch aktiv auseinandersetzen können. Diesem Verständnis nach kann der Mensch somit als ein Wesen bezeichnet werden, das über *Innerlichkeit* verfügt (vgl. Sedmak 2013a, 72 ff.). Wir besitzen ein Selbst mit Tiefe und Komplexität, das entscheidend dafür ist, wie wir uns selbst sehen, aber auch, wie andere unsere Identität wahrnehmen. Neben der äußerlichen Welt, die uns durch die Wahrnehmung unserer Sinne zugänglich ist, gibt es somit eine „innere Welt“ des Menschen. Sie ist es, die eine dichte Beschreibung des Menschseins erst ermöglicht und die dafür verantwortlich ist, dass man den Menschen nicht als Maschine sehen kann, die einem einfachen Reiz-Reaktions-Modell genügt. Nimmt man die Idee der Innerlichkeit ernst, ist klar, dass eine bloße Oberflächenbeschreibung, die sich auf Äußerlichkeiten beschränkt, zu wenig ist, will man dem Menschsein in seiner Breite und Tiefe gerecht werden. Und genau diese Vorstellung liegt auch im Herzen der katholischen Soziallehre, wenn betont wird, dass es gerade die Arbeit am eigenen Inneren ist, die „innerliche Erneuerung“, die für eine Gesellschaft sozialer Gerechtigkeit und sozialer Liebe notwendig ist (vgl. KSL 552, KKK 1888). Der Blick nach innen und Bestrebungen, innere Ordnung herzustellen, sind gemäß der katholischen Soziallehre unabdingbar für ein gutes Leben.

Die angesprochene Fähigkeit zum Blick nach innen bringt mit sich, dass man sich selbst zum Thema werden kann (vgl. Bieri 2011, 11). Wir sind in der Lage, über uns und unser Leben nachzudenken und in ein Verhältnis mit uns selbst zu treten. Diese Einsichten sind Ausgangspunkt für folgende Behauptung: Ein gutes Leben hat wesentlich mit dem Aufbau von und der Arbeit an der eigenen Innerlichkeit zu tun. Diese Arbeit ist derart gestaltet, dass sie nie endgültig abgeschlossen ist, da sie immer in einem gewissen Kontext stattfindet, der der Veränderung unterworfen ist. Je nach

Lebensabschnitt, familiärer Situation, sozialer Einbettung und gesundheitlichem Zustand, um nur einige relevante Größen zu nennen, wandeln sich die Bedingungen, unter denen sich Innerlichkeit etablieren kann. Innerlichkeit ist somit ein Prozess des Werdens und keine Sphäre, die bei sorgfältiger Suche „entdeckt“ werden könnte (vgl. Davis 1989, 105). Dieser Prozess ist untrennbar in die jeweiligen materiellen und sozialen Gegebenheiten eingebunden und findet nicht unabhängig davon, gewissermaßen in einem „neutralen Raum“, statt.

Dennoch kann man sein Inneres ordnen, sich bewusst machen, welche Werte wichtig für das eigene Leben oder die derzeitige Lebenssituation sind und so eine Vorstellung entwickeln, worum es im Leben eigentlich gehen soll. Dieser Entwicklungsprozess wird nie geradlinig verlaufen, und er ist nur bis zu einem bestimmten Grad planbar. Unvorhergesehene Ereignisse und Schicksalsschläge können zu jeder Zeit im Leben auftreten und die Rahmenbedingungen ändern, unter denen man sein Leben führt. Doch gerade für das „innere Wachstum“ können schwierige Lebenssituationen Impulse sein, die Entwicklungen anstoßen und eine Auseinandersetzung und ein Kennenlernen des eigenen Innersten ermöglichen. Krisen sind immer auch Chancen, sich neu zu orientieren.

Versteht man den Menschen als ein Wesen mit Innerlichkeit, macht das einen Unterschied. Es ist die Grundlage für ein „tiefes“ Verständnis seines Gegenübers, das sich bewusst ist, dass die Auseinandersetzung mit oder die Beurteilung von menschlichem Leben einer Sprache mit „Tiefengrammatik“ bedarf. Geht man mit Menschen in einer Weise um, als verfügten sie nicht über diese innere Dimension, behandelt man sie wie Objekte. Und genau diese Art des Umgangs mit Personen wird gemeinhin als eine Verletzung der Menschenwürde gesehen. Menschen sind eben gerade keine „Dinge“, die man beliebig einsetzen kann, sondern Zwecke an sich, mit denen ein achtungsvoller Umgang geboten ist.

Vernachlässigt man die innere Dimension seines Gegenübers, nimmt man sie oder ihn ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der körperlichen, nicht der psychischen Erscheinung wahr. Als Folge passiert es häufig, dass man diese Person ignoriert oder an ihr vorbeiblickt. Diese Art der Wahrnehmung ist gefährlich, wie der israelische Philosoph Avishai Margalit in aller Deutlichkeit herausgearbeitet hat (vgl. Margalit 1998). Im schlimmsten Fall führt sie dazu, dass manche Personen nicht mehr als Menschen, sondern als „Untermenschen“ wahrgenommen werden. Dabei geht es Margalit darum, zu zeigen, dass es sich bei solchen Phänomenen meist um sozial bedingte Blindheiten handelt, die sich schleichend entwickeln (vgl. Krygier 2005, 206). Denn in der Regel verfügt jeder Mensch über die Fähigkeit, die innere Dimension seiner Mitmenschen (ihre Menschlichkeit!) wahrzunehmen. Dennoch können aufgrund gesellschaftlicher Verhältnisse bestimmte Gruppen von Menschen häufig ausgeschlossen werden – sie verlieren ihr „Gesicht“, und ihre Menschlichkeit wird übersehen. Besonders in asymmetrische Beziehungen und ungleichen Machtverhältnissen entsteht dieses Phänomen ganz ohne bewusste Entscheidung. Diese eingeschränkte Wahrnehmung kann daher laut Margalit auch nicht einfach durch rationale und logische Argumente beseitigt werden. Es braucht vielmehr eine Kultur der Wahrnehmung und Achtsamkeit, die den Blick auf das Menschliche nicht vernachlässigt – einer Kultur der Menschlichkeit. Eine solche Kultur impliziert, dass wir uns darum bemühen, immer wieder eigenständig unsere Perspektive zu wechseln und uns die Denkweisen und Routinen vor Augen führen, die unseren Alltag prägen. Die Schulung eines in diesem Sinne kritischen und perspektivischen Denkens ist erforderlich, um Systemregeln zu entlarven und sozial bedingte Blindheiten zu vermeiden.

1.3 Eine Gemeinschaft von Menschen

Ein weiterer Punkt, der deutlich in der katholischen Soziallehre hervortritt und für das Thema des guten Lebens zentral ist, liegt in den Werten, die sie für alle gesellschaftlichen Ebenen einfordert. Sie geht

nämlich davon aus, dass die gleichen Werte, die für persönliche Beziehungen wichtig sind, auch für größere gesellschaftliche Einrichtungen relevant sind. Damit wendet sie sich gegen Gesellschaftsmodelle, die Werte wie Liebe, Freundschaft, Mitgefühl und Vertrauen entweder ausschließlich in den privaten Bereich verlagern oder deren Bedeutung generell abstreiten.

Sehen wir uns ein Beispiel an, an dem deutlich wird, was gemeint ist. Der Tschechische Ökonom Tomas Sedláček hat sich in seinem vielbeachteten Buch „Die Ökonomie von Gut und Böse“ mit der Wirtschaft und den Theorien, die ihr zugrunde liegen, auseinandergesetzt (vgl. Sedláček 2011). Er zeigt, dass ökonomisches Denken in vielfältigen Formen die Menschheit seit jeher beschäftigt hat. Im Laufe der Zeit ist es dann aber dazu gekommen, dass ein bestimmtes Verständnis der Wirtschaft dominierend wurde, ein Verständnis, das unsere Gesellschaften bis heute prägt. Dabei wurden Größen wie „Effizienz“, „Wachstum“ und „Gewinnmaximierung“ immer wichtiger. Wertfragen wurden beiseite geschoben und als nicht relevant für wirtschaftliches Denken ausgezeichnet. Auch die Wirtschaftswissenschaft hat diese Haltung übernommen. Wie Sedláček überzeugend darstellt, geht es in ihren Hauptströmungen einzig und allein darum, Wirtschaftssysteme möglichst neutral zu beschreiben. Fragen der Moral haben in ihrer Weltsicht keinen Platz.

Die Logik des Marktes, die auf reinen Kosten-Nutzen-Überlegungen beruht, ist mittlerweile tief in unserer Gesellschaft verankert. So liegt sie z. B. in vielen Fällen politischen Entscheidungen ganz selbstverständlich zugrunde. Aber sie infiltriert auch andere Lebensbereiche (vgl. etwa Sandel 2012). Gefängnisse werden privatisiert, Kinder für gute Noten mit Geld belohnt und der Wert der Gesundheit – und sogar des Lebens – ohne größere Bedenken in monetären Größen ausgedrückt.

Ein wichtiger Aspekt dieses Blickes auf die Gesellschaft ist das Menschenbild, von dem ausgegangen wird. Der Mensch wird als ein individualistisches Wesen charakterisiert, das einzig und allein nach Gewinnmaximierung strebt. Seine „menschlichen“ Züge werden ausdrücklich nicht geschätzt, sondern als Störfaktor für eine effiziente Produktion gesehen. Der Makrobereich der produktiven Wirtschaft hat eindeutig Priorität. Diejenigen Faktoren, die das reichhaltige menschliche Leben auszeichnen und ihm Bedeutung sowie Sinn geben, werden ignoriert. Freundschaften, Spiritualität und Muße, um nur einige wenige Beispiele zu nennen, sind gemäß dieser Auffassung Zeitverschwendung, sofern sie keinen wirtschaftlichen Nutzen mit sich bringen. Sedláček drückt diesen Sachverhalt so aus: Menschen werden auf bloße Produktionseinheiten reduziert, ihre Menschlichkeit spielt keine Rolle. Sie gelten als Roboter, nicht als Menschen (vgl. Sedláček 2011, 21f.). Wie Sedláček weiter ausführt, ist es im wirtschaftlichen bzw. wirtschaftswissenschaftlichen Denken dazu gekommen, dass die Wirtschaft zum Selbstzweck geworden ist. Wachstum um des Wachstums willen, so lautet das zentrale Motto, dem alle Gesellschaftsmitglieder folgen sollen. Werte, die darüber stehen, lassen sich in diesem Gesellschaftsmodell nicht identifizieren.

Fragen nach dem Sinn menschlichen Lebens oder danach, was denn eigentlich ein gutes, erstrebenswertes Leben ausmache, werden im typischen wirtschaftswissenschaftlichen Denken nicht gestellt. Genau diesen Punkt sieht Sedláček als größte Schwäche, da es dem menschlichen Leben in all seinen Facetten nicht gerecht werden könne. Freundschaften, Verantwortungsübernahme für andere und Spiritualität geben dem menschlichen Leben Richtung. Jede Theorie, die das übersieht, ist mit entscheidenden Mängeln behaftet. Und in der Tat scheitern die erwähnten ökonomischen Modelle oft genug an der Wirklichkeit, wie die aktuelle Schuldenkrise zur Genüge unter Beweis stellt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die persönliche und zwischenmenschliche Ebene dem geschilderten makroökonomischen Modell entzieht. Es sieht menschliche Beziehungen einzig und allein unter dem Aspekt der Produktion und des formalisierten Austausches von Waren und Dienstleistungen. Die reiche und dichte Welt des Menschlichen wird ausdrücklich nicht berücksichtigt.

Welchen Mehrwert kann die katholische Soziallehre an dieser Stelle einbringen und wie hängen diese Überlegungen mit dem Thema dieses Berichtes zusammen? Zunächst lässt sich festhalten, dass uns die katholische Soziallehre in aller Deutlichkeit daran erinnert, dass die Sphäre des wahrhaft Menschlichen eine zentrale Rolle in einer Gesellschaftstheorie einnehmen muss. Mehr noch, sie fordert ein, dass diejenigen Werte, die uns in unseren persönlichen Beziehungen wichtig sind, auch von großer Bedeutung für die Regeln sind, die unser Verhalten und unseren Austausch mit Fremden im öffentlichen Bereich gestalten. Sei es in Hinblick auf den Austausch von Waren oder Dienstleistungen oder in anderen Gebieten, wo man mit Menschen in Kontakt kommt, die über das persönliche Umfeld hinausgehen. In unseren Institutionen soll folglich auch eine Haltung der Menschlichkeit spürbar werden. Eine Gesellschaft ist schließlich eine „Gemeinschaft von Menschen“ (vgl. CA 43) und kein Zusammenschluss von mechanistisch funktionierenden „Robotern“, die nur auf den eigenen Gewinn achten.

Ein Aspekt der Soziallehre, der den engen Zusammenhang zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen vor Augen führt, ist die Familie. Sie ist die Basis des sozialen und politischen Lebens und bildet die erste Schule, welche die Kinder auf ihre Rolle als Staatsbürger und Staatsbürgerinnen vorbereitet. In ihr sollen die Werte der Liebe, Freundschaft, Dialogfähigkeit, Achtung, Respekt und Gerechtigkeit vermittelt werden, die sich auf der gesellschaftlichen Ebene fortsetzen sollen (vgl. KSL 210 ff.). Auch hier gibt es keine grundsätzliche Trennung der Werte und Normen, die die verschiedenen Sphären regieren. Zentral ist einzig und allein, dass das menschliche Antlitz auf allen Ebenen gebührend berücksichtigt wird. Das bedeutet auch, dass Werte wie Fürsorge, Vertrauen, Freundschaft und Solidarität auf allen gesellschaftlichen Ebenen von Bedeutung sind – von persönlichen Bindungen bis hin zu zwischenstaatlichen Beziehungen.

Die katholische Soziallehre geht folglich mit der Forderung nach einer systematischen Kultivierung der Menschlichkeit einher, die in einer Gesellschaft praktiziert werden soll. Es wird eine Haltung angestrebt, die im Leben jeder und jedes Einzelnen und in allen menschlichen Beziehungen – privat oder offiziell – sichtbar wird. Sie ist gekennzeichnet durch ein prinzipielles Wohlwollen gegenüber seinen Mitmenschen und dem Respekt, den man der gleichen Würde aller Mitglieder der Gesellschaft entgegenzubringen hat. Der Aufbau persönlicher Tugenden und Einstellungen ist also etwas, das auch für den Makrobereich unmittelbar relevant ist. Denn dadurch wird eine stabile Ordnung der Gesellschaft erst ermöglicht. Ganz im Gegensatz zu der Sichtweise auf den Menschen und die Gesellschaft, wie sie von Sedláček für den Bereich der Wirtschaft herausgearbeitet wurde, bewegt sich die katholische Soziallehre ohne Berührungängste zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen. Sie benutzt die gleiche Sprache und die gleichen ethischen Kategorien, um über den Mikro- und Makrobereich zu sprechen. Dichte Beschreibungen und die Berücksichtigung dessen, was den Menschen auszeichnet, dürfen aus ihrer Perspektive auf keinen Fall vernachlässigt werden.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich zentrale Fragen, die für alle Bereiche unserer Gesellschaft zu stellen sind: Sind in ihnen diese wahrhaft menschlichen Werte zu finden? Bestehen eine Haltung der Freundschaft und eine Atmosphäre des Vertrauens? Kommt in ihnen die menschliche Person zur Geltung und herrschen Bedingungen für eine möglichst umfassende Entfaltung der Persönlichkeit aller Betroffenen? Oder sind die Beziehungen in erster Linie von formellen und unpersönlichen Kontakten gekennzeichnet, ähnlich dem Modell, das von Sedláček dargestellt und mit Unbehagen betrachtet wird?

Fassen wir zusammen: Die katholische Soziallehre wird als wesentliche ethische Bezugsgröße für diesen Bericht herangezogen. Ihre wichtigsten Aussagen lassen sich mit den Prinzipien der Personalität, Solidarität, Subsidiarität, des Gemeinwohls und der Nachhaltigkeit beschreiben. Aus diesen Prinzipien kristallisieren sich einerseits die Kategorien Identität und Innerlichkeit heraus, wenn

es um Aussagen zum guten menschlichen Leben geht. Andererseits gehen sie mit der Ansicht einher, dass alle gesellschaftlichen Ebenen mit der gleichen moralischen Sprache zu beschreiben sind. Die gleichen Werte, die persönliche Beziehungen auszeichnen, sollen auch im öffentlichen Bereich und in der Gestaltung gesellschaftlicher Institutionen verankert sein. Aus dieser Perspektive des guten menschlichen Lebens und der guten Gesellschaft soll in der Folge die Pflege in Österreich betrachtet werden. Ziel ist es, die dargestellten abstrakten Überlegungen mit den Begebenheiten und Herausforderungen der Praxis in Verbindung zu bringen. Wie sieht ein gutes Leben in der Pflege betagter Menschen für alle Beteiligten aus und welche Rahmenbedingungen sind dafür erforderlich?

Für eine systematische Annäherung an diese Fragen ist zunächst ein genauer Blick auf die Situation der Pflege betagter Menschen in Österreich zu werfen. Insbesondere erfordert es das Thema dieses Berichtes, Klarheit hinsichtlich zweier Bereiche zu schaffen. Einerseits handelt es sich dabei um das Alter(n). Es soll schließlich um eine Auseinandersetzung mit der Pflege *betagter* Menschen gehen. Andererseits bedarf es einer Bestandsaufnahme der Pflegesituation in Österreich. Denn nur auf der Grundlage dieser Informationen werden sich konkrete Aussagen zu den Herausforderungen einer guten Pflege formulieren lassen. Doch kommen wir zunächst zum Phänomen des Alter(n)s und den gesellschaftlichen Veränderungen und Herausforderungen, die damit verbunden sind.

1.4 Zusammenfassung

Die katholische Soziallehre eignet sich sehr gut, um sich an den Begriff des guten Lebens – ganz allgemein, und nicht nur bezogen auf Situationen der Pflege – anzunähern. Ihre wichtigsten Aussagen lassen sich mit den Prinzipien der Personalität, Solidarität, Subsidiarität, des Gemeinwohls und der Nachhaltigkeit ausdrücken. In ihnen wird deutlich, dass der Mensch ein Wesen mit Innerlichkeit und Tiefe ist, das nach einem passenden „Lebensplatz“ und einer gelungenen Identität strebt. Seine Verletzlichkeit bedingt es, dass er dabei zutiefst von anderen abhängig und auf Beziehungen angewiesen ist. Das menschliche Leben findet stets im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit statt und die soziale Einbettung ist in jedem Lebensalter ein wesentliches Element der menschlichen Existenz. Des Weiteren geht die katholische Soziallehre mit der Ansicht einher, dass alle gesellschaftlichen Ebenen mit der gleichen moralischen Sprache zu beschreiben sind. Die gleichen Werte, die persönliche Beziehungen auszeichnen, sollen auch im öffentlichen Bereich und in der Gestaltung gesellschaftlicher Institutionen verankert sein. Eine gute Gesellschaft sorgt dafür, dass sich das Ideal der Menschlichkeit auf allen Ebenen bemerkbar macht.

2 ALTER UND GESELLSCHAFT

2.1 Daten und Fakten zum demographischen Wandel

Die Demographie ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit Entwicklung von Bevölkerungen sowie ihren Strukturen und Zusammensetzungen beschäftigt. Auf Grundlage von Kinderzahlen (Fertilität), der Sterblichkeitsrate (Mortalität) sowie Aus- und Einwanderung (Migration) ist es möglich, relativ robuste und zuverlässige Aussagen hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung zu machen (vgl. Kytir 2009). Für das Thema der vorliegenden Untersuchung interessieren speziell die Änderungen in der Altersstruktur der österreichischen Gesellschaft, die sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen haben und für die Zukunft zu erwarten sind. Das Bild der näheren Vergangenheit und die Prognosen sind eindeutig: Wie in allen westeuropäischen Ländern hat sich auch in Österreich die Altersstruktur erheblich verändert. Es ist zu einer demographischen Alterung gekommen, und es ist davon auszugehen, dass sich diese Alterung der Gesellschaft weiter verstärken wird (vgl. Appelt/Reiterer 2010). Einer der Hauptgründe für diese Veränderungen hat mit der Entwicklung der Kinderzahlen zu tun: Einer sehr geburtenreichen Zeit in den frühen 1940er und den späten 1950er Jahren (Baby-Boom) folgte ein starker Rückgang der Geburtenraten, die sich mittlerweile auf niedrigem Niveau eingependelt haben (vgl. Kytir 2009, Vienna Institute of Demography 2013). Dennoch ist die Bevölkerung Österreichs im Steigen begriffen, und es ist damit zu rechnen, dass sich die Einwohnerzahl in den nächsten Jahrzehnten auf über neun Millionen erhöht. Grund dafür sind Wanderungsgewinne: Es gibt mehr Zuzüge nach Österreich als Wegzüge ins Ausland, wobei aktuell ein Plus von ca. 35.000 Personen pro Jahr zu verzeichnen ist (vgl. Statistik Austria 2013b).

Ein weiterer Grund für die gegenwärtig zu beobachtende Alterung der österreichischen Gesellschaft ist darin zu sehen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt seit dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts zunimmt. Allein in den vergangenen drei Jahrzehnten stieg die Lebenserwartung bei der Geburt um durchschnittlich 2,5 bis 3,0 Jahre pro Jahrzehnt, die fernere Lebenserwartung 60-Plus-Jähriger um 1,6 bis 1,7 Jahre pro Jahrzehnt. Aktuell liegt die Lebenserwartung bei Männern bei ca. 78 Jahren, bei Frauen bei ca. 83 Jahren. Auch für die nächsten Jahre wird erwartet, dass sich dieser Trend fortsetzt. Und wohingegen in vergangenen Jahrhunderten die Lebenserwartung vor allem durch eine Verringerung der Kindersterblichkeit erreicht wurde, hat während der letzten Jahrzehnten vor allem die Sterblichkeit in den mittleren und höheren Altersgruppen abgenommen (vgl. Kruse/Wahl 2010).

Deutlich zeichnen sich die demographischen Änderungen auch in Verschiebungen in der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung ab. So ist der Anteil der 0- bis 19-Jährigen von 28,7 % im Jahre 1981 auf 20,4 % im Jahr 2011 gesunken. Demgegenüber steht ein deutlicher Anstieg des Anteils der über 65-jährigen Personen von 15,1 auf 17,7 % im gleichen Zeitraum. Für das Jahr 2030 werden die entsprechenden Werte auf 19,1 % bzw. 24,0 % geschätzt, es wird also auch in dieser Hinsicht zu einer weiteren Verschiebung kommen. Wie gravierend die Änderungen in der Altersstruktur sind, zeigt auch folgender Umstand: Gab es 1950 mehr als doppelt so viele unter 20- als über 65-Jährige, so wird es aller Voraussicht nach im Jahre 2050 mehr als doppelt so viele über 65- als unter 20-Jährige geben (vgl. Kruse/Wahl 2010, 34). Besonders markant ist dabei der Anstieg der über 80-Jährigen. Dies ist für das Thema des vorliegenden Berichtes besonders hervorzuheben, da gerade im neunten und zehnten Lebensjahrzent das Risiko des Betreuungs- und Pflegebedarfs erheblich zunimmt. Die Zahl der Menschen dieser Altersgruppe wird laut den Prognosen der Statistik Austria von 426.344 (2013) auf deutlich über eine Million (2050) ansteigen (vgl. Statistik Austria 2013a), wobei die Gruppe der 85-Plus-Jährigen mit mehr als einer halben Million vertreten sein wird. In 20 Jahren werden damit

in etwa doppelt so viele Menschen im Alter von 85 und mehr Jahren in Österreich leben als heute, im Jahr 2050 vier Mal so viele. Die 80-Plus-Jährigen im Jahr 2050 werden dann voraussichtlich 12 %, die 85-Plus-Jährigen 6 % der Bevölkerung stellen (2005: 4,3 % bzw. 1,6 %). Die österreichische Gesellschaft wird somit in einem zweifachen Sinne älter: Es gibt immer mehr alte Menschen, die gleichzeitig auch immer älter werden. Diese Entwicklung, die in der Demographie als „Phänomen des doppelten Alterns“ bezeichnet wird, ist offensichtlich, wenn man sich die prognostizierten Änderungen innerhalb der Gruppe der älteren Menschen, also derjenigen, die 65 Jahre oder älter sind, vor Augen führt. Derzeit sind ca. 27 % dieser Gruppe über 80 Jahre und ca. 13 % über 85 Jahre alt. Im Jahr 2050 wird sich der Anteil dieser Altersgruppe laut Statistik Austria auf ca. 42 % bzw. 23 % erhöhen. Beinahe jeder zweite der alten Menschen (65 Jahre plus) wird zu diesem Zeitpunkt somit 80 Jahre oder älter sein (vgl. Kytir 2009, Statistik Austria 2013a). Auch die Anzahl derjenigen Personen, die über 95 Jahre und älter sind, wird sich Zukunft deutlich erhöhen. Leben derzeit in etwa 10.000 Menschen dieser Altersgruppe in Österreich, so werden es im Jahr 2050 ca. 50.000 sein.

Eine weitere interessante Größe, die vor allem im Zusammenhang mit sozialpolitischen Folgerungen einer „alternden Gesellschaft“ genannt wird, besteht in deren Auswirkung auf den sogenannten Altenquotienten. Dieser setzt die Anzahl der 65-Jährigen und älteren Menschen in zahlenmäßige Beziehung zu den 20- bis unter 65-Jährigen und soll darüber Aufschluss geben, in welchem Verhältnis Personen im Erwerbsalter und solche, die bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, stehen. Zurzeit kommen auf 100 Personen im Haupterwerbsalter ca. 29, die das 65. Lebensjahr bereits überschritten haben und in diesem Sinne als „abhängig“ eingestuft werden. In den kommenden Jahrzehnten wird dieses Verhältnis auf 100 zu 50 steigen – die Zahl der 65-Plus-Jährigen wird im Jahr 2050 insgesamt halb so groß sein wie die Zahl der 20- bis 65-Jährigen.

Allerdings blendet dieser Altenquotient aus, dass zu den „abhängigen“ Bevölkerungsgruppen auch die noch nicht Erwerbsfähigen gezählt werden müssten. Auch Kinder und Jugendliche müssen versorgt werden ohne selbst zum Bruttoinlandsprodukt beizutragen. Berücksichtigt man diese, im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung tendenziell kleiner werdende Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen, verringert sich die Prognose für die Steigerung des Gesamtquotienten während der nächsten Jahrzehnte deutlich (vgl. Goettle 2014). Strenggenommen müsste natürlich auch der Anteil der Arbeitslosen im erwerbsfähigen Alter zur abhängigen Bevölkerungsgruppe gezählt werden. Diese Gruppe wird jedoch aus politischen Gründen oft statistisch kleingerechnet. Der Statistikprofessor und Demographieexperte Gerd Bosbach (zit. in: Goettle 2014) geht davon aus, dass die Wirkung der offenen und verdeckten Arbeitslosigkeit die Sozialsysteme aktuell stärker belastet als der demografische Wandel, da die betroffenen Personen einerseits finanzielle Leistungen durch die öffentliche Hand erhalten und außerdem auch als Einzahlende in die Sozialsysteme fehlen. Richtig ist sicherlich, dass die Belastungen, die auf die erwerbstätige Bevölkerung hinsichtlich der sozialen Sicherung der nicht erwerbstätigen Bevölkerung zukommen werden, während der nächsten fünf Jahrzehnten kontinuierlich ansteigen werden (vgl. Kruse/Wahl 2010, 36), sofern nicht systemische Reformen vorgenommen werden. Allerdings muss auch die Steigerung der Produktivität pro ArbeitnehmerIn berücksichtigt werden, die sich am Wachstum des Bruttoinlandsprodukts zeigt. Solange diese nämlich höher ist als die Alterszunahme der Bevölkerung, ist die Finanzierbarkeit der nicht erwerbstätigen Bevölkerung vor allem eine Frage der Verteilung. Würden Produktivitätszuwächse von den Unternehmen tatsächlich auch an die Arbeitenden weitergegeben, könnten diese ihren Lebensstandard aufrechterhalten und trotzdem höhere Beiträge für die Sozialsysteme leisten (vgl. Bosbach, zit. in: Goettle 2014).

Ein genauerer Blick auf die vorhandenen Daten zeigt ferner, dass bezogen auf das Geschlecht ein erhebliches Ungleichgewicht bei der Anzahl alter und hochaltriger Menschen besteht. Das hohe

Alter ist weiblich dominiert und wird es, wenn auch in abgeschwächter Form, auch in Zukunft bleiben. Zurzeit (2013) leben in Österreich 882.846 Frauen und 644.411 Männer (vgl. Statistik Austria 2013c, 235), die 65 Jahre oder älter sind (vgl. Kytir 2009).

Eine weitere wichtige und für Frage der Pflege relevante Erkenntnis demographischer Forschung besteht darin, dass die Altersstruktur des österreichischen Bundesgebietes trotz zunehmender Homogenisierung immer noch sehr unterschiedlich ist (vgl. Appelt/Reiterer 2010). Die größeren Städte, die klassischen Peripherien in Nachbarschaft der früheren Oststaaten und die alten Industriegebiete sind tendenziell „alt“. Der Westen dagegen ist vergleichsweise jung. Doch auch dort wird es in den nächsten Jahren zu einem massiven Anstieg der Zahl älterer Menschen kommen, was mit vielen strukturellen Herausforderungen für diese Regionen verbunden ist.

2.2 Die vielen Gesichter des Alter(n)s

Wie aus dem vorhergehenden Abschnitt eindeutig hervorgeht, wird die österreichische Gesellschaft älter – und das rasant. Dabei fällt auf, dass die gesellschaftspolitische Aufarbeitung dieses Prozesses großteils von einer negativen Haltung gekennzeichnet ist. In Zusammenhang mit der demographischen Alterung werden häufig negative Zukunftsszenarien betont und manchmal hat man sogar den Eindruck, die Änderungen in der Altersstruktur, wie sie für die nächsten Jahre als gesichert gelten, würden zum gesellschaftlichen Niedergang führen. Vor allem finanzielle Bedenken werden geäußert und die Sorge, dass die Änderungen im oben angesprochenen Altenquotienten (der das Verhältnis zwischen der Bevölkerung im Erwerbsalter zur Generation 65 + ausdrückt) zur völligen Überlastung der Gesundheits- und Sozialsysteme führen. Vor allem Pensionen, Gesundheits- und Pflegeleistungen, so lautet die Befürchtung, werden mittelfristig nicht mehr durch die öffentliche Hand getragen werden können. Auch wenn klar ist, dass eine alternde Gesellschaft viele Herausforderungen mit sich bringt, muss hier in aller Deutlichkeit angemerkt werden, dass demografische Größen alleine wenig über die Zukunft einer Gesellschaft, deren Stabilität und Lebensstandard aussagen. Sie sind vielmehr immer in Kombination mit sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren sowie politischen Entscheidungen und Institutionen zu sehen, die den Zustand einer Gesellschaft maßgeblich beeinflussen, Erwartungen prägen und das konkrete Verhalten der Menschen formen (vgl. Appelt/Reiterer 2010, 130, Höpflinger 2011). Mit anderen Worten: Welche Folgen sich aus den beobachtbaren demographischen Veränderungen ergeben, hängt von den politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab. Eine zentrale Rolle spielt dabei auch, wie sich die älter werdenden Menschen in die Gesellschaft einbringen können und ob es gelingt, die spezifischen Potentiale im Alter nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der gesellschaftlichen Ebene zu nutzen (vgl. BMFSFJ 2005).

Bislang war von älteren Menschen nur in Hinblick auf bestimmte Lebensalter die Rede. Legt man seinen Überlegungen jedoch ein Menschen- und Gesellschaftsbild zugrunde, wie es im ersten Abschnitt entwickelt wurde, ist es notwendig, eine genauere Analyse durchzuführen. Und tatsächlich zeigt ein Blick in die Gerontologie (Alters- und Alternswissenschaft), dass pauschale Aussagen über das Alter mit Vorsicht zu genießen sind (vgl. etwa Bertelsmann 2007, Kruse/Wahl 2010, Tesch-Römer/Andrick 2010). So ist festzuhalten, dass das Alter einer Person je nach Bereich sehr unterschiedliche Aspekte ansprechen kann. Beispielsweise kann damit durchaus gemeint sein, dass – vor allem durch unabwendbare *biologische Prozesse* – im Laufe des Lebens die Leistungsfähigkeit einzelner Organe oder Nervenzellen zurückgeht. Mit Beginn des vierten Lebensjahrzehntes beginnt im Organismus ein langsamer aber kontinuierlicher Abbau physiologischer Funktionen, der schließlich zum Tod des Organismus führt. Es ist somit eine Tatsache, dass Personen im Alter zunehmend verletzlich werden, was sich auch dadurch zeigt, dass die Anfälligkeit für körperliche und psychische

Krankheiten steigt. Umstritten ist jedoch, ob die angesprochenen biologischen Abbauprozesse gemeinsam mit der zu beobachtenden steigenden Lebenserwartung mit einer Zunahme an in schlechterer Gesundheit verbrachten Lebensjahren einhergehen, oder ob sich das Auftreten von Krankheiten, vor allem chronisch-degenerativer, im Lebenslauf weiter „nach hinten“ verlagert und am Ende eines langen Leben in guter Gesundheit eine relativ kurze Zeit der Krankheit steht, die zum Tode führt. Gesichert gilt jedenfalls, dass man Alternsverläufe durch aktive Einflussnahme in verschiedene Richtungen positiv verändern kann. Trotz biologischer Verfallsprozesse besteht also sehr wohl ein gewisser Spielraum für die Verwirklichung eines „guten Alterns“, der durch individuelle und gesellschaftliche Entscheidungen gestaltet werden kann (vgl. Kruse/Wahl 2010, 37 ff.).

Einen anderen Blick auf das Alter bietet die *psychologische* Altersforschung, die vor allem geistige Leistungen sowie das menschliche Erleben und Verhalten zum Gegenstand hat und Änderungen dieser Phänomene im Laufe des Altwerdens untersucht. Eine zentrale psychologische Erkenntnis ist, dass es verschiedene Formen und Ausrichtungen geistiger Leistungsfähigkeit gibt, die beachtet werden müssen, wenn man sich mit der menschlichen Intelligenz und deren Veränderung im Lebenslauf auseinandersetzt. So unterscheidet man beispielsweise häufig zwischen der „Mechanik der Intelligenz“ und der „Pragmatik der Intelligenz“ (vgl. Kray/Lindenberger 2007). Die Mechanik der Intelligenz verweist vor allem auf die Schnelligkeit und Präzision in der Verarbeitung von unterschiedlichen Informationen und Anforderungen. Als „Hardware des Gehirns“ ist sie für weitgehend inhaltsfreie Prozesse des Unterscheidens, Vergleichens, Klassifizierens und Schlussfolgerns zuständig. Die Mechanik ist eng mit biologisch-genetischen Abläufen in unserem Gehirn verbunden. Da mit fortschreitendem Alter zentrale biologische Funktionen abbauen, ist vorprogrammiert, dass auch die Mechanik der Intelligenz nachlässt. Die Ausführung vieler Prozesse verzögert sich zunehmend, und sie werden fehleranfälliger. Somit lernt ein alter Mensch in der Regel eine neue Sprache nicht mehr so schnell wie ein junger, und die Schnelligkeit des Denkens insgesamt lässt nach. Dieser Tendenz kann zwar durch geeignetes Training bis zu einem gewissen Grade entgegengewirkt werden, völlig aufhalten lässt sie sich jedoch dadurch nicht. Anders verhält es sich mit der „Pragmatik der Intelligenz“. Sie bezieht sich auf unser kulturgebundenes und Erfahrungswissen und hat es folglich, im Gegensatz zur Mechanik, in erster Linie mit Inhalten zu tun. Zur Pragmatik gehören beispielsweise sprachliche Fähigkeiten, Kenntnisse über Geschichte und soziale Veränderungen sowie Wissen darüber, was in welcher Lebenslage am besten funktioniert und zu tun ist. Sie ist somit eng an das geknüpft, was man Lebens- bzw. Orientierungswissen nennen könnte. Praktisches Wissen und ein reicher Erfahrungsschatz nehmen bei geeigneten Bedingungen im Laufe des Lebens zu – es braucht Zeit, um grundlegende Lebenseinsichten zu erzielen, den Umgang mit kulturellen Praktiken zu lernen und einen Überblick über komplexe Zusammenhänge in seiner Selbst- und Weltsicht zu gewinnen. Daher ist das Alter prädestiniert für Zugewinne im pragmatischen Intelligenzbereich, auch wenn diese sich nicht „automatisch“ einstellen, sondern immer auch von den sozial geschaffenen Möglichkeiten und der Bereitschaft der Einzelnen, sich auf die entscheidenden Fragen des Lebens einzulassen, abhängen. Trotz dieser Einschränkung dürfte klar geworden sein, dass im Bereich der pragmatischen Intelligenz mit zunehmendem Alter viele Gewinne verbunden sein können, die als wichtige Ergänzungen zu den Einbußen in der Mechanik zu sehen sind.

Allerdings ist zu betonen, dass allzu vereinfachende Bilder auch hier nicht der Realität entsprechen. Denn erstens kommt speziell im sehr hohen Alter auch die Pragmatik „unter Druck“ und ist mit Verlusten verbunden. Zweitens muss immer mitgedacht werden, dass die geistige Leistungsfähigkeit sehr große interindividuelle Unterschiede aufweist und sich je nach Person unterschiedlich entwickeln kann.

Eine weitere wichtige Perspektive auf Alter und Altern zeigt sich in *soziologischen* Forschungen. Dort konzentriert man sich auf die Beschreibung und Erklärung von Zusammenhängen zwischen sozialen Strukturen, der Stellung des Alterns bzw. von alten Menschen innerhalb der Gesellschaft und individuellen Alternsprozessen (vgl. Kruse/Wahl 2010, 241). Welche sozialen Rollen und Positionen kommen alten Menschen zu, wie nehmen sie an der Gesellschaft teil und wie wirken sich bestimmte Merkmale (Migrationshintergrund, Armut, Geschlecht, Bildungsstand etc.) auf den Lebenslauf der entsprechenden Personen aus? Die Soziologie macht in der Auseinandersetzung mit diesen Fragen deutlich, dass es zu kurz greift, den Prozess des Alterns über rein naturwissenschaftliches Denken begreifen zu wollen. Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren haben einen immensen Einfluss nicht nur darauf, wie alte Menschen wahrgenommen werden und welche Eigenschaften man ihnen zuschreibt, sondern auch auf die Art und Weise, wie individuelle Alternsprozesse ablaufen. So lässt sich etwa sehr gut nachweisen, dass sich Erfahrungen sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung im Lebenslauf anhäufen und die Lebensphase im Alter maßgeblich prägen – soziale Ungleichheiten verfestigen sich weiter und es kommt tendenziell zu einer größeren Heterogenität als Homogenität. Ein Blick auf die Bildung und die damit in Zusammenhang stehenden Entwicklungschancen verdeutlichen diesen Punkt, wobei mitzudenken ist, dass Bildungschancen in Österreich noch immer in hohem Grade „vererbt“ werden (vgl. Netter/Schweitzer/Völkerer 2008). Eine gute Bildung im Kindesalter mit entsprechenden gesellschaftlich anerkannten Abschlüssen ist die Voraussetzung dafür, einen Beruf ausüben zu können, der den eigenen Fähigkeiten und Interessen entspricht und mit einem angemessenen Einkommen verbunden ist. Darüber hinaus nehmen Menschen mit einem höheren Bildungsniveau häufiger an Weiter- und Fortbildungsangeboten im späteren Leben teil, was Bildungsungleichheiten weiter verstärkt. Doch die Auswirkungen der Bildung gehen weiter: Gebildete Menschen pflegen tendenziell einen gesünderen Lebensstil, sind der Überzeugung, Entwicklungen im eigenen Lebenslauf kontrollieren zu können und verfügen in der Regel über bessere soziale Netzwerke, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann. Daher verwundert es auch nicht, dass ein gesundes und selbstbestimmtes Leben im Alter tendenziell von Menschen verwirklicht wird, die von früher Kindheit an die nötige Unterstützung fanden und in den Genuss guter Bildung gekommen waren. Die Grundlagen für ein in diesem Sinne gesundes und selbstbestimmtes Altern werden somit schon sehr früh im Leben geschaffen und sind in hohem Maße von gesellschaftlichen Faktoren abhängig, wenn auch nicht vollkommen bestimmt – es gibt natürlich immer auch Ausnahmen. Interessante Einsichten konnte die Soziologie auch zu anderen gesellschaftlichen Gruppen und deren spezifische Risiken im Alter erzielen. So gilt es z. B. als gesichert, dass Frauen gegenwärtig in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind, was die Entwicklung und Nutzung ihrer Möglichkeiten im Alter betrifft (vgl. Kruse/Wahl 2010, 219 ff.; Fauser 2012; Engel 2012; Blitzko-Hoener/Weiser 2012). Das hat u. a. damit zu tun, dass Frauen im Vergleich zu Männern am Arbeitsmarkt noch immer schlechter gestellt sind, oft bei vergleichbaren Tätigkeiten weniger verdienen und geringere Karrieremöglichkeiten haben. Darüber hinaus übernehmen Frauen in der Regel die Kindererziehung oder Pflegearbeiten, Ambitionen im Berufsleben werden zurückgestellt oder leiden unter den Doppel- oder Dreifachbelastungen (Beruf – Kindererziehung – Pflegearbeit) genauso wie die eigene Gesundheit. Der Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung kommt oft zu kurz. Somit wird auch klar, warum soziale Probleme im Alter öfter Frauen betreffen als Männer, besonders wenn man zusätzlich bedenkt, dass ältere Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung häufiger verwitwen als Männer und in der Vergangenheit vergleichsweise schlechtere Bildungschancen hatten.

Insgesamt ist also festzuhalten, dass ein eindimensionaler Blick auf das Alter zu kurz greift. Es kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden und somit gibt es bei ein und derselben Person eine bemerkenswerte Vielfalt des Alters, wobei manche Bereiche tendenziell als Schwächen und

andere als Stärken zu interpretieren sind – steigende Verletzlichkeit einerseits und große Potential andererseits sind zwei zentrale Kategorien des Alters, die immer in Verbindung betrachtet werden sollten. Hinzu kommt, dass zwischen Menschen des gleichen Lebensalters massive Unterschiede hinsichtlich ihrer Leistungskapazität bezogen auf nahezu alle untersuchbaren Merkmale bestehen.

2.3 Altersbilder und ihre Wirkungen

Auch wenn es in den letzten Jahren zu einer gewissen Differenzierung gekommen ist, sind in unserer Gesellschaft nach wie vor vielfach noch sehr vereinfachte und pauschale Altersbilder anzutreffen (vgl. Kruse/Schmitt 2005). Dies gilt sowohl für die individuelle Ebene, also bezogen auf jene Vorstellungen, Überzeugungen, Normen und Werte, die bei jeder und jedem Einzelnen vorzufinden sind, als auch auf kollektive Deutungsmuster, wie sie im öffentlichen Diskurs auftreten. Diese „Altersbilder“ unterscheiden sich nach Lebensbereichen und betonen unterschiedliche Aspekte sowie Eigenschaften des Altseins, des Älterwerdens oder älterer Menschen als Gruppe (vgl. Wurm/Berner/Tesch-Römer 2013). Sie können sowohl Stärken als auch Schwächen betonen, wobei in vielen Kontexten eindeutig negative Zuschreibungen dominieren. So lassen sich seit einiger Zeit beispielsweise zwei in Verbindung stehende Tendenzen hinsichtlich des Alters ausmachen, die aus Sicht der katholischen Soziallehre sehr kritisch zu sehen sind: Erstens wird das Alter oftmals verdüstert und zu etwas Schrecklichem erklärt. Es wird ausschließlich über den zwangsläufigen Verlust kognitiver und sozialer Kompetenzen charakterisiert und als kontinuierlicher Niedergang mit vielen Verlusten und keinerlei Gewinnen verstanden. Zweitens und als eine Konsequenz der erste Tendenz findet sich eine Fitness-, Wellness- und Ewige-Jugend-Ideologie vor, die darauf abzielt, möglichst viele Lebensjahre ohne die gefürchteten Veränderungen des Alterns zu erreichen (vgl. Rentsch/Vollmann 2012, 8). Ganze Industriezweige widmen sich mittlerweile Produkten, die den Alterungsprozess einschränken bzw. verlangsamen sollen. Die Behandlungen und Anwendungen der Anti-Aging-Medizin (dazu zählen Vitaminbehandlungen ohne Krankheitsbezug, ästhetische Chirurgie, Botox-Injektionen etc.) sind verbreitet wie nie zuvor, und für viele Menschen steigt der soziale Druck, auf diese „verjüngenden“ Methoden zurückzugreifen. Ein „natürliches“ Altern, d. h. eines, das auf entsprechende medizinische und kosmetische Eingriffe verzichtet, wird zunehmend skeptisch gesehen (vgl. Maio 2012, 16). Damit wird der Altersdiskriminierung (Ageism) Tür und Tor geöffnet, was sich allein schon in der Begrifflichkeit des Anti-Aging deutlich wird. Es wird suggeriert, dass gutes Altern nur dann möglich ist, wenn die körperliche und geistige Funktionstüchtigkeit sowie Vitalität und jugendliches Aussehen in vollem Ausmaß erhalten bleiben – Altwerden, ohne alt zu sein, so lautet das Motto einer zunehmend auf das Ideal der Jugend fixierten Gesellschaft (vgl. Maio 2012, Eichinger/Bozzaro 2012, 48). Es ist aber wichtig, zu betonen, dass diese negativen Sichtweisen auf das Alter nur einige unter vielen sind. Sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene besteht eine Vielfalt an teils widersprüchlichen Altersbildern, die nebeneinander existieren und je nach Situation abgerufen werden. Bilder von den „verbitterten Altern“, die als unflexibel, selbstbezogen, fordernd und verstockt beschrieben werden stehen etwa solchen der „perfekten Großeltern“ (familienorientiert, fürsorglich, unterstützend und vertrauenswürdig) oder der „Golden Agers“ (zukunftsorientiert, gut informiert, unabhängig, produktiv, gesundheitsbewusst und erfolgreich) gegenüber (vgl. Hummert u. a. 1994). Es ist also möglich, auf einen ganzen „Werkzeugkasten“ an Altersbildern zurückzugreifen, und oftmals passiert es, dass ein und dieselbe Person je nach Kontext andere, sich zum Teil widersprechende Altersbilder bemüht.

Altersbilder und die darin enthaltenen theoretischen Annahmen und Wertungen haben Konsequenzen (vgl. Brandstädter/Rothermund 2003). Sie beeinflussen maßgeblich, mit welchen Erwartungshaltungen Menschen ab einem gewissen Alter konfrontiert werden und folglich auch,

welche gesellschaftlichen Rollen und Funktionen sie einnehmen können. Gehen die dominierenden gesellschaftlichen Bilder zum Beispiel davon aus, dass ältere Menschen prinzipiell ungeeignet für die Erwerbsarbeit oder tragende Rollen im sozialen Leben sind, ist es naheliegend, dass sie automatisch als „unpassend“ für viele Aufgaben gesehen werden. In der Tat ist diskriminierendes Verhalten gegenüber älteren Personen ein weitverbreitetes Phänomen in verschiedenen Bereichen unserer Gesellschaft. In der Arbeitswelt, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, um nur einige Beispiele zu nennen, kommt es immer wieder zu Benachteiligungen älterer Menschen (vgl. Rothermund/Mayer 2009). Aber Altersstereotype wirken nicht nur in dieser auf andere bezogenen Form. Auch die Selbstwahrnehmung kann durch negative gesellschaftliche Bilder beeinträchtigt werden. Welche Lebensweise und welche Handlungsspielräume traue ich mir mit fortschreitendem Alter selbst noch zu? Welche Pläne „darf“ ich überhaupt noch schmieden? „Alters-Selbststereotypisierungen“ (vgl. Brandstädter/Rothermund 2003) können die Antworten auf diese Fragen stark beeinflussen und darüber mitentscheiden, ob Potenziale und Kompetenzen genutzt und Bemühungen um eine selbstverantwortliche Gestaltung des eigenen Alternsprozesses samt der Wahrnehmung von Möglichkeiten und Gelegenheiten sozialer Teilhabe unternommen werden. Altersbilder sind somit nicht bloß unbedeutende Begleiterscheinungen des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Alter (vgl. BMFSFJ 2010, 23). Sie schaffen vielmehr Maßstäbe und Orientierungen, die maßgeblich bestimmen, wie dieser Umgang mit dem Alter gestaltet wird. In diesem Sinne bilden Altersbilder nicht nur die soziale Realität ab, sondern sie tragen zu ihrer Beschaffenheit bei. Dies wird besonders deutlich, wenn man bedenkt, dass auch die Etablierung und Verstetigung institutioneller Praktiken von gewissen Menschen- und Altersbildern abhängig sind, die natürlich auch auf fragwürdigen, ungerechtfertigten oder schlichtweg falschen Annahmen beruhen können.

Welche Altersbilder in einer Gesellschaft vorherrschen, ist einem Wandel unterworfen und von vielen Faktoren abhängig. Wissenschaftlichen Theorien spielen dabei ebenso eine Rolle wie kulturelle Einflüsse, die allesamt kritisch reflektiert werden müssen, um allzu vereinfachende Sichtweisen auf das Alter und die negativen Konsequenzen, die damit einhergehen, zu vermeiden. Die katholische Soziallehre kann wichtige Orientierungspunkte für diese Reflexion liefern. Sie fordert uns auf, jeden Menschen in seiner Individualität und als Wesen mit Tiefe wahrzunehmen, das ein geeignetes Umfeld braucht, um sich entfalten zu können. Gleichzeitig erkennt sie seine Verletzlichkeit an, die im Alter tendenziell zunimmt. Ein in ihrem Sinne angemessener Blick auf das Alter muss diesen Punkten unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse gerecht werden. In diesem Sinne beschreibt sie selbst kein eindeutiges Alter(n)sbild, bietet jedoch die ethischen Rahmenbedingungen, um kritisch über sie nachdenken zu können.

Wie wichtig diese kritische Auseinandersetzung mit Altersbildern und Alterstheorien ist, wird deutlich, wenn man sich die Konsequenzen vor Augen führt, die aus unterschiedlichen Altersbildern für den Umgang mit älteren Menschen zu folgen scheinen. So wird etwa von der sehr einflussreichen „Disengagement-Theorie“ behauptet, dass Menschen, die sich ihres Alters bewusst werden und sich mit der Endlichkeit ihres Lebens konfrontiert sehen, es im Allgemeinen bevorzugen, zurückgezogen zu leben und gerade durch den Rückzug ein zufriedenes Leben führen können (vgl. Pfabigan 2008, 44 f., Matolycz 2011). Nimmt man diesen Ansatz ernst, könnte dies etwa heißen, dass Seniorenwohnheime am besten am Stadt- bzw. Ortsrand anzusiedeln sind, wo Ruhe herrscht und es wenige Möglichkeiten zur Betätigung gibt. Darüber hinaus ist es naheliegend, mit dieser Alterstheorie ein Betreuungs- bzw. Pflegeverständnis zu verbinden, das auf die Erfüllung grundlegender menschlicher Bedürfnisse ausgelegt ist (Ernährung, körperliche Pflege, Zuneigung), darüber hinaus jedoch nichts bietet. Der Mensch, so ist ja die dahinterstehende Annahme, möchte schließlich seine Ruhe haben (vgl. Pfabigan 2008, 45). Ein anderes Bild des alternden Menschen wird in der „Aktivitätstheorie“ gezeichnet, die

einen engen Zusammenhang zwischen dem sozialen Aktivitätsniveau und der Lebenszufriedenheit annimmt (vgl. Pfabigan 2008, 45, Matolycz 2011, 15 f.). Diese Sichtweise auf alternde Menschen geht natürlich mit anderen Handlungsaufträgen einher und fordert dazu auf, die Potentiale des Alters zu aktivieren und aktiv zu fördern.

Nun gelten aus heutiger wissenschaftlicher Sicht beide erwähnten Theorien als zu pauschal und in dieser allgemeinen Form als empirisch widerlegt (vgl. Lehr 2003, 63). Gegen die Disengagement-Theorie lässt sich beispielsweise einwenden, dass man aus vorhandenem Rückzug nicht automatisch auf diesbezügliche, in der Natur des Menschen verankerte Wünsche schließen könne. Das „Disengagement“ kann ja auch aus anderen Gründen als adäquate Verhaltensweise erscheinen, wie beispielsweise geringe ökonomische Möglichkeiten oder ein negatives öffentliches Altersbild. Die Aktivitätstheorie wiederum wurde kritisiert, dass sie erfolgreiches Altern ausschließlich mit Aktivität und Leistung gleichsetzt und einen Erfolgswang postuliert, der für viele Alternde, die mit gesundheitlichen Problemen kämpfen oder in einer schwierigen finanziellen oder familiären Lage sind, unrealistisch hohe Ziele setzt und ein Gefühl des Versagens verursachen kann. Weder ein Bild, das das gute Alter wesentlich durch Rückzug und Abkoppelung von gewohnten sozialen Kontexten betrachtet, noch eines, das Aktivität ins Zentrum rückt, kann also uneingeschränkt Gültigkeit beanspruchen. Menschen- und Altersbilder, so die Konklusion dieser Überlegungen, müssen also ständig und auf verschiedenen Ebenen kritisch reflektiert werden.

2.4 Zusammenfassung

Wie in allen westeuropäischen Ländern hat sich auch in Österreich die Altersstruktur der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Es ist zu einer demographischen Alterung gekommen, und es ist davon auszugehen, dass sich diese Alterung der Gesellschaft weiter verstärken wird. Auch wenn klar ist, dass eine alternde Gesellschaft viele Herausforderungen mit sich bringt, sagen demografische Größen alleine wenig über die Zukunft einer Gesellschaft aus. Sie sind vielmehr immer in Kombination mit sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren sowie politischen Entscheidungen und Institutionen zu sehen, die unterschiedlich gestaltbar sind. Hier ist zu betonen, dass die Phänomene „Altern“ und „Alter“ sehr vielschichtig sind und von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet werden können und sollen, um den Lebenslagen älter werdender Menschen gerecht werden zu können. Neben verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen (etwa biologische, psychologische und soziologische) zur Betrachtung und Erforschung des Alters besteht auch eine Vielzahl gesellschaftlicher Altersbilder. Sie sind oft negativ konnotiert und prägen in vielen Fällen unhinterfragt die politische Diskussion und öffentliche Meinung sowie auch die Einstellung vieler Menschen dazu, wie ein gutes Leben im Alter auszusehen hat. Menschen- und Altersbilder sollten also kontinuierlich und auf verschiedenen Ebenen kritisch reflektiert werden, um Vorurteile zu vermeiden und der Vielfalt des Alter(n)s gerecht zu werden.

3 BETREUUNG UND PFLEGE BETAGTER MENSCHEN – DIE SITUATION IN ÖSTERREICH

Wie im vorigen Abschnitt deutlich wurde, handelt es sich beim Alter um einen höchst heterogenen Lebensabschnitt. Allgemeine Aussagen darüber, was typisch für betagte Menschen ist, welche Bedürfnisse sie haben und was entscheidend für ihr gutes Leben ist, sind also mit Bedacht zu formulieren. Die Wertungen und Bilder, die unsere Perspektive auf das Alter prägen, müssen selbst immer wieder zur Diskussion gestellt werden. Dennoch ist klar, dass im Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, seinen Alltag nicht mehr ohne Unterstützung bewältigen zu können. Speziell in der Gruppe der über 80-Jährigen nimmt das Risiko des Hilfe- und Betreuungsbedarfs erkennbar zu (vgl. Kruse/Wahl 2010, 36; Kolland 2011, 3). Die vorher dargelegten demographischen Entwicklungen werden also dazu führen, dass die Zahl derer, die Pflege- und Betreuungsleistungen beanspruchen werden, in den nächsten Jahren erheblich zunehmen wird. Vor diesem Hintergrund blicken wir in diesem Abschnitt näher auf die Themenfelder Pflege und Betreuung, wie sie typischerweise bezogen auf ältere Menschen diskutiert werden. Im Zentrum steht dabei zunächst eine Klärung der Begriffe „Pflege“ und „Betreuung“, wobei wir speziell herausarbeiten werden, was das Besondere der Altenpflege darstellt. Danach gehen wir auf die Versorgungssituation in Österreich ein. Wir stellen dar, mit welchen Leistungen Menschen mit Pflegebedarf und deren Familien unterstützt werden und schildern die rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen, in denen Pflegearbeit in Österreich stattfindet. Abschließend verweisen wir noch kurz auf einige Zusammenhänge, die zwischen Armutslagen bzw. sozialen Ungleichheiten und dem Zugang zu einer angemessenen Pflegeversorgung bestehen.

3.1 Betreuung und Pflege – eine Definition

In der Beschäftigung mit der katholischen Soziallehre ist ein Motiv stark hervorgetreten: Menschen sind während ihres gesamten Lebens verwundbare Wesen, die auf andere angewiesen sind. Besonders zu Beginn und am Ende des menschlichen Lebens tritt diese Verletzlichkeit in aller Deutlichkeit zu Tage, doch sie ist keinesfalls darauf beschränkt. Schon allein deshalb ist klar, dass Betreuungs- und Pflegetätigkeiten einen besonders wichtigen Platz in einer guten Gesellschaft einnehmen müssen. Es ist dafür zu sorgen, dass Menschen in Phasen der Abhängigkeit die nötige Unterstützung erhalten.

Aus sozio-ökonomischer Perspektive sind Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, gemeinsam mit anderen Sorge- und Versorgetätigkeiten, dem Bereich der reproduktiven Arbeit zuzuordnen. Diese produziert keine materiellen oder immateriellen Güter, sondern dient der Befriedigung und Sicherung menschlicher Grundbedürfnisse durch personennahe, sorgende Dienstleistungen. Oft wird der Überbegriff der „Care-Arbeit“ verwendet, um so verschiedene Tätigkeiten wie Kinderbetreuung und -erziehung, Haushaltsführung oder Pflegetätigkeiten zu umfassen (vgl. Worschech o.J.). Gemeinsam haben alle diese Formen von Arbeit, dass sie die Grundlagen für das Funktionieren jeder Gesellschaft erhalten. Eine Gesellschaft, in der keine Care-Arbeit geleistet wird, kann auf Dauer keinen Bestand haben.

In manchen Kontexten kann es hilfreich sein, zwischen Betreuung und Pflege zu unterscheiden (vgl. Fleischer et al. 2013, 18), wie auch in einem unsere Gespräche mit einer pflegenden Angehörigen deutlich wurde:

Ja, Pflege und Betreuung sind zwei verschiedene Themen. Ich hab da hergeheiratet vor 35 Jahren. Da waren meinem Mann seine Eltern in meinem Alter, sagen wir so 56 und 65. Sie haben kein Auto gehabt. Also war das schon logisch, dass überall ich sie hinfahre. Zu den Verwandten und einkaufen, zum Zahnarzt, zum Doktor, das war einfach von Haus aus so.

Der Terminus „Betreuung“ meint also im gewöhnlichen Sprachgebrauch ganz allgemein, dass sich eine Person um das Wohlergehen jemand anderes kümmert, der dazu nicht oder nur eingeschränkt in der Lage ist. Typische Tätigkeiten in der Betreuung betagter Menschen umfassen beispielsweise persönliche Zuwendung, verschiedene Hilfestellungen im Alltag aber auch die Sorge und Aufsicht dafür, dass ärztliche und pflegerische Versorgung in ausreichendem Maße sichergestellt ist. Unter den Begriff der „Betreuung“ fallen sowohl Leistungen im informellen Bereich (etwa zwischen Angehörigen, Freunden etc.) als auch solche, die in professionellen und formellen Kontexten geschehen.

Während Betreuung also ein Überbegriff für verschiedenste Formen unterstützender Tätigkeit ist, bezieht sich „Pflege“ stärker auf den Aspekt der Gesundheit. Im Gegensatz zur Medizin stehen jedoch nicht die biologischen Ursachen und die ursächliche Behandlung von Gesundheitsproblemen im Zentrum. Pflegerische Tätigkeiten zielen vielmehr darauf ab, Beeinträchtigungen bei der autonomen Alltagsführung und Lebensgestaltung durch gezielte Fördermaßnahmen auszugleichen bzw. bei der Bewältigung zu unterstützen. Folglich steht der Umgang mit dem Krankheitserleben der Betroffenen im Vordergrund, und es wird versucht, nicht nur die Krankheit, sondern den ganzen Menschen in den entsprechenden Maßnahmen zu berücksichtigen (vgl. Stefan/Allmer et al. 2003). Das Menschenbild, das dem pflegerischen Selbstverständnis zugrunde liegt, ist also sehr nahe an dem, das uns zu Beginn des Berichtes in der katholischen Soziallehre untergekommen ist. Das menschliche Leben wird als vielschichtig und „tief“ gesehen, und der zwischenmenschliche Bereich spielt eine zentrale Rolle: „Pflegerisches Handeln geht nicht in der Logik wissenschaftlicher Rationalität auf, im Mittelpunkt der Pflege stehen Beziehungen.“ (Pfabigan 2008, 23) Die subjektive Bedürftigkeit des Einzelnen ist demnach wichtiger als der „objektive“, also der standardisierte, schematisierte, aus Krankheitsbildern abgeleitete „Bedarf“, der in medizinischen Kontexten üblicherweise im Vordergrund steht.

An dieser Stelle ist es angebracht, auf einen weiteren Aspekt des Pflegebegriffes hinzuweisen, der in der bis heute einflussreichen Theorie der Selbstpflege von Dorothea Orem (1971) erstmals herausgearbeitet wurde. Demnach betreibt jeder Mensch, der nicht von anderen gepflegt wird, *Selbstpflege*, indem er bewusste, zielgerichtete Handlungen setzt, um sein Leben, seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu erhalten oder (wieder)herzustellen. Ist diese Fähigkeit zur Selbstpflege beeinträchtigt, ist es notwendig, dass sie durch andere, Laien oder Professionelle, subsidiär übernommen wird. Das heißt, dass die Aufrechterhaltung und falls möglich die Wiederherstellung der vorhandenen Selbstpflegefähigkeit der Betroffenen das primäre Ziel bleibt. Auch setzt es voraus, dass die Pflegenden erkennen, welche Selbstpflegeerfordernisse die betroffenen Personen nicht erfüllen können.

Pflege umfasst vorbeugende (präventive), wiederherstellende (rehabilitative), heilende (kurative) und lindernde (palliative) Elemente. Die Altenpflege zeichnet sich dadurch aus, dass alle vier der genannten Elemente von essentieller Bedeutung sind (vgl. Schroeter 2008, 52). Nicht die Krankheit steht im Vordergrund, sondern der angemessene Umgang mit durch Altersprozesse bedingten Einschränkungen. Das übergeordnete Ziel pflegerischer Maßnahmen ist hier das „Gelingen des Alltags“ (Pfabigan 2008, 38).

Bei der Altenpflege handelt es sich in der Regel um Langzeitpflege. Die Pflege findet zeitlich im Alltag und räumlich im Wohnbereich der pflegebedürftigen Menschen statt. Es handelt sich bei ihr gewissermaßen um einen dauerhaften Zustand und nicht, wie in der Regel bei einem Krankenhausaufenthalt, um einen relativ klar begrenzten Zeitraum, der auch örtlich vom „normalen Leben“ abgekoppelt ist (vgl. Matolycz 2011, 5–9). Hinzu kommt, dass in der Altenpflege oft große Altersunterschiede zwischen Menschen mit Pflegebedarf und den Pflegenden besteht. Es treffen unterschiedliche Generationen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen und -geschichten aufeinander. Es ist daher für die in der Pflege Tätigen eine besondere persönliche – und ethische – Herausforderung, sich auf die Lebenswelt ihres

Gegenübers einzulassen.

Die Pflege ist ein fixer Bestandteil des Alltages der pflegebedürftigen betagten Personen. Sie berührt den pflegebedürftigen Menschen wie auch die Pflegenden deshalb in vielfältigen Bereichen ihres Mensch-Seins, insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass die Pflegesituation meist bis zum Tod andauert (vgl. Pfabigan 2008, 38). Insofern ist professionelle wie auch informelle Altenpflege alltagsorientiert und damit immer auch Lebensbegleitung in einem viel umfassenderen Sinn als Akutpflege. Pflegekräfte stellen für Menschen mit Pflegebedarf meist wichtige, manchmal sogar die einzigen sozialen Bezugspersonen dar. Pflegende leisten somit vielfach auch Unterstützung bei der Lebensbewältigung, was besondere Kompetenzen erforderlich macht.

Altenpflege findet zudem in einem Kontext statt, indem unterschiedlichste und teils widersprüchliche Erwartungen aufeinander treffen, unter anderem deshalb, weil Pflege an einer Schnittstelle zwischen öffentlichem und privatem Leben stattfindet und sowohl von Professionalisten wie auch von Laien ausgeführt wird. Politisch-administrative Rahmenbedingungen, die Anforderungen effizienzorientierter Pflegeeinrichtungen, Vorgaben der Medizin sowie die Erwartungen der pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen und der Gesellschaft tragen unterschiedliche Urteils- und Handlungslogiken an (professionell) Pflegende heran (vgl. Pfabigan 2008, 72–73). Aus diesem speziellen Kontext ergeben sich die Notwendigkeit zu stark eigenverantwortlichem, situativ angepasstem Handeln der pflegenden Person sowie auch ein besonders asymmetrisches Machtverhältnis zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegenden.

3.2 Versorgungssituationen in Österreich

3.2.1 Geld und Sachleistungen

Die Versorgungssituation für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf variiert in Österreich nach wie vor stark von Bundesland zu Bundesland, wenngleich seit den 90er-Jahren Schritte zur bundesweiten Vereinheitlichung von Ansprüchen und Angeboten gesetzt wurden (vgl. Scholta 2009, 403). Zuvor mussten die finanziellen Kosten von Pflegebedürftigkeit größtenteils von den Betroffenen und deren Angehörigen selbst getragen werden. Nur in finanziellen Notlagen konnte nach Ermessen der Behörden (erhöhte) Sozialhilfe gewährt werden (vgl. Appelt/Fleischer 2013, 11–12). Insofern ist Pflege erst vor rund zwei Jahrzehnten offiziell als Zuständigkeitsbereich staatlicher Sozialpolitik in Österreich etabliert worden, wobei das Ausmaß öffentlicher Unterstützung nach wie vor geringer ist als in anderen sozialpolitischen Zuständigkeitsbereichen (vgl. Österle/Hammer 2004, 32).

Das österreichische Pflegesystem kombiniert *Geld- und Sachleistungen*, wobei Geldleistungen in Form des Pflegegelds den Kern des Systems bilden. Im Jahr 1993 wurde ein österreichweit einheitliches, steuerfinanziertes Pflegegeld eingeführt, welches Personen mit mehr als 65¹ Stunden monatlichem Betreuungs- und Pflegebedarf einen Rechtsanspruch auf bedarfsabhängige Pauschalen zur teilweisen Abgeltung der pflegebedingten Mehraufwendungen zuspricht. Das Pflegegeld ist unabhängig von Einkommen und Versicherungszahlungen und soll es den Menschen mit Pflegebedarf ermöglichen, selbst zu entscheiden, in welcher Form die Pflege erfolgt. Da es sich jedoch um eine nicht kostendeckende Abgeltung von Pflegeleistungen handelt, impliziert dieses Modell, dass die Pfl egetätigkeit primär nicht als marktübliche Dienstleistung, sondern weiterhin im innerfamiliären Rahmen ohne adäquate Bezahlung ausgeführt wird. Von der Konzeption her ist das Pflegegeld demnach vor allem als Quasi-Entlohnung für pflegenden Angehörigen gedacht. Dem entspricht, dass

¹ Bei der Einführung waren es 50 Stunden, die Voraussetzungen wurden jedoch mit 1.1.2011 durch das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) auf 60 Stunden angehoben und mit 1. Jänner 2015 durch ein Bundesgesetz zur Änderung des Bundespflegegeldgesetzes nochmals erhöht.

laut Pflegevorsorgebericht des BMASK aus dem Jahr 2011 rund 80 % der befragten, zuhause lebenden Pflegegeldbeziehenden keine ambulanten, professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen (vgl. BMASK 2011, 27; Sozialversicherungsanstalt der Bauern. 2014). Es liegen jedoch keine Studien über die tatsächliche Verwendung des Pflegegelds vor, über das allein die pflegebedürftigen Menschen und nicht die pflegenden Angehörigen verfügen können.

Ein Betreuungs- und Pflegebedarf von weniger als 65 Stunden pro Monat ist somit weder statistisch noch monetär erfasst. Die Pflegegeldeinstufung ist einer der meist kritisiertesten Aspekte des österreichischen Pflegesystems. So orientiert sich die Einteilung in Pflegestufen primär an körperlichen Defiziten. Soziale, kulturelle, psychische und instrumentelle Betreuungsbedürfnisse werden in die Einstufung kaum einbezogen. Die systematisch schlechtere Einstufung von körperlich fitten Menschen mit Demenz ist auf diesen Umstand zurückzuführen. Der Unterstützungsbedarf wird also nur selektiv erhoben. Durch die Orientierung an Defiziten bleiben Ressourcen und Potentiale unberücksichtigt, was zur Folge hat, dass bestehende Möglichkeiten für Prävention, Aktivierung und Gesundheitsförderung ungenutzt bleiben.

In Österreich ist auch keine gesetzliche Definition von „Pflegebedürftigkeit“ vorhanden. Die Beurteilung des Pflegebedarfs erfolgt anders als in Deutschland, wo Pflegefachpersonal diese Aufgabe wahrnimmt, durch ein ärztliches² Gutachten über die motorischen und funktionellen Fähigkeiten (vgl. Kreimer et al. 2010, 6). Die Qualität der ärztlichen Gutachten wurde durch den Rechnungshof als uneinheitlich und verbesserungsbedürftig eingeschätzt (vgl. Rechnungshof 2009, 83). Problematisch ist auch, dass kein systematischer Einsatz von Gutachterinnen und Gutachtern, die auf die jeweiligen Erkrankungen bzw. Einschränkungen spezialisiert sind, erfolgt. So wäre es im Bereich der demenziellen Erkrankungen dringend erforderlich, spezialisierten Fachärzte und Fachärztinnen für Neurologie oder Psychiatrie und spezialisierte diplomierte Pflegepersonen einzusetzen sowie regelmäßige verpflichtende Fortbildungen für Gutachter vorzusehen.

Der Pflegebedarf wird nicht auf Basis der tatsächlich im speziellen Fall vorliegenden Erfordernisse erhoben, sondern aufgrund von Richt-, Mindest- und Pauschalwerten bestimmt. Diese beziehen sich rein auf pflegerische Tätigkeiten, ohne den Grund für den pflegerischen Unterstützungsbedarf zu berücksichtigen. Forschungen zeigen, dass Zeitwerte und -korridore der Vielfältigkeit von Pflegebedarf in der Praxis nicht gerecht werden können. So kann beispielsweise der zeitliche Aufwand für „Körperpflege“ sehr verschieden sein, je nach dem, ob die Ursache eingeschränkte kognitive Fähigkeiten im Zusammenhang mit Angstgefühlen oder eine eingeschränkte Beweglichkeit der Extremitäten ist. Auch der Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Pflegenden und den Menschen mit Pflegebedarf wird nicht umfassend berücksichtigt, obwohl diese die Voraussetzung für alle pflegerischen Maßnahmen darstellt. (vgl. Bartholomeyczik 2007)

Anders als beispielsweise in skandinavischen Ländern spielen soziale Sach- und Dienstleistungen eine untergeordnete Rolle, es dominieren die finanziellen Transferleistungen. Das Risiko der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit ist somit trotz Pflegegeld weiterhin teilweise privatisiert.

Je nach Pflegegeldstufe beträgt das Pflegegeld zwischen € 154,20 bei mehr als 65 Stunden Pflegebedarf pro Monat in der Pflegegeldstufe 1 bis maximal € 1.655,80 in der Pflegegeldstufe 7. Die höchste Pflegestufe wird vergeben, wenn keine zielgerichtete Bewegung von Armen und Beinen mit

² Seit Jänner 2012 können Änderungen der Pflegestufe auch von diplomierten Pflegefachkräften vorgenommen werden, sofern zuvor schon mindestens Pflegestufe 4 durch ein ärztliches Gutachten festgestellt wurde. Im Rahmen eines Pilotprojekts werden diplomierte Pflegekräfte seit 2014 in Wien, Niederösterreich und der Steiermark auch bei der Beurteilung von Anträgen auf Erhöhung ab der Pflegestufe 3 eingesetzt.

funktioneller Umsetzung möglich ist oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt (vgl. BMASK 2013a). Um die Verwaltung zu vereinfachen und die Pflegegeldverfahren zu beschleunigen, wurde im Jahr 2011 eine Reform verabschiedet, wonach nun allein der Bund für die Gesetzgebung und Vollziehung im Bereich Pflegegeld zuständig ist.

Die Etablierung eines Pflegevorsorgesystems im Jahr 1992 umfasste neben der Einführung des Pflegegelds auch die sozialversicherungsrechtliche Absicherung von pflegenden Personen. Diese Maßnahme kann als weiterer Anreiz verstanden werden, Pflege im familiären Rahmen zu ermöglichen. Außerdem verpflichteten sich die neun Bundesländer zum flächendeckenden, dezentralen Auf- und Ausbau von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten in mehreren Etappen (vgl. Pallinger/Pfeiffer 2013, 283; 286).

Ein wichtiger Unterschied zum Pflegegeld besteht jedoch darin, dass auf diese Sachleistungen weiterhin kein Rechtsanspruch besteht. Die Pflegegeldeinstufung und die Zuerkennung geförderter Sachleistungen erfolgen also in voneinander getrennten Systemen, die oft nicht gut ineinander greifen. Ein durch die Pflegegeldeinstufung ermittelter Pflegebedarf ist somit nicht notwendigerweise auch durch adäquate Sachleistungen abgedeckt, da deren Planung den Ländern unterliegt. Sind solche professionellen Dienste und Einrichtungen nicht oder nicht ausreichend vorhanden oder für die Betroffenen nicht leistbar, ist die freie Wahl der gewünschten Pflegeleistungen nicht möglich. Hier bestehen außerdem weiterhin große regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit und Qualität, da es keine konkreten, einheitlichen Standards für alle Bundesländer gibt (vgl. Appelt/Fleischer 2013, 15). Das Pflegefondsgesetz sieht als Kriterium für die Mittelvergabe lediglich regional nicht differenzierte Richtversorgungsgrade ohne Qualitätsvorgaben vor, wodurch die Gefahr von quantitativer und qualitativer Unter-, Über- und Fehlversorgung erhöht wird. (vgl. Rechnungshof 2014, 17) Der Kostenbeitrag der pflegebedürftigen Personen zu solchen Sachleistungen variiert von Bundesland zu Bundesland. Im Durchschnitt müssen 40 % der Kosten selbst aufgebracht werden – durch die pflegebedürftigen Personen, ihre Angehörige oder Drittverpflichtete (vgl. Statistik Austria 2014). Obwohl die Versorgungsdichte an mobilen Dienstleistungen seit den 90er-Jahren zugenommen hat, ergab eine Studie unter pflegenden Angehörigen, dass der Bedarf weiterhin nicht gedeckt ist (vgl. ÖBIG 2005, 34). Die mobile Pflege wurde in einer anderen Studie sogar als quantitativ und qualitativ unterentwickelte „Restkategorie“ der österreichischen Pflegelandschaft bezeichnet (vgl. Ludwig-Boltzmann-Institut 2005, 9). Dies zeigt sich auch am Verhältnis der öffentlichen Aufwendungen für stationäre und mobile Dienste im Jahr 2012 (Bruttoaufwände der Länder): Mehr als drei Viertel der Ausgaben flossen in den stationären Bereich, rund 17 % in die mobilen Dienste. Der Rest wurde für alternative Wohnformen (rund 6 %), Kurzzeitpflege und Case- und Caremanagement aufgewendet (vgl. Statistik Austria 2012b).

Ein Angebotskontinuum zwischen den beiden „Polen“ der Pflege im Heim einerseits und der informellen Pflege zuhause mit höchstens stundenweiser Unterstützung durch mobile Dienste andererseits befindet sich erst in der Aufbauphase. Beispiele sind Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen oder flexible Betreuungsangebote zu Hause. Um den Ausbau der Sach- und Dienstleistungen in den Ländern voranzutreiben wurde 2011 ein Pflegefonds durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eingerichtet. Damit soll dem steigende Bedarf nach mobilen Diensten, teilstationären und stationären Betreuungs- und Pflegediensten, Kurzzeitpflege, alternativen Wohnformen sowie Case- und Care-Management³

³ Unter *Case- (deutsch: Fall-) Management* versteht man die koordinierte, kontinuierliche Versorgung eines Klienten mit Hilfe einer Case-Managerin oder eines Case-Managers, die/der das Zusammenspiel verschiedener Akteurinnen und Akteure, wie Patienten und Patientinnen, Angehörige, Pflegepersonal, ÄrztInnen, Therapeuten

entsprochen werden (vgl. Appelt/Fleischer 2013, 12). Innovative Wohnformen, wie ambulant betreute Seniorenwohngemeinschaften, betreubares oder generationsübergreifendes Wohnen und Quartierskonzepte sowie spezielle Wohnformen für Demenzbetroffene führen hingegen in Österreich weiterhin ein Nischendasein.

Mit Stand 2013 bezogen 435.000 Personen, also rund 5 % der österreichischen Bevölkerung, Pflegegeld (vgl. Pallinger/Pfeiffer 2013, 283). Damit ist die Anzahl der Pflegegeldbeziehenden seit dem Einführungsjahr 1993 (299.329⁴) bis 2011 um über 45 % gestiegen. Über 50 % der Pflegegeldbeziehenden bekommen Pflegegeld der niedrigsten Stufen 1 oder 2. Die absolute Anzahl der Pflegegeldbeziehenden wächst (vgl. Steiner 2011, 19). Die Pflegegeldpauschalen werden schon seit 1996 nicht mehr jährlich automatisch valorisiert, wie ursprünglich im Gesetz von 1993 vorgesehen. Mit Stand 2013 lag die letzte Valorisierung vier Jahre zurück, was einem realen Wertverlust von 29 % entspricht.

3.2.2 Zur Rolle und Situation pflegender Angehöriger

Das österreichische Pflegesystem setzt nach wie vor stark auf pflegende Angehörige. Dem entspricht, dass die Ausgaben für das Pflegegeld mit 2,4 Milliarden (Stand 2012) deutlich über den Nettoausgaben für Dienstleistungen liegen (vgl. Statistik Austria 2013b). Über 80 % der pflegebedürftigen Menschen werden von Angehörigen zuhause gepflegt, wobei wiederum fast 80 % der pflegenden Angehörigen Frauen – meist Ehefrauen, Töchter oder Schwiebertöchter – sind. Das Durchschnittsalter pflegender Angehöriger lag 2005 bei 58 Jahren. In der gleichen Studie wurde ermittelt, dass nur ein Drittel aller Hauptpflegepersonen erwerbstätig ist, während vor Übernahme der Pflege 56 % der Befragten einer bezahlten Beschäftigung nachgingen (vgl. ÖBIG 2005, I).

Zu den pflegenden Angehörigen zählen auch überraschend viele Kinder und Jugendliche, wie in einer Studie des österreichischen Sozialministeriums von 2011 festgestellt wurde. Demnach leisten in Österreich 42.700 Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 18 Jahren regelmäßig über einen längeren Zeitraum Betreuungs- und Pflegearbeit für chronisch kranke Familienmitglieder. Ein Drittel der von Kindern und Jugendlichen Gepflegten sind die Großmutter (22 %) oder der Großvater (11 %) (vgl. BMASK 2012, 47–48).

Da Pflegegeld erst ab einem Aufwand von mehr als 65 Stunden pro Monat gewährt wird und auch bei Erfüllung der Voraussetzungen nicht immer ein Antrag auf Pflegegeld gestellt wird, liegt die Zahl der betreuten oder gepflegten Personen deutlich höher als die der Pflegegeldbeziehenden. Im Jahr 2002 ermittelte der Mikrozensus rund 465.000 Personen, die Betreuungs- und Pflegeleistungen erhalten, wohingegen die Anzahl der Pflegegeldbeziehenden in diesem Jahr um mehr als 100.000 niedriger war (vgl. Hörl 2009b, 365–366).

Die meisten Betreuungs- und Pflegeleistungen werden also zuhause erbracht, wobei gemessen am Anteil der Pflegegeldbeziehenden 43 % überhaupt keine professionellen Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen. 31 % der Pflegegeldbeziehenden nutzen mobile Dienste, dies jedoch oft in Kombination mit Unterstützung durch Angehörige. 16 % werden stationär betreut und 5 % nehmen

und Therapeutinnen oder Kostenträger und Kostenträgerinnen etc. optimiert. Indem durch ihr oder sein Fach- und Überblickswissen alle verfügbaren Ressourcen bestmöglich genutzt werden, kann ein optimal an den Bedürfnissen der Klienten und Klientinnen ausgerichtetes Versorgungsangebot ermöglicht werden. (Christl 2009, 17) *Care-Management* bezieht sich dagegen auf die überindividuelle Ebene und verfolgt das Ziel, eine optimierte Versorgungssteuerung auf Systemebene durch Strukturreformen und Koordination von formellen und informellen Dienstleistungen zu erreichen.

⁴ Pflegevorsorgebericht 2011, eigene Berechnung der Summe von Bundes- und Landespflegegeldbeziehenden – S. 64; 67

eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch. Nur rund 3 % leben in alternativen Wohnformen (vgl. Parlamentskorrespondenz Nr. 621).

Seit dem Jahr 2007 besteht bei einem Monatseinkommen unter 2.500 Euro die Möglichkeit, für die Beschäftigung einer legalen Personenbetreuung (auch 24-Stunden-Betreuung genannt) einen Zuschuss zwischen 500 und 1.200 Euro zu erhalten. Diese einkommensabhängige Leistung ist an einen Pflegebedarf ab Pflegestufe 3, beziehungsweise bei Demenz ab Pflegestufe 1, gebunden.

Mit Stand 2008 waren 82 % der stationär in Alten- und Pflegeheimen betreuten Personen in Österreich auf Sozialhilfe angewiesen, weil die Pension plus Pflegegeld nicht für die Deckung der Kosten ausreichte. Die Nachfrage nach Pflegeplätzen steigt, während immer weniger Menschen, die noch rüstig sind, in Altenheime ziehen. Deshalb erfolgt ein Umbau vieler Altenheime in Pflegeheime (vgl. Schneider et al. 2006, 8–9).

Obwohl aktuelle Studien (vgl. Hörl 2009a, 295) die Auflösung oder Schwächung intergenerationeller, solidarischer Familienbeziehungen verneinen, ist trotzdem für die Zukunft von einer Abnahme des informellen Pflegepotentials durch Angehörige und andere Privatpersonen auszugehen. Gründe hierfür liegen vor allem in der sich verschiebenden Altersstruktur, wodurch sich die Zahl der älteren Menschen stark erhöhen wird, während gleichzeitig die „stille Reserve“ der unentgeltlich pflegenden, überwiegend weiblichen Angehörigen durch vermehrte Kinderlosigkeit, vielfältigere Familien- und Haushaltsstrukturen, größere räumliche Distanz und zunehmende Erwerbstätigkeit tendenziell kleiner wird.

Die Rechte pflegender Angehöriger wurden erst seit vergleichsweise kurzer Zeit gestärkt. So war die kostenlose Pensionsversicherung von pflegenden Angehörigen bis 2009 nur sehr eingeschränkt möglich: Erst ab Pflegestufe 5 konnte man sie für maximal vier Jahre in Anspruch nehmen. Wer nicht die finanziellen Möglichkeiten besaß, um aus privaten Mitteln einzuzahlen, verlor damit Pensionsversicherungszeiten, was das Risiko von Altersarmut erhöhte. Mittlerweile ist die kostenlose Pensionsversicherung zeitlich unbefristet und schon ab Pflegestufe 3 gewährleistet (vgl. Appelt/Fleischer 2013, 16–17).

Eine wichtige Neuerung ab 2014 ist die Möglichkeit für nahe Angehörige, ein bis drei Monate Pflegekarenz oder Pflegezeit in Anspruch zu nehmen. Für die Nutzung von Pflegekarenz/-zeit ist die Zustimmung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers erforderlich. Für den Zeitraum der Pflegekarenz/-zeit besteht ein Rechtsanspruch auf ein einkommensabhängiges Pflegekarenzgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes. Der Pensions- und Krankenversicherungsbeitrag wird für diesen Zeitraum vom Staat übernommen. Die Pflegekarenz ist als Überbrückungsmaßnahme für einen kurzfristigen oder plötzlich auftretenden Pflegebedarf in Höhe von mindestens Pflegestufe 3 beziehungsweise Pflegestufe 1 bei Demenzkranken konzipiert (vgl. BMASK 2013b). Seit 1.1.2014 kann auch im Rahmen der Familienhospizkarenz Pflegekarenzgeld bezogen werden. Eine Übersicht über bundesweite Unterstützungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige findet sich beispielsweise in der Broschüre „Wissenswertes für pflegende Angehörige“ der Caritas, die über das Internet bezogen werden kann.⁵

3.2.3 Pflege als Profession in Österreich

In einer Gesellschaft wie der österreichischen, wo Care-Tätigkeiten als vorwiegend familiäre beziehungsweise private Aufgaben angesehen werden, befindet sich Pflege als Profession an einer Schnittstelle zwischen Öffentlichkeit und Privatheit. Ähnlich wie andere sogenannte „haushaltsnahe“

⁵http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/Hilfe___Einrichtungen/Wissenswertes_fuer_pflegende_Angehoerige_2014-01-27.pdf

Dienstleistungen genossen diese Tätigkeiten im Vergleich mit anderen Berufsgruppen lange Zeit eher wenig öffentliche Anerkennung. Aktuelle Studien zeigen, dass diesbezüglich ein Wandel feststellbar ist. So werden die Arbeit im Bereich Pflege und die in der Pflege tätigen Personen hoch geschätzt, wobei jedoch das Image des Berufes weiterhin ein eher negatives ist (vgl. SeneCura 2012).⁶

Noch immer wirken Elemente eines Pflegeverständnisses nach, wie es sich am Ende des 18. Jahrhunderts herausgebildet hat. Zu dieser Zeit wurde vor allem gefordert, dass Pflegenden dem Arzt Gehorsam und den Patienten und Patientinnen Liebe und Fürsorge schenken sowie auf ihre Bedürfnisse und individuelle Besonderheiten eingehen. Hinsichtlich der Arbeitsanforderungen, Arbeitsinhalte und Rahmenbedingungen ähnelte die pflegerische Tätigkeit mehr der familiären Hausarbeit und weniger der Erwerbsarbeit, welche die Medizin für sich beanspruchte. Diese Charakterisierung von Pflege als „Liebesdienst“ hatte auch zur Folge, dass die, neben dem ehrenamtlichen Engagement unverheirateter bürgerlicher Frauen, sich entwickelnde Pflege als Erwerbstätigkeit moralisch abgewertet wurde. Erfahrungswissen, „natürliche“ weibliche Grundfähigkeiten und Fachwissen wurden vermischt, was sich auch in den im Laufe des 19. Jahrhunderts geschaffenen Ausbildungseinrichtungen widerspiegelte. Diese beruflichen Anforderungen korrespondierten stark mit den „natürlichen“, weiblichen Tugenden im Frauenbild der bürgerlichen Gesellschaft, das Eigenschaften wie Selbstlosigkeit, Einfühlsamkeit und Gehorsam betonte. Durch diese Zuschreibungsprozesse wurde die Vergeschlechtlichung der Pflege eingeleitet – Pflege wurde damit zum „Frauenberuf“ und zu einer Tätigkeit, die „jede gute Frau“ leisten kann (vgl. Spicker 2001, 36–38; Pfabigan 2008, 24–29).

Erst in den 1960er-Jahren kam es zu vermehrter Selbstreflexion und Emanzipationsbestrebungen von der Medizin seitens der Berufsgruppe der Pflegenden. Bis dahin unhinterfragte „Grundpfeiler“ des Pflegeberufs wurden von nun an zumindest tendenziell kritisch analysiert und problematisiert. Dementsprechend kommt es seit den späten 70er-Jahren auch in Österreich zu Professionalisierungsbemühungen im Sinne einer verstärkten wissenschaftlichen Fundierung und einer Akademisierung der Aus- und Weiterbildung. Die Institutionalisierung von Pflegeforschung an österreichischen Universitäten setzte erst Anfang der 90er-Jahre ein (vgl. Spicker 2001, 61).

Während der letzten Jahrzehnte wurden weitere Transformationen des Berufsbildes und der damit verbundenen Pflegeethik auch durch einen Wandel der beruflichen Anforderungen, hervorgerufen durch politische, gesellschaftliche, ökonomische und technische Transformationen, angestoßen. Neben den schon thematisierten demografischen Veränderungen und dem aufgrund der gesteigerten Lebenserwartung höheren Stellenwert von Rehabilitation, Aktivierung und Prävention ist hier beispielsweise die Zunahme ambulanter Pflegetätigkeit zu nennen. Daraus ergeben sich spezifische berufliche Anforderungen, wie hohe Eigenständigkeit, sowie geänderte oder zusätzliche Arbeitsinhalte und Schwerpunkte. Ambulante Pflege ist beispielsweise oft stärker mit der Abstimmung zwischen Menschen mit Pflegebedarf, Angehörigen und anderen Gesundheitsberufen befasst. Auf Seiten der Menschen mit Pflegebedarf lassen sich geänderte qualitative Ansprüche an Pflegeleistungen sowie ein stärkeres Bedürfnis nach Autonomie und Information feststellen. Auch dadurch werden Anpassungen hinsichtlich Ausbildung, Qualifikation, Selbstverständnis und Organisationsstrukturen notwendig. Außerdem wirken natürlich die finanziellen Rahmenbedingungen auf das Berufsbild der Pflege ein.

Auch schwer zu quantifizierende Tätigkeiten wie Care-Arbeit sind während der letzten Jahrzehnte vermehrt durch Effizienzorientierung, Kosteneinsparung und Rationalisierung geprägt

⁶ Vgl. Teil 2, S. 144

worden. Schlagworte wie „Pflegerotstand“ und „Unterfinanzierung der Pflege“ zeugen davon (vgl. Spicker 2001, 48–51).

Ende 2011 waren 42.500 Vollzeitäquivalenten⁷ in der Betreuung und Pflege tätig. Fast drei Viertel arbeiten im stationären Bereich (30.600), knapp ein Viertel in der ambulanten Pflege (11.900) (vgl. Statistik Austria 2013a).

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Bedarf an Arbeitskräften in der professionellen Langzeitpflege stark steigen wird. So rechnet das BMASK allein im mobilen Bereich bis 2030 mit einem Bedarfszuwachs um 60 % der geleisteten Stunden vom Jahr 2010. Bei der stationären Langzeitpflege wird mit einem zusätzlichen Bedarf von 25 % bis 2030 gerechnet (zitiert in: Lindner 2012, 93). Hier muss berücksichtigt werden, dass schon aktuell der gedeckte Bedarf nicht den tatsächlichen Betreuungs- und Pflegebedürfnissen entspricht. Laut Mikrozensushebung von 1998 hätten knapp 16 % der über 60-Jährigen, die schon formelle oder informelle Betreuung erhalten, zusätzliche Unterstützung benötigt.

3.2.4 Zusammenspiel der Berufsgruppen

Im Bereich Langzeitpflege sind in Österreich viele Institutionen und Akteure und Akteurinnen beteiligt, wie beispielsweise Hausärzte und Hausärztinnen, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, ambulante und (teil)stationäre Dienste, Behörden, Sozialversicherung (Kranken- und Pensionskassen) und natürlich (pflegende) Angehörige. Außerdem besteht in der österreichischen Versorgungslandschaft eine starke Fragmentierung hinsichtlich der Zuständigkeit und Kompetenz verschiedener Kosten- und Leistungsträger. So sind beispielsweise für Sachleistungen der Pflege die Bundesländer zuständig, die wiederum Dritte (z.B. Gemeinden oder privat-gemeinnützige Gesundheits- und SozialdienstleisterInnen⁸) damit beauftragen können. Insbesondere die Zersplitterung bei der Finanzierung wirkt oft zuungunsten der Betroffenen. Generell ist problematisch, dass Gesundheitssystem und Sozialwesen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene unterschiedlich finanziert werden. Die Koordination und Integration beider für alte Menschen sehr wichtigen Bereiche wird dadurch erschwert.

Erklärtes Ziel aller Beteiligten ist es, die Kontinuität der Pflege über verschiedene Versorgungssysteme hinweg zu gewährleisten. Dafür müssen jedoch viele „Rädchen“ ineinander greifen, was in der Praxis oft noch nicht verwirklicht werden konnte. Die Folge sind Doppelgleisigkeiten, Zusatzkosten sowie Unter-, Über- oder Fehlversorgung. So erweisen sich die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungssystemen als problematisch, beispielsweise wenn die Familienmitglieder und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nach Entlassung aus dem Krankenhaus nur über unzureichende Informationen verfügen oder eine ambulante Versorgung nicht nahtlos anschließend organisiert werden kann. Eine typische Folge davon ist der so genannte „Drehtüreffekt“, wo PatientInnen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, aufgrund eines Rückfalls bald wieder stationär aufgenommen werden müssen, da es an integrierten Nachbetreuungsangeboten gefehlt hat. Dies ist ein wichtiger Faktor für die im EU-Vergleich überdurchschnittlich hohen Aufnahmequoten in Krankenhäusern. Die Sicherung der Betreuungskontinuität ist also weiterhin eine „Baustelle“ des österreichischen Pflegesystems (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt o.J., 2). Neben der Rehabilitation wird besonders der zukunftssträchtige Bereich der Prävention, wo Österreich bei den

⁷ Da im Betreuungs- und Pflegebereich viele Menschen geringfügig oder Teilzeit beschäftigt sind, ist die absolute Zahl der Beschäftigten deutlich höher, als Umrechnung in Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalenten) ergibt.

⁸ Die fünf größten Trägerorganisationen in Österreich sind die Caritas Österreich, die Diakonie Österreich, das Österreichische Hilfswerk, das Österreichische Rote Kreuz und die Volkshilfe Österreich.

Ausgaben zu den Schlusslichtern im OECD-Vergleich gehört, durch Mängel im Schnittstellenmanagement geschwächt (vgl. Aiginger 2011, 5).

3.3 Soziale Ungleichheit und Pflege

Wenn in einer Gesellschaft bestimmte, allgemein als wertvoll erachtete Güter systematisch ungleich verteilt sind und sich daraus Vor- oder Nachteile für die Einzelnen je nach sozialer Position ergeben, spricht man in der Soziologie von „sozialer Ungleichheit“. Diese „wertvollen Güter“ können so unterschiedliche Dinge wie Bildung, Einkommen, Gesundheit und Wohnqualität sein. Beim Thema (Langzeit)pflege wurde soziale Ungleichheit bis vor kurzem jedoch kaum thematisiert. Mittlerweile weiß man aber, dass die bis zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit „angehäuften“ sozialen Ungleichheiten hinsichtlich der Lebensbedingungen, Lebensweise und Lebensführung in der Pflege einen Unterschied machen. So kann man zeigen, dass sozial Benachteiligte beispielsweise durch ungünstigere Bildungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen oder geringeres Gesundheitswissen und -bewusstsein eher bzw. früher chronische Krankheiten und Behinderungen entwickeln und somit auch eher bzw. früher pflegebedürftig werden (vgl. Behrens 2008, 183). Menschen aus den untersten Einkommensschichten sind als Folge dieses ungleichen Gesundheitszustands durchschnittlich zwei bis drei Jahre länger pflegebedürftig als finanziell besser gestellte Personen. (vgl. Volkshilfe, 2010)

Mittlerweile wächst jedoch auch die Einsicht, dass soziale Ungleichheit sich nicht nur auf die Pflege auswirkt, sondern dass die Art und Weise, wie Pflege in einer Gesellschaft organisiert ist, auch neue Ungleichheiten erzeugen kann. Den Fokus darf man dabei nicht ausschließlich auf Menschen mit Pflegebedarf richten. Denn es sind in vielen Fällen gerade die Angehörigen, die von ungleichen Versorgungschancen besonders hart und langfristig betroffen sind. Jedoch gibt es aktuell auch für Österreich nur wenige konkrete Studien zu den Zusammenhängen und Wechselwirkungen von Armut und Ungleichheit mit Alter und Pflegebedürftigkeit.

3.3.1 Soziale Ungleichheit bei pflegebedürftigen Menschen

Soziale Ungleichheit unter Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf entsteht einerseits durch die Vorgeschichte, die entscheidet, wie alt, krank oder pflegebedürftig man wird. In Österreich wie auch in anderen Industrieländern klafft die Lebenserwartung zwischen verschiedenen Schichten auseinander. So haben Männer mit Hochschulabschluss im Alter von 35 Jahren eine um sechs Jahre längere noch verbleibende Lebenserwartung im Vergleich zu Männern der niedrigsten Bildungsstufe. Bei den Frauen betrug die Differenz 2,3 Jahre (vgl. Bachner et al. 2012, 122). Zwar hängen Armutslagen und Krankheit bei hochaltrigen Menschen seltener als bei jüngeren zusammen, da das Krankheitsrisiko generell mit der Hochaltrigkeit stark steigt. Jedoch erreichen vergleichsweise weniger sozial benachteiligte Personen überhaupt diese Lebensphase der Hochaltrigkeit als Menschen aus höheren sozialen Schichten. Für Österreich und Deutschland konnte in Studien außerdem nachgewiesen werden, dass sozial benachteiligte Personengruppen früher und häufiger und damit auch länger pflegebedürftig werden (vgl. Lindner 2012, 95). Gründe hierfür sind schlechtere Lebens-, Arbeits- und Gesundheitsversorgungsbedingungen (Stichwort: Zwei-Klassen-Medizin) sowie Unterschiede im Gesundheitswissen und -verhalten.

Andererseits besteht soziale Ungleichheit auch hinsichtlich der Chancen auf eine angemessene, qualitativ hochwertige Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Dafür sind zwei Dimensionen relevant (vgl. Campbell et al. 2000): Erstens geht es um den *Zugang* zur benötigten Betreuung und Pflege. Dieser ist abhängig vom Wissen um bestehende Rechte, Ansprüche und Angebote sowie der Verfügbarkeit und Leistbarkeit dieser Angebote. Sozial benachteiligte Personengruppen verfügen über weniger finanzielle Mittel. Damit ist der Zukauf ambulanter Versorgungsleistungen oft nur

eingeschränkt möglich. Auch die Nutzung von Präventionsmöglichkeiten, welche die Pflegebedürftigkeit verzögern oder sogar verhindern können, leidet ebenso unter einem Mangel an Geld wie die altersgerechte Gestaltung des Wohnumfeldes, die meist mit finanziellen Ausgaben verbunden ist. Soziale Benachteiligung ist aber mit mehr verbunden als mit einem Mangel an ökonomischen Mitteln. Oft geht sie einher mit Wissens-, Mentalitäts- und Kompetenzunterschieden sowie mit einer Einbettung in „leistungsschwächere“ soziale Netzwerke. All diese Faktoren wirken sich darauf aus, inwieweit eine Person in der Lage ist, sich in der komplizierten und stark fragmentierten österreichische Versorgungslandschaft zurechtzufinden und einen Nutzen daraus zu ziehen (vgl. Bauer/Bücher 2008, 31, Behrens 2008, 186). Zweitens ist danach zu fragen, ob das pflegerische Angebot *effektiv* in Bezug auf die Bedürfnisse der oder des Betroffenen ist. Hier zeigt sich, dass sozial schwächer gestellte Personen, die nicht auf informelle Pflegeleistungen durch Angehörige zurückgreifen können, aufgrund der teilweise noch schwach ausgebauten und kostenintensiven öffentlichen ambulanten Dienstleistungen in Österreich manchmal keine praktikable Alternative zu einer stationären Unterbringung in einem Pflegeheim, da hier die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit den Differenzbetrag zu den Kosten übernimmt (vgl. Kreimer 2010, 26).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Einführung eines einkommensunabhängigen Pflegegeldes im Rahmen des Pflegesicherungsgesetzes von 1993 die armutsbedrohende Wirkung von Pflegebedürftigkeit für die Betroffenen und deren Angehörige erheblich reduziert hat (vgl. Leidl et al. 2010, 79), auch wenn diesbezüglich wenige konkrete Zahlen verfügbar sind. Ein Indiz für die soziale Komponente des Pflegegeldes liefert der Bericht des Rechnungshofs zum Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes, der ermittelte, dass der Anteil der Pensionisten und Pensionistinnen, die Pflegegeld beziehen, bei Personen mit Ausgleichszulage in allen Pflegegeldstufen rund doppelt so hoch ist wie bei Pensionisten ohne Ausgleichszulage (vgl. Rechnungshof 2009, 93).

Bis dahin gab es jedoch nur wenige und uneinheitliche pflegebezogene Sozialleistungen, wodurch Pflegebedürftigkeit ein direktes, erhebliches Armutsrisiko für die Betroffenen und ihre Angehörigen darstellte. Es besteht jedoch weiterhin regionale soziale Ungleichheit aufgrund unterschiedlicher Verpflichtungen von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen bei der Kostenübernahme sowie der großen Unterschiede hinsichtlich Verfügbarkeit und Qualität von Betreuungs- und Pflegeleistungen. Außer Acht gelassen werden darf auch nicht, dass das österreichische Pflegegeld von der Konzeption her nur einen Teil des Pflegebedarfs abdeckt und auf Kompensation des übrigen Bedarfs durch informelle Hilfe, öffentlich geförderte Sachleistungen oder private Finanzmittel setzt. Durch die Erhöhung des Mindestpflegebedarfs für die ersten zwei Pflegestufen mit 1. Jänner 2011 und nochmals mit 1. Jänner 2015 wurde der Zugang ins Pflegegeldsystem erschwert.

Andere Ungleichheitsdimensionen bei Menschen mit Pflegebedarf betreffen das Geschlecht sowie die Ethnizität beziehungsweise den Migrationshintergrund. So haben Frauen bekanntermaßen eine höhere Lebenserwartung als Männer. Damit geht jedoch auch ein höheres Risiko einher, den Lebensabend als Alleinstehende zu verbringen. Alterseinsamkeit ist somit für Frauen ein viel größeres Thema. Männer werden häufiger von ihren Partnerinnen gepflegt als umgekehrt und können somit auch mit größerer Wahrscheinlichkeit in der beliebtesten Wohnform von alten Menschen, nämlich der eigenen Wohnung, verbleiben als Frauen (vgl. Appelt/Fleischer 2013, 3–4). Auch sind rund zwei Drittel der Pflegegeldbeziehenden in Österreich Frauen (vgl. Statistik Austria 2013b). Dem Bericht des Rechnungshofs zufolge leben über 70 % dieser Pflegegeldbeziehenden allein (2009, 93). Gleichzeitig sind Frauen im österreichischen Sozialsystem auch im Alter in der Regel finanziell schlechter gestellt als Männer. So betrug die mittlere Alterspension von Frauen laut Statistik Austria im Jahr 2011 nur rund halb so viel wie jene männlicher Pensionsbezieher. Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung ist

dementsprechend auch bei alleinlebenden Pensionistinnen mit 24 % (Gesamtbevölkerung: 18,5 %, alleinlebende Pensionisten: 14,4 %) überdurchschnittlich hoch (vgl. Statistik Austria 2012).

Menschen mit Migrationshintergrund gehören in Österreich überdurchschnittlich oft den sozial benachteiligten Schichten an, die aufgrund ungünstigerer Rahmenbedingungen auch früher und stärker gefährdet sind, pflegebedürftig zu werden. Durch strukturelle Benachteiligung sind Menschen mit Migrationshintergrund verhältnismäßig stärker von Krankheit und schlechten Wohnsituationen betroffen (vgl. Pfabigan 2008, 109). Des Weiteren zeigen Untersuchungen, dass Migranten und Migrantinnen seltener Pflegegeld zugesprochen bekommen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Und selbst im Falle der Zuerkennung werden sie eher in niedrigere Pflegestufen kategorisiert. Ein ähnliches Ungleichverhältnis bei der Pflegegeldeinstufung findet sich zwischen Frauen und Männern (vgl. Lindner 2012, 101–102).

3.3.2 Soziale Ungleichheit bei pflegenden Angehörigen

Das Recht, pflegen zu können, aber auch das Recht, nicht pflegen zu müssen, ist nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gegeben. Der soziale Status wie auch der Lebensstil spielen eine wichtige Rolle für die Bereitschaft, informelle Betreuungs- und Pflegeleistungen zu übernehmen. Der soziale Status in Kombination mit dem persönlichen Lebensstil kann soziologisch als „soziales Milieu“ beschrieben werden. Soziale Milieus fassen also Individuen zu gesellschaftlichen Gruppen zusammen, die sich in ähnlichen Lebenslagen befinden. Für den Bereich der informellen Pflege lässt sich folgendes sagen: Je niedriger die gesellschaftliche Position, gemessen an Einkommen, Bildung und beruflicher Position, und je „vormoderne“ der Lebensstil ist, desto eher wird die Versorgung bedürftiger Angehöriger selbst übernommen (vgl. Blinkert/Klie 2008).

Wie schon beschrieben wurde, ziehen pflegende Angehörige eher professionelle Dienste zur Hilfe heran, wenn sie über ein eigenes Einkommen verfügen und gut gebildet sind (vgl. ÖBIG 2005, 32). Für einkommensschwächere Gruppen spielt die finanzielle Situation eine überdurchschnittlich hohe Rolle, da es schlichtweg oft nicht leistbar ist, professionelle Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen und so die eigene Belastung zu reduzieren (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 144 f. zit. in: Lindner 2012, 101).

Die Unterschiede bei häuslichen Pflegearrangements in verschiedenen sozialen Milieus gehen aber noch viel weiter, wie eine Studie für Deutschland klar belegt (vgl. Heusinger/Klünder 2005): Die sozio-ökonomische Lage verbunden mit bestimmten Einstellungen, Werten und Erwartungshaltungen beeinflusst demnach

das Ausmaß, in dem medizinisch/pflegerisches Wissen vorliegt, den Grad, mit dem staatliche Unterstützungsleistungen ausgeschöpft werden, den Zeitpunkt und Ausmaß einer Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen, den Umgang mit Health Professionals, der Hilfsmittelausstattung, der Art der Unterstützung, die von sozialen Netzwerken bezogen wird, und die Grenzen der familiären Pflege. (Lindner 2012, 103).

3.3.3 Geschlechterungleichheit

Informelle Pflegearbeit ist unbezahlt und wird überwiegend von Frauen übernommen. Da durch sie auch die eigene Erwerbstätigkeit, die die Grundlage für die soziale Absicherung im Alter darstellt, oft eingeschränkt oder aufgegeben wird, stellt sie ein Armutsrisiko dar. So ergab eine Studie, dass in Österreich von jenen Hauptpflegepersonen, die über kein eigenes Einkommen verfügen, 91 % weiblich sind (vgl. ÖBIG 2005, 18–19).

Die Geschlechterungleichheit bei Care-Tätigkeiten hat auch eine internationale Ungleichheitsdimension: die Lücke zwischen dem zunehmenden Pflegebedarf und der abnehmenden informellen Pflegeressourcen wird vielfach dadurch geschlossen, dass Frauen aus niedrigeren sozialen Schichten

bzw. ärmeren Herkunftsländern Aufgaben in wohlhabenderen Haushalten übernehmen und diese dadurch entlasten. Als Folge entsteht jedoch wiederum eine Care-Lücke in der Herkunftsfamilie der Care-Arbeiterin.

Soziale Ungleichheit und Armut in Betreuung und Pflege in Österreich sind hochrelevante Themen, die unmittelbar mit dem „guten Leben“ zu tun haben. Gleichzeitig handelt es sich um von der Armuts- und Sozialforschung noch kaum untersuchte Felder, weswegen wenige belastbare Daten vorhanden sind. Hier besteht großer Forschungsbedarf.

Klar ist, dass die Gefahr besteht, dass zukünftig gute Betreuung und Pflege noch stärker als bisher zu einem knappen Gut werden könnten, wenn dem nicht entschieden politisch und gesellschaftlich gegengesteuert wird. Die Folgen, beispielsweise in Form von Kostensenkungen, Rationalisierung, Verdichtung von Leistungen und (Re)kommodifizierung im Sorge- und Versorgungsbereich treffen sozial schwächere Gruppen ungleich stärker (vgl. Bauer/Bücher 2008, 18).

3.4 Zusammenfassung

Betreuungs- und Pflegetätigkeiten dienen der Befriedigung und Sicherung menschlicher Grundbedürfnisse durch personennahe, sorgende Dienstleistungen. Die subjektive Bedürftigkeit des Einzelnen ist beim pflegerischen Handeln entscheidend und der zwischenmenschliche Bereich spielt eine wichtige Rolle. Bei der Altenpflege handelt es sich in der Regel um Langzeitpflege, die zeitlich im Alltag und räumlich im Wohnbereich der pflegebedürftigen Menschen stattfindet.

Das österreichische Pflegesystem kombiniert Geld- und Sachleistungen, wobei Geldleistungen in Form des Pflegegelds den Kern des Systems bilden. Der Pflegebedarf wird nicht auf Basis der tatsächlich im speziellen Fall vorliegenden Erfordernisse erhoben, sondern aufgrund von Richt-, Mindest- und Pauschalwerten bestimmt. Diese beziehen sich rein auf pflegerische Tätigkeiten, ohne den Grund für den pflegerischen Unterstützungsbedarf zu berücksichtigen.

Das österreichische Pflegesystem setzt nach wie vor stark auf pflegende Angehörige. Die meisten Betreuungs- und Pflegeleistungen werden also zuhause erbracht, und viele pflegende Angehörige nehmen keine professionellen Dienstleistungen in Anspruch.

Professionell Pflegende erfuhren lange wenig öffentliche Anerkennung, da Pflegearbeit als private Aufgabe verstanden wurde. Mittlerweile ist es sowohl zu einem Wandel des Berufsbildes als auch zur Wahrnehmung seiner Wertigkeit gekommen, wenngleich Effizienzorientierung, Kosteneinsparung und Rationalisierung den Druck auf professionelle Pflegende ständig erhöhen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Bedarf an Arbeitskräften in der professionellen Langzeitpflege stark steigen wird. In der österreichischen Versorgungslandschaft besteht eine starke Fragmentierung hinsichtlich der Zuständigkeit und Kompetenz verschiedener Kosten- und Leistungsträger. Insbesondere sind das Gesundheitssystem und das Sozialwesen unzureichend aufeinander abgestimmt.

Sozial benachteiligte Menschen entwickeln durch ungünstigere Bildungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen oder geringeres Gesundheitswissen und -bewusstsein vermehrt chronische Krankheiten und Behinderungen, und sie werden eher bzw. früher pflegebedürftig. Zusätzlich erzeugt die Art und Weise, wie Pflege in einer Gesellschaft organisiert ist, neue Ungleichheiten. Dies gilt sowohl für Menschen mit Pflegebedarf als auch für pflegende Angehörige, die in den allermeisten Fällen weiblich sind.

4 ASPEKTE DES GUTEN LEBENS MIT BETREUUNG UND PFLEGE

Schon in den bisherigen Überlegungen zeigte sich deutlich, dass dem guten Leben, wie es in der katholischen Soziallehre verstanden wird, in der Auseinandersetzung mit dem weiten Feld der Pflege ein wichtiger Platz zukommt. Es sollte ein wichtiges Ziel persönlicher aber auch institutioneller Bestrebungen sein, einen Umgang mit der menschlichen Verwundbarkeit zu finden, der ein möglichst gutes Leben aller Beteiligten zulässt. Um diesem Befund mehr Gehalt und Praxisnähe zu verleihen, wurden für diesen Bericht viele Gespräche mit Menschen geführt, die auf die eine oder andere Weise mit der Pflege in Verbindung stehen. Pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige, professionell Pflegende sowie Ehrenamtliche wurden nach ihren Erfahrungen hinsichtlich des Themas dieses Berichts befragt. Auf diese Weise ergab sich ein vielfältiges Bild, wie die Betroffenen ihre Situation wahrnehmen, was ihnen tatsächlich wichtig ist und welche Herausforderungen sie mit der Pflege (bedürftigkeit) verbunden sehen. Ihre Einschätzungen, zusammen mit den Punkten, die im ersten Teil ausformuliert wurden, bilden die Grundlage für die folgende Darstellung.

4.1 Übergänge und Altersbilder

Menschen altern unterschiedlich. Je nach genetischer Disposition, sozialem Umfeld und einer Vielzahl anderer Faktoren gestalten sich Lebensläufe individuell verschieden. Dazu gehört, dass der Eintritt von Pflege- bzw. Betreuungsbedarf im Alter keinen allgemeingültigen Regeln folgt. Zeitpunkt und Intensivität weichen von Person zu Person erheblich ab. Manchmal kommt es durch einen plötzlichen Einschnitt zu abrupten Änderungen, manchmal verlaufen die Veränderungen schleichend und kontinuierlich über viele Jahre hinweg. Fest steht aber, dass es für die betroffenen Menschen und ihr Umfeld von Bedeutung ist, sich auf die sich ändernden Umstände einzustellen. Die positive Bewertung der neuen Lebenssituation trägt wesentlich dazu bei, dass man sein Leben qualitativ einschätzt. Schafft man es, im Alter eine Identität zu entwickeln, die für einen selbst stimmig ist? Oder unterhält man ein Selbstverständnis, das in erster Linie von negativen Zuschreibungen geprägt ist? Diese Punkte haben natürlich viel damit zu tun, was man selbst unter einem guten Altern versteht und wie man sich innerlich auf neue Situationen einstellen kann. Und dies ist wiederum geprägt von gesellschaftlichen Menschen- und Altersbildern sowie vom sozialen Umfeld, in dem man sich befindet (vgl. Punkt 2.3). Zusätzlich kann ganz im Sinne der katholischen Soziallehre darauf hingewiesen werden, dass die eigene Identität sowohl von inneren als auch von äußeren Quellen abhängig ist (vgl. Punkt 1.2). Folglich hängt Identitätsarbeit im Alter ebenso sowohl vom Umfeld als auch von den eigenen inneren Einstellungen ab, die zusammenspielen müssen, um ein gutes Leben im Alter zu ermöglichen.

Erlebt man die Änderungen als stimmig und so, wie sie dem eigenen Verständnis nach sein sollen, ist es in der Regel einfacher, sich darauf einzustellen. So antwortete Frau Huber⁹ auf die Frage, wie sie damit umgeht, dass sich ihr Handlungsspielraum eingeschränkt hat:

Ja, das tut einem schon sehr weh. Weil früher bin ich schon viel unterwegs gewesen. Aber jetzt muss ich halt schön daheim bleiben. (Lachen) Nachmittag gehe ich nur eine halbe Stunde spazieren oder ins Kaffeehaus. Und dann tu ich sitzen, natürlich bin ich fester geworden, dicker geworden. Ich tu nur Rad fahren und im Bett mache ich meine Übungen, aber ich müsste mehr Sport betreiben. Aber ich sage Ihnen ehrlich, ich bin schon faul. ... Und mit 89 Jahren darf man es ja sein, gell?

⁹ Die verwendeten Namen entsprechen nicht den tatsächlichen Namen der interviewten Personen.

In dieser Aussage spiegelt sich wider, dass Frau Huber mit ihrer Situation durchaus Verlust-erfahrungen verbindet. Doch sie bewertet die Verluste als typisch für ihre Lebensphase und schafft es, sich mit ihnen zu arrangieren. Deutlich zeigt sich diese Haltung auch an folgender Interviewstelle, an der Frau Huber ihre Erfahrungen in der Pflege Angehöriger schildert und darüber ihren eigenen Platz im Ablauf der Zeit definiert.

Wir haben immer eine große Familie gehabt und Angestellte und ... ich hab meine zwei Mütter gepflegt. Ich habe meine Schwiegermutter gepflegt, die ist auch über 80 Jahre alt geworden. Ich habe meine Mutter gepflegt, die hat da auswärts oben gewohnt. Da habe ich glaube ich, da habe ich es auch gut gemacht. Die waren beide sehr zufrieden. Und jetzt bin ich an der Reihe. Ich hoffe, es geht noch ein bisschen. Nächstes Jahr habe ich den 90er. Und so tue ich was ich kann. Und wenn es auch ein bisschen schwer fällt, denke ich mir, nur nicht nachlassen.

Hinzu kommt, dass sich Frau Huber im Vergleich zu anderen betagten Menschen in ihrem Umfeld als privilegiert betrachtet. Sie ist mit Unterstützung einer Hilfsorganisation in der Lage, in den eigenen vier Wänden zu leben und ist geistig fit, wofür sie sehr dankbar ist.

[...] man muss da wirklich in dem Alter, denk ich mir immer, die [BewohnerInnen des Pflegeheimes] sind alle schon geistig daneben. Und ich kann sogar das Gedicht noch machen. Ich habe mir gedacht, (Lachen) jetzt habe ich mir gedacht, jetzt probier ich es. Also muss man da wirklich zufrieden sein und dem Herrgott danken.

Ihre Lebenssituation entspricht somit in etwa dem, was sie sich unter einem guten Leben eines Menschen ihres Alters vorstellt. Die Folge ist Zufriedenheit und Dankbarkeit, Haltungen, die zu ihrer hohen subjektiven Lebensqualität im Alter beitragen.

Wesentlich schwieriger gestaltet sich die Situation einer anderen Interviewpartnerin, Frau Dorfer. Ihr Lebenslauf entspricht nicht ihren Vorstellungen, denn sie ist krankheitsbedingt schon mit knapp über sechzig auf Betreuungsleistungen angewiesen.

Das war eine Umstellung und ist noch immer eine Umstellung. Das ist ... man kann nicht begreifen, dass man plötzlich nicht mehr so viel schafft irgendwie. Weil, ich weiß nicht, der Motor, den man drinnen hat, der will so in dem Tempo weitertun, der Tag hat 24 Stunden gehabt, gearbeitet haben wir oft 16 davon, und dass das plötzlich anders ist, das, das greift man nicht so gut.

Hier werden gewichtige Veränderungen angesprochen, die an einem positiven Selbstbild nagen können, wenn ein Ideal hochgehalten wird, das sich an Produktivität und Leistungsmaximierung orientiert. Die eigenen Maßstäbe passen plötzlich nicht mehr zur wirklichen Situation, es kommt zu Enttäuschungen und Frustration. Es besteht also eine spezielle Herausforderung darin, sich darauf einzustellen, dass nicht mehr „alles geht“ und dass der Alltag anders zu gestalten ist – eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe.

Damit Frau Dorfer ihr Leben als ein gutes einschätzt, bedarf es der Identitätsarbeit. Nur wenn sie es schafft, ein neues Lebenskonzept zu entwickeln, das von einem anderen, langsameren Rhythmus geprägt ist als sie es früher gewohnt war, wird es ihr gelingen, ein positives Selbstbild zu erlangen. Hier kann das soziale Umfeld auf vielfältige Art und Weise dazu beitragen, dass sie in dieser Entwicklung unterstützt wird. Eine gezielte Begleitung in schwierigen Situationen, die über medizinische Aspekte hinausgeht und psychologische bzw. seelsorgerische Elemente integriert, kann einen Unterschied in

der Selbstwahrnehmung machen. Darüber hinaus ist es auf gesellschaftlicher Ebene wichtig, bewusst zu machen, dass es unterschiedliche Lebensverläufe gibt (vgl. Punkt 2.2). Die Verletzlichkeit des Menschen führt in manchen Fällen eben schon relativ früh dazu, dass die entsprechenden Personen auf Unterstützung angewiesen sind. Das hat jedoch nichts mit Faulheit zu tun, sondern kann durch verschiedene Faktoren entstehen, die oft außerhalb individueller Entscheidungsmacht liegen. Dies einzusehen, ist einerseits für gesellschaftliche Altersbilder wichtig. Denn allzu oft herrscht das Bild vor, dass man im erwerbsfähigen Alter noch nicht „alt“ sein kann und dass diesbezügliche Unterstützungsmaßnahmen unangemessen sind. Andererseits ist es für die Selbstwahrnehmung der Betroffenen entscheidend, denn in der Regel leiden sie am meisten darunter, wenn sie gewohnte Standards nicht mehr einhalten können und das Gefühl haben, anderen zur Last zu fallen. Dazu äußert sich eine andere Gesprächspartnerin, die mit einem belastenden Übergang in die Betreuungsbedürftigkeit konfrontiert war:

[...] am Anfang muss man sowieso kämpfen [...] dass ich jetzt [...] ein unnützes Mitglied der Gesellschaft bin. Es muss für mich bezahlt werden, ohne dass ich arbeite und so, das hat mich auch so bedrückt. Das hat mich sehr bedrückt.

Widmen wir uns nun einem anderen Gesprächspartner, dessen Leben von manueller Arbeit geprägt war und der in relativ hohem Alter durch einen Schlaganfall plötzlich stark und irreversibel pflegebedürftig wurde. In seinem Fall war der Übergang von einem Alltag, der selbständig bewältigt wurde, zu einem, der auf Unterstützung angewiesen ist, abrupt und unvorhergesehen. Zusätzlich verknüpft er die Idee eines guten Lebens sehr stark mit der Fähigkeit, manuelle Arbeit zu verrichten. Leistung ist ein Schlüsselbegriff in seinem Selbstbild, der auch im Alter seine Geltung behält. Unter diesen Umständen hat er massive Schwierigkeiten, sein Selbstbild mit den aktuellen Gegebenheiten in Einklang zu bringen – seine Identität ist ins Wanken geraten, Frustration und innere Leere sind die Folge:

Ich sage, nein. Mich freut das Leben nicht mehr so richtig. Ich räume mich nicht weg jetzt, ich bleibe wie ich bin, nicht, aber ... Für nichts. Ich bin so ... leer [...] Früher alles angepackt und alles gemacht [...] Birnen raus, [...] alles gemacht, mein Gott, nein.

Vor diesem Hintergrund hat Herr Wallner das Gefühl, seine Zeit ohne bedeutsame Tätigkeiten zu verbringen, obwohl er im Pflegeheim durchaus in Aktivitäten eingebunden ist. Der plötzliche Einschnitt samt den Verlusten, die damit verbunden sind, dominiert sein Denken, sein Selbstwertgefühl ist deshalb äußerst niedrig:

I:¹⁰ Aber so die Umstellung von daheim auf hier, wie sind Sie damit umgegangen?

B: Ja, ja, was soll ich machen. Wisst's eh, wenn einen alles verlässt, alles. Schwer.

I: Dass man nicht mehr alles selbst machen kann, oder?

B: Das kann man sich gar nicht vorstellen, wie deppert das man dasteht. Mit den Händen und mit den Füßen.

Natürlich ist es sehr schwierig für Herrn Wallner, mit dieser Situation zurechtzukommen. Umso wichtiger ist es, dass er auf verschiedenen Ebenen begleitet wird. Dazu gehört, seine vorhandenen Ressourcen zu stärken, zu denen beispielsweise seine Fähigkeit gehört, Beziehungen zu knüpfen und zu unterhalten. Denn in diesem Lebensbereich ist Herr Wallner nach wie vor gut verankert:

¹⁰ „I“ steht für InterviewerIn, „B“ für Befragte, „P“ für Pflegenden.

I: Gibt es sonst noch jemanden, der öfter vorbeikommt?

B: Ja, Freunde [...]

P: Da gibt es eine ganz eine nette Männerrunde, gell, die schon seit vielen Jahren sich treffen, ohne die Frauen dabei. Und die Männerrunde hat den Herrn Wallner nicht vergessen. [...]

I: Und was tun Sie da, was passiert dann?

B: Arbeit nicht. [...]

I: Ratschen tun Sie da, oder?

P: Mhmm, und ein Glaserl Wein trinken.

B: Ja, da sag ich zur Schwester, krieg ich mal ein Glaserl.

P: Genau, ein Glaserl am Tag, gell.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Herr Wallner erst seit relativ kurzer Zeit mit den aktuellen Einschränkungen konfrontiert ist. Mit der richtigen Begleitung ist es sehr wohl möglich, dass er seine Situation anders deutet und wieder an Lebensqualität gewinnt. Wie uns ein Seelsorger erzählte, hat er schon oft beobachtet, dass Menschen beim Eintritt in ein Altenheim sehr unglücklich, ja geradezu depressiv sind. Haben sie sie sich jedoch an die neue Umgebung gewöhnt, treten dann auch wieder viele Verbesserungen auf.

Damit ist nicht gesagt, dass der Gemütszustand von Herrn Wallner zu bagatellisieren ist. Vielmehr zeigt sich, dass abrupte Übergänge zu massiven persönlichen Krisen führen können. Umso wichtiger ist es, dass man in dieser Zeit eine Begleitung erfährt, die verschiedene Ebenen des Menschseins anspricht. So ist es durchaus möglich, dass wieder ein Zustand der Zufriedenheit erreicht wird. Gerade in solchen Phasen der Krise zeigt sich, dass Betreuung und Pflege wesentlich mehr umfasst als die Befriedigung eines „objektiven“, aus Krankheitsbildern abgeleiteten, „Bedarfs“ (vgl. Punkt 3.1), sondern auch für die Gestaltung guter Übergänge zuständig ist. Gleichzeitig ist zu betonen, dass Einschränkungen nicht von jedem Menschen gleich verarbeitet werden. Wohingegen manche sich relativ schnell darauf einstellen, ist es für andere ein Prozess, der nie wirklich abgeschlossen ist. In der Regel dürfte es aber einfacher sein, wenn rechtzeitig ein Lebenskonzept entwickelt wird, das den Selbstwert nicht in erster Linie an Leistung bindet, sondern auch Raum lässt für Zeiten der Ruhe und den Blick nach innen. Die Einsicht, dass menschliches Leben verletzlich und wertvoll ist, auch wenn der Leistungszenit überschritten ist, ist gerade für ein positives Selbstbild im Alter von entscheidender Bedeutung.

Übergänge in die Pflegebedürftigkeit können speziell im sehr hohen Alter davon geprägt sein, dass es immer weniger Menschen im direkten sozialen Umfeld gibt, wie Frau Kutscher bemerkt:

Dann habe ich einen Unfall gehabt und dann [...] braucht man natürlich jemanden und ich habe in meiner Familie leider keine Stütze gehabt. Weil mein Neffe, weil alle berufstätig waren, sagen wir so, meine Mutter ist gestorben mit 62, mein Vater mit 58, meine Schwester mit 84 und mein Bruder mit 67, also ich bin übrig geblieben, nicht. Von der Schule ist fast niemand mehr.

Durch diese Entwicklungen und ihren Wunsch, in den eigenen vier Wänden zu verbleiben, ist Frau Kutscher viel alleine, und sie lebt ihr Leben ohne starke soziale Einbettung, was laut ihrer Auskunft in Ordnung für sie ist. Dennoch sollte man darauf hinweisen, dass in sehr vielen Fällen Aktivitätsangebote für betagte Menschen auf große Beliebtheit stoßen und die Lebensqualität erhöhen, wie uns Herr Baumgarten berichtete, der schon seit Jahren ehrenamtlich und seelsorgerisch tätig ist:

Naja, vor allem würd ich sagen, dass sie doch ein sehr breites Angebot an Aktivitäten haben. [...] Weil das Tödlichste in solchen Heimen ist ja die Langeweile. [...] Diejenigen, die an den Aktivitäten teilnehmen, das sind meistens die, die sehr zufrieden sind. Und die, die sich von diesen Aktivitäten ausschließen, die also nur am Zimmer hocken und nirgends mittun, das sind diejenigen die dann halt immer wieder irgendwas zum Aussetzen wissen.

Dieser Hinweis spricht zwei sehr wesentliche Punkte an. Erstens deutet er darauf hin, wie wichtig es ist, soziale Übergänge zu gestalten. Durch ein angemessen eingerichtetes Umfeld können Menschen mit Pflegebedarf neue Bekanntschaften machen und soziale Beziehungen leben. Gibt es im ursprünglichen sozialen Umfeld keine oder nur mehr sehr wenige Kontakte, zu denen Beziehungen möglich sind, ist das nicht gleichbedeutend mit Einsamkeit im Alter. Denn die Einbettung in geeignete Netzwerke ermöglicht neue Anknüpfungspunkte für das soziale Leben, die in der Regel von den Betroffenen wertgeschätzt werden. Natürlich gilt hier, dass Menschen mit Pflegebedarf in die entsprechenden Prozesse eingebunden werden müssen und dass man mit „Zwangsbeglückungen“ vorsichtig umgehen muss. Doch die Eröffnung von *Möglichkeiten* zur sozialen Teilhabe ist mit Sicherheit ein wichtiger Beitrag dazu, dass Übergänge gelingen können. Zweitens macht er darauf aufmerksam, dass es für ein gutes Leben in Pflegebedürftigkeit zweifelsohne das Zutun der Betroffenen braucht. Die Aufforderung der katholischen Soziallehre, gemäß seinen Fähigkeiten Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen, gilt für alle Lebensphasen – das Alter eingeschlossen. Dabei gilt es zu beachten, dass viele gesellschaftliche Vorleistungen erbracht werden müssen, damit diese Aufforderung nicht in eine Überforderung mündet, an der betagte Menschen systematisch scheitern müssen. Doch dass das Alter in Verantwortungsbezüge zu stellen ist, gilt als grundlegende Einsicht der Altersforschung (vgl. Kruse/Wahl 2010), die darüber hinaus passgenau mit den Thesen der katholischen Soziallehre harmoniert.

Themen, die mit Übergängen verbunden sind, wurden in unseren Interviews häufig von pflegenden Angehörigen angesprochen. Wie noch an anderer Stelle zeigen wird, wirkt sich die Art und Weise, wie und unter welchen Umständen man zur Pfl egetätigkeit kommt, auf diese Art der Arbeit und die Beziehungen aus, die damit verbunden sind (vgl. Punkt 4.6). Oftmals kommt es zu schleichenden Übergängen und die Betreuungs- und Pflegearbeit wächst allmählich an, bis sie den zentralsten Teil im Alltag der pflegenden Angehörigen einnimmt.

[...] hab zuerst 40 Stunden gearbeitet wie die Kinder klein waren [...] ich hab im Gemeindeamt eben einen Büroposten. [...] Dann hat sie [die zu Pflegenden] einmal eine Unterleibsoperation gehabt, im Garten nichts mehr tun können, dann hab ich gesagt, das muss auch wer tun. Ich kann nicht ganztags arbeiten gehen und alles versorgen. Dann hab ich reduziert auf 30 Stunden und dann hab ich auf 20 Stunden reduziert. [...] direkt wegschmeißen tu ich meinen Job jetzt auch nicht. Weil jetzt sind noch ein paar Jahre zur Pension und dann hab ich einmal eine Pension. Und jetzt kämpf ich aber schon gescheit, dass es immer geht.

Dauert die Phase der Pflege lange an, verändert sich nicht nur die Situation des zu Pflegenden, sondern selbstverständlich auch die des pflegenden Angehörigen. Es kann zu Umstellungen in seiner Perspektive sowie zu Zukunftsängsten kommen, die zum Teil durch das eigene Altern bedingt sind.

Aber jetzt denk ich mir einfach selber mit meinen Bandscheibenproblemen, mit meinem Tinnitus was ich schon hab und so, schaff ich das, schaff ich das, schaff ich das? Wer weiß wie es einmal wird? Schaff ich das? [...] das sind halt dann schon irgendwo meine Zukunftsängste ... die sind manchmal ärger, dann wieder weniger.

Es ist also notwendig, sich damit zu beschäftigen, ob die derzeitige Situation auf Dauer aufrechterhalten werden kann oder ob Alternativpläne und Änderungen angedacht werden müssen, die für alle Beteiligten ein gutes Leben ermöglichen. Übergänge sind folglich nicht nur am Beginn einer Pflegebeziehung fordernd, sondern genauso dann, wenn die Pflege des Angehörigen zur Überforderung wird.

Ja, ich weiß nicht, ich hab eigentlich nie den Gedanken gehabt, dass ich es einmal nicht tu [die Pflege]. Es war einfach so, das war unsere Familie. Wir sind zuerst zu sechst gewesen und jetzt naja, so lang es geht. Wie gesagt, ich muss mich abgrenzen, weil ich es an meinem Körper spüre, dass ich das wahrscheinlich, wenn es schlimmer kommt und ich muss sie heben, sie hat 60 kg. Dass ich das wahrscheinlich nicht machen kann ohne Hilfe. Ich muss mir einfach was überlegen, entweder es kommt ein paar Mal am Tag was, kommt wer her, der mir hilft, oder ich muss sie ins Pflegeheim tun, je nach Lage dann.

Darüber stellt sich die Frage, wie die eigene Zukunft zu gestalten ist, damit der Übergang ins Alter zufriedenstellend verläuft. Gerade für pflegende Angehörige, die über viele Jahre hinweg durch die Pflegearbeit – und oft zusätzlich durch Erwerbsarbeit etc. – ausgelastet bzw. überlastet waren, werden mit steigendem Alter Lebensbereiche aktuell, die bisher zu kurz gekommen sind.

Konkret hab ich gestern erfahren, dass ich nächstes Jahr im Juli schon in Pension bin wahrscheinlich (Lachen). Ich hab dann schon gesagt, das erste was ich genießen werde ist, dass ich in der Früh nicht auf die Uhr schauen muss. Oder dass ich ein bisschen beim Frühstück sitzen bleib, weil das kommt äußerst selten vor (Lachen) [...] dass ich mehr Gelassenheit dann krieg. [...] Aber dass wir jetzt auch einmal einen Freiraum haben möchten, weil wir haben jetzt auch Enkerl, dass wir einmal fahren nach Salzburg zum Enkerl, sollte auch drin sein. Weil die Zeit kommt auch nicht mehr.

Damit solche und ähnliche Aspekte eines guten Lebens von pflegenden Angehörigen nicht auf Dauer zu kurz kommen, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen und Ressourcen. Ansonsten führt die Pflege schnell zu Überlastung mit vielen physischen und psychischen Begleiterscheinungen. Die Möglichkeiten zur Gestaltung ihres eigenen Lebens *nach* ihrer Pflegearbeit stehen natürlich in engem Zusammenhang mit der Art und Weise wie informelle Pflege in Österreich gestaltet ist. Und wie sich schon an früherer Stelle zeigte, finden viele pflegende Angehörige Bedingungen vor, die nur einen geringen Spielraum in der Planung ihres weiteren Lebensweges samt seinen Übergängen erlauben.

Hinzu kommt, dass pflegende Angehörige oftmals derart stark in ihrem Alltag verankert sind, dass kaum Zeit bzw. Energie übrig bleibt, um sich der Gestaltung der eigenen Zukunft zu widmen. Exemplarisch dafür kann eine Aussage von Frau Egger herangezogen, die auf die Frage, welche Zukunftspläne sie hat, Folgendes antwortete:

(seufzt) Ich weiß es nicht. Über das hab ich noch gar nicht nachgedacht. (Lachen) ... Ja, dass ich noch länger gesund bleib. Dass ich dann irgendwann, wenn ich jetzt immer sag, das mach ich nachher, das mach ich irgendwann, wenn ich einmal Zeit habe oder irgendwie, ja. Aber ich mein, so bin ich eh zufrieden wie es ist. [...] Ich sag immer, es kommt eh immer so, wie es kommen muss, oder wie ... da kann man eh nicht recht viel machen, oder? Ich kann nicht jetzt schon planen, oder ... jetzt hoff ich, dass ich die Oma noch eine Zeit hab.

Unter geeigneten Bedingungen, wie etwa die Einbettung in ein tragfähiges soziales Netzwerk oder dem Verfügen über ausreichend finanzielle Ressourcen, ist es vermutlich tatsächlich nicht erforderlich,

Planungen für später anzustellen. Doch für zahlreiche Menschen kann der fehlende Blick nach vorne zu unliebsamen Konsequenzen führen. Denn schließlich gibt es auch für pflegende Angehörige ein „Leben nach der Pflege“, das vorbereitet werden will. Bedenkt man die enormen Leistungen, die von diesen Menschen erbracht werden, ist es aber verständlich, dass diese Planungen aufgrund der Übermacht aktueller Herausforderungen hinten angereiht werden. Umso wichtiger ist es, nicht nur Menschen mit Pflegebedarf, sondern auch pflegende Angehörig auf ihrem Weg und bei relevanten Übergängen in ihrem Leben zu begleiten. Ein System, das auf die Leistungen pflegender Angehöriger angewiesen ist, es aber nicht schafft, ihnen die nötige soziale Wertschätzung entgegenzubringen, ist aus ethischer Sicht jedenfalls nicht akzeptabel. Soziale Wertschätzung ist dabei unmittelbar mit Rechten verbunden, drückt sich aber auch in finanziellen Leistungen aus, die man für seine Tätigkeiten erhält (vgl. Honneth 1994). Und auch aus Sicht der katholischen Soziallehre ist klar: Die Übernahme von Verantwortung für seine nächsten ist zwar moralisch geboten, aber gleichzeitig müssten Strukturen gegen sein, die Überforderungen ausgleichen und strukturell bedingte Ausbeutungen an der gesellschaftlichen Basis verhindern.

Wie sich gezeigt hat, sind abrupte Übergänge in die Pflegebedürftigkeit für die selbst betroffenen Menschen eine enorme Herausforderung. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass ähnliches für Angehörige gilt, die plötzlich Pflegetätigkeiten für eine ihnen nahestehende Person übernehmen.

Man kann vieles gar nicht mehr machen [...] also totale Veränderung. Von heute auf morgen. Ich mein, das Jahr war, Aufenthalt Reha und Spital, war auch anders, weil du ihn ständig besuchen fährst und schon planst, wie kommt er heim, du musst umbauen, du musst das machen, also totale Veränderung [...] dann kriegst du ihn heim und dann bist du alleine – Überforderung total. Ich hab das dann zwei Wochen praktiziert und dann hab ich eben die Caritas angerufen. Sag ich, ich kann nicht mehr und das geht nicht. Ich muss sagen, das war dann eine große Unterstützung eigentlich.

Diese Einschätzung zeigt wiederum, dass Übergänge Zeiten der Unsicherheit sind. Das Gewohnte wird aufgegeben, neue Abläufe und Beziehungsformen entstehen. Ein wichtiger Prüfstein für ein gutes Leben in der Pflege für alle Beteiligten ist somit, wie diesen sensiblen Phasen begegnet wird. Und ein Prüfstein für eine gute Gesellschaft ist, inwieweit sie Rahmenbedingungen schaffen kann, dass Menschen an Übergängen begleitet werden und die nötigen Ressourcen vorfinden, um vergangene Lebensphasen abschließen und gestärkt in einen neuen Abschnitt eintreten zu können.

4.2 Selbstbestimmung

Wir erinnern uns: In der katholischen Soziallehre wird Selbstbestimmung als ein grundlegender Wert ausgezeichnet. Menschen werden als aktive Wesen charakterisiert, die in der Welt tätig sind und ihr Leben in eine von ihnen gewollte Richtung lenken können. Sie besitzen die Freiheit, nach ihren eigenen Überzeugungen zu handeln, und sie streben danach, im Einklang mit ihren Werthaltungen zu leben. Doch wie steht es um die Selbstbestimmung in der Pflege? Sehen wir uns zunächst die Situation derjenigen an, die in der Regel mit den größten Einschränkungen konfrontiert sind: Diejenigen, die selbst pflegebedürftig sind. Diese Menschen erleben gezwungenermaßen Einbußen in ihrer Freiheit – ihr Handlungsspielraum wird im Vergleich zu ihrem Leben in jüngeren Jahren in der Regel kleiner. Dennoch, oder vielleicht gerade deshalb, nimmt der Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben eine ganz zentrale Rolle in den Schilderungen unserer InterviewpartnerInnen ein. So hörten wir Sätze wie:

[...] ich mach sehr viel gern selber und möglichst lange möcht ich sehr viel gern selbst machen. [...]. Wir wollen ja alle selbst tun was wir wollen und wann wir wollen. [...] Also ich zumindest schon.

Diese Haltung, möglichst viel möglichst lange selbst tun zu wollen, bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche. Sie kann durchaus mit großen und prägenden Entscheidungen zu tun haben, etwa, was den Wohnort oder die Art der Betreuungsform betrifft, die man in Anspruch nehmen will. Auffallend ist aber, dass oftmals die Erledigung vergleichsweise „kleinerer“ Tätigkeiten im Alltag ein Gefühl der selbstbestimmten Lebensführung auslöst. Details des Alltags entscheiden oftmals darüber, ob man den Eindruck hat, sein Leben noch in der Hand zu haben.

Zum Beispiel der Müll [...]. Alle wollen ihn mir abnehmen. Da sag ich: „Ich bring mir meinen Müll selbst hin! Weil das ist mein Müll und der gehört zu mir!“ Und, eigentlich bin ich stolz, weil ich das noch machen kann, und wenn es der Müll ist.

Natürlich ist es von vielen Faktoren abhängig, welche Tätigkeiten noch ohne Unterstützung durchgeführt werden können. Fest steht aber, dass für viele Personen im sehr hohen Alter eine aktive Alltagsgestaltung mit großen Handlungsfreiheiten möglich ist, wie uns eine 89-Jährige, von der Caritas ambulant unterstützte Frau mitteilt:

Ich stehe um 8 auf, dann tu ich frühstücken, dann tu ich Kreuzworträtseln bis um 9, dann schau ich mir die Nachrichten an. Dann setze ich mich zu meinem Computer. Tu ein bisschen Fotos anschauen oder E-Mails schicken oder so. Dann tu ich eine Viertelstunde Radfahren für meine Gesundheit. [...] Dann tu ich stricken. Das ist vielleicht nicht das Günstigste für mein Alter, aber es ist sehr wichtig. Ich hab so einen Verein gegründet [...]. Da haben wir schon hunderte Hauben und Socken geschickt nach Rumänien.

Diese Art des aktiven Lebens im hohen Alter ist vermutlich nicht für jede und jeden möglich und erstrebenswert, wie wir schon bei der Betrachtung verschiedener Alter(n)stheorien festgestellt haben (vgl. Punkt 2.2). Dennoch wird in dieser Aussage sehr schön deutlich, welche Ressourcen oftmals bereitstehen, die genutzt werden können, um den Handlungsspielraum zu erhalten bzw. zu erweitern.

Selbstbestimmung hat für pflegebedürftige Personen damit zu tun, sich Bereiche zu bewahren, in denen man Kontrolle ausüben kann. In diesem Zusammenhang ist sicher der Wunsch zu sehen, in seinen „eigenen vier Wänden“ alt zu werden, der laut Umfragen vom Großteil der österreichischen Bevölkerung geteilt wird. Denn dort ist, so zumindest das persönliche Empfinden, die größte Kontrollausübung über das eigenen Leben möglich.

Also ich schätze, dass ich noch daheim sein kann. [...] Aber ich gehe oft runter und habe meine Freunde unten [im Seniorenwohnheim], die ich alleweil wieder besuche. Aber ich denke, lauter Schwerkranken, da wird man ja noch schneller ... abgebaut, sozusagen. Nein, also ich hoffe, dass ich noch lange daheimbleiben kann.

Das Gefühl, sein Leben selbstbestimmt zu leben, kann durchaus auch dann gegeben sein, wenn der Bewegungsradius der entsprechenden Person massiv eingeschränkt ist. Das Beispiel von Frau Gruber, die seit sehr vielen Jahren auf Unterstützung angewiesen ist, kann hier als Illustration angeführt werden. Dadurch, dass sie gesundheitlich seit langer Zeit stark mitgenommen ist und in einer Wohnung lebt, die von ihr nur unter großem Aufwand verlassen werden kann, ist sie nur anlässlich einiger weniger Krankenhausaufenthalte nach draußen gekommen. Ihren Alltag verbringt sie fast ausschließlich in einer liegenden Position in ihrem Bett. Rein räumlich betrachtet ist ihr

Handlungsspielraum minimal – er bezieht sich ausschließlich auf ihre engste Umgebung. Und dennoch zeigt sich in ihrer Erzählung, dass sie in vielen Bereichen ihr Leben und das ihrer Umgebung mitgestalten kann.

[...] ich hab die Türöffner für unten, Haustür und für die Wohnung hier [direkt beim Bett], und Rote Kreuz, die Ruhhilfe, sehr wichtig. [...] Viermal bin ich schon gestürzt. Ich, hab die Heizung zu bedienen, elektrische Rollos [...] Telefon da. [...] Und das hier, dieses Technische ist natürlich sehr viel wert für mich [...] ich kann selber noch duschen, weil ich statt der Badewanne eine ebenerdige Dusche gekriegt hab mit, hab 5 Haltegriffe im Badezimmer. Und Klo muss ich stehen aber das hab ich gelernt, jetzt schon 23 Jahre, steh ich schon.

Neben den genannten Tätigkeiten ist Frau Gruber in der Lage, viele Erfordernisse des täglichen Lebens an andere zu delegieren. Auf der Grundlage regelmäßiger Notizen erstellt sie eine Liste mit Aufgaben, die zu erledigen sind. In der Folge gibt sie diese an Freunde, Bekannte und Verwandte weiter, die sich darum kümmern. So werden etwa Rezepte aus der Apotheke und die Pension von der Bank geholt oder die Einkäufe erledigt. Durch diese bewusste und effektive Weitergabe von Aufgaben bestimmt sie somit sehr wohl zu einem großen Teil darüber, was zu welcher Zeit geschieht. Trotz auf den ersten Blick äußerst widriger Umstände hat sie es geschafft, sich große Räume der Selbstbestimmung zu bewahren.

An dieser Stelle ist aber eine große Warntafel aufzustellen, die vor voreiligen Schlüssen bewahren soll: Denn Selbstbestimmung und Kontrollausübung im gewohnten Eigenheim sind von Bedingungen abhängig, die am Beispiel von Frau Gruber deutlich werden. Man braucht ein geeignetes Umfeld, das unterstützend wirkt und Handlungsspielräume schafft. Die bauliche Gestaltung einer Wohnung hat beispielsweise einen großen Einfluss darauf, was pflegebedürftigen Menschen zu tun möglich ist. Aus Studien weiß man, dass gerade in den Wohnungen hochbetagter Menschen zum Teil erheblicher Verbesserungsbedarf besteht. Darüber hinaus ist zu fragen, ob es Möglichkeiten gibt, das Quartier z. B. mit einem Rollator, in einem Rollstuhl oder in einem Bett zu verlassen. Im Fall von Frau Gruber ist dies gerade nicht der Fall, was deutliche Abstriche in ihrer Lebensqualität bedeutet. Darüber hinaus ist der Zugang zu Dienstleistungen in der eigenen Wohnung von entscheidender Bedeutung. Sind die Nahversorgung sowie die medizinische Grundversorgung (Ärztin/Arzt, Apotheke) gesichert? Kann man seine Bank und die Post gut erreichen? Wie steht es um Betreuungsangebote und die Anbindung ans Verkehrsnetz?

Schon aus diesen wenigen Stichworten ergibt sich, dass eine Vielzahl an Punkten zu bedenken ist, wenn man sich über eine weitreichende Selbstbestimmung trotz Pflegebedürftigkeit in den eigenen vier Wänden Gedanken macht. Denn ohne die geeigneten sozialen und materiellen Ressourcen kann es schnell zu Überforderungen kommen. Im Fall von Frau Gruber gelingt es auf beeindruckende Art und Weise, die eingeschränkte Bewegungsfreiheit durch persönliche Kontakte und eine ausgeklügelte Infrastruktur zu kompensieren. Doch eine solche Konstellation ist nicht selbstverständlich. Allzu oft kommt es durch ein für Menschen mit Pflegebedarf inadäquates Umfeld zu Isolation sowie einer mangelnden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Das Ideal der Selbstbestimmung in Situationen zunehmender Verwundbar- und Gebrechlichkeit birgt somit immer auch Gefahren, die es ernst zu nehmen gilt. Von enormer Bedeutung ist hier die finanzielle Situation. Will man sein Umfeld angemessen gestalten, ist das meist mit hohen Investitionen verbunden. Und auch Pflegeleistungen kosten Geld. Das Thema Armut und soziale Ungleichheit wirkt sich somit unmittelbar auf ein selbstbestimmtes Leben in der Pflege aus.

Die bisherigen Ausführungen beziehen sich größtenteils auf die ambulante Pflege. Selbstbestimmung ist aber gerade auch im stationären Bereich ein wichtiges Thema. Die Eröffnung von Freiheiten in einem institutionellen Setting bringt viele Herausforderungen mit sich (vgl. auch Punkt

4.6). Zwei Punkte sind dabei von besonders großer Relevanz. Erstens geht es dabei um die Handlungsoptionen von Menschen, die sich in einem schlechten Gesundheitszustand befinden bzw. durch Demenz in ihren kognitiven Fähigkeiten zum Teil massiv eingeschränkt sind. Wie bereits erwähnt, gibt es eine Tendenz, dass sich in Altersheimen immer weniger „rüstige“ Personen befinden, sondern Menschen, die einen erheblichen Pflegebedarf aufweisen. Selbstbestimmung unter solchen Bedingungen muss folglich anders gefasst werden als es bei kognitiv nicht bzw. nur wenig eingeschränkten Menschen der Fall ist. In solchen Fällen tritt für das pflegerische Handeln ein Aspekt der Selbstbestimmung deutlich hervor, der für das im einleitenden Kapitel dargestellte Menschenbild der katholischen Soziallehre entscheidend ist. Es geht hier nicht in erster Linie um Selbstbestimmung als Vermögen, zwischen verschiedenen Optionen frei und ohne äußere Hindernisse wählen zu können. Genauso wichtig ist vielmehr, dass man durch seine Entscheidungen an einem Selbst arbeitet, das folglich das Zentrum einer bestimmten Lebensform, eines Lebensplanes oder von Zukunftsperspektiven ist. Die Herausforderung für die Pflegenden besteht dann darin, eine Verbindung zur pflegebedürftigen Person und ihrem Selbst herzustellen, das durch Demenz oder andere Einschränkungen schwer zugänglich sein kann. Hier geht es darum, die Interessen der jeweiligen Person zu ermitteln, die eingebunden sind in eine Lebensgeschichte. So kann es beispielsweise durch Biographiearbeit oder Validation bei desorientierten Menschen gelingen, wesentliche Elemente ihrer Identität zu begreifen, was die Rahmenbedingungen für ein gutes Leben in der Pflege erleichtert. So erzählt uns eine Pflegendende aus dem stationären Bereich:

Eine Frau haben wir, die läuft uns nur am Gang herum und die sagt immer „ich will heim“ [...]. Aber das Daheim ist jetzt ihr Zimmer und sie war Pfarrerköchin und der Herr Pfarrer hat auch im Haus im gleichen Stock gewohnt. [...] Und der ist vor Jahren gestorben. [...] wir müssen ihr das immer wieder sagen, „ja, der Herr Pfarrer ist verstorben, sie kann ruhig traurig sein und nachfragen“, das müssen wir jetzt so oft wiederholen bis sie das endlich erledigt hat. Und jetzt z. B. nach dem Abendessen ruft sie schon: Wer bringt mich heim? [...] dann geht wer schon mit ihr und da wird sie schon ins Zimmer begleitet. Und dadurch fängst du dann ab, dass sie abstürzt, dass es ihr ganz schlecht geht [...] Oder wenn sie ganz schlecht drauf ist, ist es am besten du fängst irgendwas zum Summen oder zum Singen an oder zu pfeifen. [...] Das sind eigentlich Hobbys oder Dinge, die sie immer gemacht hat.

Selbstbestimmung hat hier im wahrsten Sinne des Wortes mit einer Verortung des Selbst in einer Lebensgeschichte zu tun, die es durch das pflegerische Tun zu unterstützen gilt.

Der zweite wichtige Punkt hinsichtlich der Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Personen in einem stationären Umfeld betrifft die Art, wie Alten- und Pflegeheime typischerweise organisiert sind. Um den Versorgungsbedürfnissen der Menschen mit Pflegebedarf gerecht werden zu können, bedarf es einer Vielzahl an Regeln und standardisierten Abläufen. Hinzu kommt, dass pflegerisches Handeln oft – notwendigerweise – in die Privat- und Intimsphäre der zu Pflegenden eingreift. Unter diesen Bedingungen ist es ausgesprochen wichtig, „eigene Räume“ zu respektieren, über die Kontrolle ausgeübt werden kann.

Ich klopf immer an, weil das ist einfach wichtig, dass man anklopft und wartet bis dass der ja sagt. Und nicht reinplatzt, weil das gehört einfach dazu, das ist Würde und Wertschätzung. Weil das ist sein Zuhause. Ich trete quasi in sein Zuhause ein.

Ein weiteres Beispiel für Entscheidungsfreiheit im Alltag betrifft die Frage, wer die Körperpflege durchführt. Manche Bewohner und Bewohnerinnen wünschen sich beispielsweise, nur von Pflegenden eines bestimmten Geschlechts gewaschen zu werden. Schafft man es auf einer Station, diesen

Wünschen nachzukommen, entstehen Momente der Selbstbestimmung, die für die Betroffenen als wertvoll erlebt werden können.

Zweifellos ist es wichtig, den Wünschen pflegebedürftiger Menschen nachzukommen. Sie sind in der Regel in einer schwächeren Position als Pflegende oder Angehörige, ihre Interessen durchzusetzen und in höherem Maße auf Schutz angewiesen. Doch klarerweise gibt es Grenzen dieser Wünsche, wie etwa folgende Schilderung einer Mitarbeiterin deutlich macht:

[...] wenn du jetzt eine Mitarbeiterin kriegst, die jetzt z. B. von einem anderen Land ist [...] die Frau [eine Bewohnerin] hat meine Arbeitskollegin [die Mitarbeiterin mit Migrationshintergrund] zusammengepulvert, eine ganz eine Liebe, da hab ich müssen dann reingehen. Das ist auch eine Frau Doktor [die Bewohnerin] [...] die ist ein Programm gefahren [...] „Frau Doktor“, hab ich gesagt, „jetzt muss ich mit Ihnen einmal ein ernstes Wörtchen reden.“ Da hat sie gewusst, hoppla, jetzt kommt was. [...] ich weiß, das ist vielleicht schwer hab ich gesagt, aber ich muss Ihnen sagen, das geht nicht, dass Sie sagen, die [Mitarbeiterin mit Migrationshintergrund] darf nicht kommen und die auch nicht. [...] Sie können jetzt ruhig sauer sein, hab ich gesagt, oder auch nicht, wie sie wollen, aber bitte nicht in so einem Ton mit der Kollegin.

Auch in Situationen der Pflegebedürftigkeit hat man Pflichten gegenüber anderen. Aus Perspektive der katholischen Soziallehre ist man aufgefordert, einen Beitrag zum Gelingen sowohl des eigenen Lebens als auch des Zusammenlebens zu leisten. Selbstbestimmung hat grundsätzlich immer in bestimmten (moralischen) Grenzen zu erfolgen. Sie ist kein Freibrief, ohne Rücksicht auf andere zu tun und zu lassen, was einem beliebt. Natürlich gibt es Krankheiten und kognitive Einschränkungen, die diese Forderung relativieren. Aggressives und rücksichtsloses Verhalten kann Teil eines Krankheitsbildes sein, das tatsächlich keinen Handlungsspielraum erlaubt. In sehr vielen Fällen können Personen mit Pflegebedarf aber sehr wohl Einfluss auf ihr Verhalten und ihre Lebensgestaltung nehmen. Und dann ist ihnen – zumindest bis zu einem gewissen Grad – Verantwortung zuzuschreiben.

Selbstbestimmung ist ein Thema, das für alle Gruppen von Bedeutung ist, die an der Pflege beteiligt sind. Besonders deutlich trat es aber in unseren Interviews bezogen auf die Situation *pflegender Angehöriger* hervor. Diese leisten ja den größten Teil der Pflegearbeit in Österreich – über 80 % der pflegebedürftigen Menschen werden von Angehörigen zuhause gepflegt. Die Belastungen, die dabei entstehen, sind vielfältig. Fest steht aber, dass die Frage, wie trotz der pflegerischen Tätigkeit das eigene Leben gelebt werden kann, als zentral wahrgenommen wird. Denn die Betreuung oder Pflege eines Angehörigen ist eine Aufgabe, die schnell dazu führen kann, dass für die eigenen Interessen wenig Zeit bleibt. So erzählte uns Frau Maier, eine pflegende Angehörige, die ihre Schwiegermutter betreut:

Also das ist für mich die Putzarbeit zusätzlich alles, dass für sie alles versorgt ist. Dann die Einlagen und Windeln wechseln und Klo einfach alles versorgen. Dann die Wäsche, klar. Samstags tun wir immer duschen, maniküren, Finger-, Zehennägel, einschmieren. Also Rückenprobleme, Wirbelsäulenprobleme hat sie schon. Einschmieren jeden Tag. [...] Laufend Medikamente holen und herrichten.

Bedenkt man, dass Frau Maier zusätzlich halbtags berufstätig ist, wird verständlich, dass das Gefühl, über ihr Leben bestimmen zu können, abhanden kommen kann. Interessanterweise und in Einklang mit der katholischen Soziallehre wird Selbstbestimmung von pflegenden Angehörigen dabei in der Regel nicht über eine größtmögliche Handlungsfreiheit definiert. Ihnen ist bewusst, dass Pflegearbeit in gewisser Weise Optionen reduziert und – was die Breite der eigenen Lebenspläne betrifft –

einschränkend wirkt. Diese Einschränkung wird nun nicht als an sich negativ wahrgenommen. Wie sich noch zeigen wird, gibt es auch viele positive Auswirkungen der Pflegearbeit, die sehr wohl wertgeschätzt werden. Problematisch wird es für viele aber, wenn die Pflege das eigene Leben so fest im Griff hat, dass für andere Aktivitäten und Interessen überhaupt keine Zeit mehr bleibt – wenn das Gefühl verlorengelht, das eigene Leben und nicht das eines anderen zu leben.

Klare Grenzen, die z. B. durch räumliche Trennungen markiert werden können, sind in diesem Zusammenhang sehr wichtig. Dazu kann Unterstützung von „außen“, also von professionellen Pflegenden, in der Regel nachhaltig zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen. Dadurch werden Freiräume geschaffen, die gleichbedeutend mit einer Steigerung von Selbstbestimmung sind. Denn oft sind es kurze Phasen der Erholung, die einen wesentlichen Unterschied hinsichtlich der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen machen. Ein paar Stunden Abstand oder auch einmal eine Urlaubswoche zur Erholung lassen die eigene Situation wieder in einem anderen Licht erscheinen. So kann man wieder grundsätzliche Orientierungspunkte finden und sich bewusst an einem Lebensplatz verorten – eine Vorbedingung jeder selbstbestimmten Handlung, wie wir im einleitenden Teil zum guten Leben festgestellt haben.

Pflege ist eine körperlich und psychisch anspruchsvolle Tätigkeit. Es verwundert daher nicht, dass Überlastung auch bei professionell Pflegenden ein wichtiges Thema ist. Es kann durchaus passieren, dass einem die Arbeit „über den Kopf wächst“, was auf Dauer zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen führen kann. Man denke nur an das Burnout-Syndrom, das in Pflegeberufen durchaus weit verbreitet ist (vgl. Domnowski 2010). Um gut mit den Belastungen umgehen zu können, sehen es viele unserer Gesprächspartner als ganz entscheidend an, über die Bedingungen *mitbestimmen* zu können, unter denen ihre Arbeit stattfindet. So kann es etwa vorkommen, dass man mit bestimmten Bewohnerinnen und Bewohnern nicht zurechtkommt. Ist es dann möglich, zu entscheiden, die Pflege für diese Personen abzugeben, wird das als sehr wertvoll wahrgenommen. Die Gründe, warum gelegentlich die „Chemie nicht stimmt“, sind vielfältig. Eine Führungskraft brachte im Interview folgendes Beispiel:

Wenn jetzt jemand eine Geschichte hat, wo mein Vater Alkoholiker ist und ich muss dann einen Alkoholiker pflegen, diese Personen haben ein Problem damit. Und das muss ich einfach als Organisation respektieren.

Hier wird deutlich, dass die Mitsprache für eine gute Organisationskultur zentral ist. Selbstbestimmung heißt aber auch hier nicht, willkürlich und in größtmöglicher Freiheit zu tun, was man will. Vielmehr geht es darum, unter Angabe von guten und nachvollziehbaren Gründen mitentscheiden zu können. Und diese Gründe sind immer mit der Geschichte eines besonderen und bestimmten Menschen verbunden. Ein weiterer Punkt, der in diesem Zusammenhang angesprochen wurde, betrifft die Gestaltung der Arbeitszeiten. Erlauben es die Rahmenbedingungen, Stunden zu reduzieren, wenn es von Mitarbeiterseite als sinnvoll empfunden wird, kann das die Arbeitsqualität und damit auch die Lebensqualität erhöhen. Flexible Regelungen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind ganz klar zu empfehlen.

Diesen Vorteil haben alle unsere Mitarbeiter, zu sagen, mir wird das zu steil, ich schaffe das nicht mehr. Ich möchte jetzt einmal befristet für drei Monate nur 20 Stunden arbeiten. Das geht durchaus, ja.

Es ist festzuhalten, dass professionell Pflegenden eine Balance zwischen beruflicher Tätigkeit und Erholungsphasen in der Freizeit finden müssen, um ihren Beruf langfristig mit der nötigen Kraft und

Motivation ausüben zu können. Wie dies im Detail aussieht, welche Aktivitäten die nötige Entspannung bieten und welcher Arbeitsumfang als bewältigbar wahrgenommen wird, ist individuell verschieden. Dass die richtige und selbst gestaltete „Work-Life-Balance“ ein wichtiger Aspekt des guten Lebens von professionell Pflegenden ist, spiegelt sich aber in beinahe allen Interviews wider. Den passenden Ausgleich zu finden, ist für viele eine Herausforderung, die selbstbestimmtes Denken und Handeln erfordert, wie folgende Schilderung zeigt:

Und das hab ich aber mittlerweile gut gelernt, einfach, dass ich sage, so das ist Beruf und jetzt bin ich privat und dann heb ich kein Handy ab oder sonstiges nicht. [...] ja, man lernt das halt auch, dann aus solchen Sachen, wenn es einem nicht gut geht. [...] Darum bleib ich auch Teilzeit. Und nicht Vollzeit, das könnte ich mir nämlich gar nicht vorstellen.

Insgesamt hat sich in unseren Gesprächen also ergeben, dass Selbstbestimmung für alle betroffenen Gruppen auf verschiedenen Ebenen ein wichtiges Element eines guten Lebens in der Pflege darstellt. Ein weites Verständnis des Begriffes, wie es in der katholischen Soziallehre vorzufinden ist, erweist sich dabei als besonders hilfreich. Wie aus den Interviews hervorgeht, lassen sich dadurch viele Herausforderungen des Pflegealltags begrifflich fassen und auf den Punkt bringen.

4.3 Kontinuität – Alltag – Lebensstil

Menschen gestalten ihr Leben unterschiedlich. Sie haben verschiedene Werthaltungen, Einstellungen und Vorlieben, die sich auf die Art und Weise, wie sie ihr Leben führen – ihren Lebensstil – auswirken. Dieser Lebensstil wird etwa vom sozialen Status geprägt und kann je nach Lebensphase andere Schwerpunkte aufweisen. Wie wir gesehen haben, ist gerade das Alter durch eine Vielfalt an möglichen Lebensstilen und Lebenslagen gekennzeichnet. Doch die vorherrschenden standardisierten Versorgungspfade, die auf teilweise stereotypen Altersbildern beruhen, werden der Vielfalt an Biografien, Ressourcen und Bedürfnissen alt werdender Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf oft nicht gerecht. Das Personalitätsprinzip der katholischen Soziallehre verweist auf das Streben des Menschen, ein Leben zu führen, das zu ihm passt. Der Lebensstil ist somit auch Teil der Identität, ein äußerer Ausdruck dessen, was im Zentrum des eigenen Lebens steht. Betreuungs- und Pflegebedarf ändern an dieser Bedeutung der individuellen Lebensführung nichts Grundsätzliches. Für das gute Leben ist es deshalb unerlässlich, dass das Pflegearrangement sich, soweit möglich, am Lebensstil der Betroffenen orientiert:

Und selber, das hat eigentlich jeder Mensch selber in der Hand, er kann ja im Grunde, wenn jetzt ein Bewohner zu uns ins Haus kommt, der kann jetzt ein Kastl mitnehmen, seinen Lieblingsstuhl, er könnte seine Kaffeemaschine mitnehmen. Er kann eine Hauskatze mitnehmen oder er könnte auch kleine Vögel mitnehmen, also so kleine Tiere, kann er mitnehmen, einfach Dinge die ihm wichtig sind, und selber versuchen, so selbstständig wie möglich selber bleiben. Aber das ist jetzt wie ist er vom Charakter, will er das, ist er so, dass er das unbedingt noch will selber, das hängt auch sehr von der eigenen Mentalität ab. Weil dann kann er auch mitgestalten, weil er kann auch zu Leuten ins Zimmer gehen und er kann Kontakte schließen. Wenn er will, wenn er nicht will, nicht.

Der Lebensstil bietet auch Anhaltspunkte für die in der Person vorhandenen Ressourcen und Potentiale (vgl. Punkt 4.5). Es geht darum, herauszufinden, was in Kontinuität mit der Biografie der jeweiligen Person Freude bereiten und Sinn stiften könnte, wenn vermehrt körperliche oder geistige Einschränkungen auftreten. Ein ehrenamtlich tätiger, pensionierter Herr erklärt uns seine eigene Reflexion darüber, wie er sich seinen Alltag im stationären Kontext vorstellen würde:

Wenn ich nicht mehr fotografieren gehen kann, fühle ich mich natürlich eingeschränkt. Ganz klar. Aber, weil die Fotomotive, die sich mir im Heim bieten, werden doch eher sehr eingeschränkt sein. Aber, ja, das kommt eben drauf an, was man alles hat. Aber ich hab genug Hobbys, auf die ich dann ausweichen kann.

Ein Pflegearrangement, das dem guten Leben dienlich ist, ist nach Klie (2012) lebensweltbezogen, aushandlungsorientiert, ressourcenorientiert und case-management-bezogen. Aus diesen Anforderungen wird deutlich, dass Ansätze und Methoden der sozialen Arbeit gegenüber medizinisch-pflegerischen wichtiger geworden sind. Im pflegerischen Kontext kommt der „Normalisierung des Alltags“ als Handlungsmaxime große Bedeutung zu. Die Alltagsaktivitäten sollen auch bei Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit an Gewohntem orientiert sein und dem Lebensstil der Betroffenen entsprechen. Der Alltag soll also nicht nur von Pflegemaßnahmen dominiert werden, sondern individuell angepasst und flexibel gestaltbar sein. Gleichzeitig soll der alltägliche Rhythmus dem Tag Struktur geben und der pflegebedürftigen Person Betätigungsfelder anbieten. Angesichts des vorhandenen Pluralismus der Lebensstile ist das keine einfache Aufgabe. Wichtig ist, dass Möglichkeiten der Teilhabe vorhanden sind: Spielrunden, Musik, sportliche und künstlerische Aktivitäten usw. waren für viele Menschen sinnstiftende Aktivitäten, aus denen sie auch im Alter Sinn und Freude gewinnen können. Laut den Einschätzungen eines Interviewpartners sind in der Regel diejenigen Personen zufriedener, die es schaffen, aktiv zu bleiben:

[...] weil wenn ich nur mehr da sitz den ganzen Tag und Däumchen dreh und nur mehr nachdenk, was passt mir alles nicht, na dann findet man natürlich vieles, was einem nicht passt. Die anderen [die Aktiven] haben keine Zeit dafür, die unterhalten sich halt lieber.

Es besteht eine politisch-gesellschaftliche Aufgabe, die Lebenswelt so zu gestalten, dass Teilhabe möglich ist. Zwar sind die Lebensstile, Erfahrungen und Erwartungen von alt werdenden Menschen weder einheitlich noch statisch. So werden zukünftig auch Hochaltrige mehrheitlich mit internetbasierten Kommunikationstechniken vertraut sein, was neue Anforderungen und Chancen für die Alltagsgestaltung bei Betreuung und Pflegebedarf mit sich bringt. Jedoch gibt es auch „typische“ Bedürfnisse für alt werdende Menschen, die entsprechende Berücksichtigung brauchen. Eine Dame erklärt beispielsweise, dass die Gestaltung des Fernsehprogramms nicht mehr ihrem Tagesrhythmus entspricht, da sie mittlerweile nicht mehr in der Lage ist, abends lang aufzubleiben:

Ich möchte schon, ich möchte ein gutes Fernsehen. Ein Fernsehen das mir etwas gibt. Und nicht nur die Figuren, die da herumtanzen. [...] z. B. Reiseberichte [...] es gibt tausend Sachen, über die Fische, über die Pflanzen [...]. Und wenn ich so etwas weiß im Fernsehen [...] dann schau ich mir das immer an. Und wenn es nicht zur Nachtschlafenszeit ist ... das können Sie auch reinschreiben, dass für die alten Leute, die Sachen alle zu spät sind.

Wie Angebote für Aktivitäten tatsächlich genutzt werden, ist stark abhängig von der Persönlichkeit, dem Lebensstil und den Gewohnheiten. Das gilt es auch zu respektieren. Je nachdem, ob man eher aktiv oder eher ruhig gelebt hat, können auch die Bedürfnisse im Alter sehr unterschiedlich ausfallen. Die Schwiegermutter einer Interviewpartnerin ruht sehr gern und viel, während andere sich einen mit Aktivitäten ausgefüllten Tagesablauf wählen beziehungsweise beim Fehlen von ausreichend Aktivitäten Unzufriedenheit verspüren. Allerdings besteht auch hier soziale Ungleichheit: Manche Menschen sind „arm“ an Interessen und Hobbys, wie uns ein ehrenamtlich tätiger Interviewpartner erklärt:

Wie gesagt, [in diesem Pflegeheim] ist doch eine gewisse gehobenere Schicht, wo man auch davon ausgeht, dass die mehr Interessen haben, ja die haben eine wunderbare Bibliothek, sie haben Computer, sie haben alles Mögliche. Währenddessen oben [in einer anderen Einrichtung] ja doch eher die unteren Schichten sind, die von sich aus ja gar nicht so viel ja Interessen entwickeln. Oder auch früher nie so viele Hobbys gehabt haben. Die haben gemacht, was gemacht werden hat müssen, aber darüber hinaus ... eben kaum Interessen gehabt haben.

Für diese Menschen ist beispielsweise der Verlust der Arbeitsfähigkeit oder die familiäre Einbindung besonders schmerzhaft. Sie sind daher bei der Suche nach neuen sinnstiftenden Alltagsmomenten stärker auf einfühlsame Begleitung angewiesen, um sich neue Betätigungsfelder zu erschließen. Ein ehrenamtlich Tätiger bringt die von ihm gestaltete Kommuniionsfeier als Beispiel:

Und inzwischen haben wir aber so viele Leute, die was lesen wollen, dass wir also schon wieder zwei Lesungen haben und die Kyrie-Rufe geben wir wem und die Fürbitten geben wir wem und [für] die Meditation nach der Kommunion haben wir jemanden, der es lesen will und eine Dame aus dem Appartement-Bereich, die spielt Orgel [...] sie hat eine Freude dran, sie hat ein ganzes Monat Beschäftigung, wir bringen ihr immer einen Monat vorher bringen wir ihr immer die Lieder, die zum Spielen sind, und kopieren wir es dann aus dem Orgelbuch raus und dann trainiert sie eben das ganze Monat.

Es gibt gute Gründe dafür, anzunehmen, dass einem das, was man in früheren Jahren geschätzt hat, auch im Alter noch wichtig ist. Allerdings soll damit nicht gesagt werden, dass es immer Priorität sein muss, Gewohntes aufrecht zu erhalten. Veränderungen können natürlich auch in dieser Lebensphase inspirierend sein, zum persönlichen Wachstum und zum guten Leben beitragen. Die frühzeitige, bewusste Auseinandersetzung ist diesbezüglich hilfreich und sollte durch entsprechende Beratungsangebote erleichtert werden, um sich über diese Fragen klar zu werden: „Wie möchte ich leben?“, „Soll alles so bleiben, wie es ist oder könnte ich mir auch vorstellen, anders zu leben, wenn das meinen geänderten Bedürfnissen entgegenkommt?“ „Wenn ja, wie ließe sich das planen und umsetzen?“

Ein gutes Beispiel betrifft das Leben in den eigenen vier Wänden.

Die Zufriedenheit ist bei mir, dass ich noch immer in der eigenen Wohnung sein kann. Weil ich da einfach, wenn ich jetzt denke, nur in einem Zimmer im Altersheim, wo du gerade ausschaust, das hab ich von den Krankenhäusern [...] monatelang so wie im Krankenhaus. [...] Und hier bei mir lebt alles, rundherum lebt alles [...].

Damit dieser Wunsch auch umsetzbar sein wird, ist es nötig, frühzeitig die Bedingungen dafür zu gestalten. Einer betreuungsbedürftigen Interviewpartnerin, die zu dieser Zeit noch allein lebte, gibt die Tatsache Sicherheit, dass im Bedarfsfall eine alleinstehende Bekannte zu ihr ziehen würde:

[...] ich habe eine Frau, die schon geschlafen hat bei mir wie ich vom Spital heimgekommen bin. Und die wäre bereit, wieder bei mir zu bleiben. [...] Sage ich, lass mich noch so lange ich kann alleine. Aber dann werde ich sie einmal, da werde ich sie schon nehmen.

Für das gute Leben ist das persönliche Wohnumfeld als emotionaler, sozialer und Handlungsraum ganz entscheidend – es trägt wesentlich dazu bei, einen Lebensplatz zu haben. Kann man sich nicht mit dem eigenen Wohnraum identifizieren oder lehnt man diesen sogar ab, fühlt man sich auch nicht „zu Hause“ (vgl. Hildebrandt. 2012, 195–97). Selbstbestimmt zu wohnen, ist jedoch nicht gleichzusetzen mit

Kontinuität um jeden Preis. Es kann nämlich auch sein, dass eine Veränderung der Wohnsituation der nunmehrigen Lebenslage und den neu gewichteten Bedürfnissen besser entsprechen würde. So kann der Verbleib in der früher gemeinsamen, nun viel zu großen Wohnung für eine Frau nach dem Tod des Ehepartners eine große finanzielle Belastung darstellen, da hohe Miet- und Energiekosten und eine niedrige Pension zusammenfallen. Ähnliche Probleme können auch hinsichtlich der sozialen Kontakte und Teilhabe auftreten. Eine ehrenamtlich Tätige berichtet uns genau von solchen Situationen:

Für die, da kommt sehr oft raus, dass sie schon sehr einsam sind, dass der Tag, was soll sie denn tun? [...] Ich meine, die tut selbst noch herum, ein bisschen putzen und abstauben und solche Sachen, die sie da noch können. [...] sie ist einfach einsam. Und die andere war allerdings in dem Betreuten Wohnen und dadurch, da waren ja mehr Leute, dadurch, da haben sie so bestimmte Treffen gehabt, ich glaub, die hat sich da einfach nach außen mehr Kontakt aufrechterhalten.

In solchen Fällen kann es dem guten Leben also dienlich sein, sich für andere Wohnformen zu öffnen. Man könnte beispielsweise eine Wohngemeinschaft gründen oder in ein betreubares Wohnprojekt ziehen. Zwar weiß man aus aktuellen Studien für Deutschland, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren viel weniger bereit sind, sich wohnlich zu verändern, ein wichtiger Grund liegt jedoch sicherlich darin, dass das Thema in vielen Fällen verdrängt wird und im Akutfall eine so große Veränderung dann überfordernd wirkt. Rechtzeitige Planung scheint hier ein Schlüssel zu sein. Durch attraktive Wohnalternativen und begleitende organisatorische und technische Hilfsangebote kann die Umzugsbereitschaft erhöht werden (vgl. Heinze et al. 1997). Diese Angebote müssten auch der Diversität der Lebensstile Rechnung tragen. Denn jemand, der gern klassische Musik hört, wird sich in einer Seniorenwohngemeinschaft, wo im Gemeinschaftsbereich ständig Volksmusik läuft, vielleicht nicht wohl fühlen. Ähnliches gilt in noch größerem Ausmaß für Menschen mit besonderen Bedürfnissen, insbesondere, wenn es sich um gesellschaftlich benachteiligte oder diskriminierte Gruppen, beispielsweise Homosexuelle, handelt. Für diese ist es wichtig, ein Wohnumfeld zu haben, in dem ihre sexuelle Orientierung akzeptiert und berücksichtigt wird. Hier besteht also eine politische Aufgabe, da aktuell diversitätsorientierte Alternativangebote zu ambulanter und stationärer Betreuung noch ein Nischendasein führen.

Wesentlich ist, dass die betroffene Person sich selbst als diejenige begreifen kann, die die Entscheidung trifft und trägt:

Ob er daheim gepflegt werden kann nur mit der Hauskrankenpflege oder mit der 24-Stunden-Pflege [...] dann wär es halt gescheit, [...] wenn man mit dem Menschen gut reden kann, und dass er selber einsieht, dass er in ein Heim geht. Weil dann kommt es anders zu Stande als wie wenn er einfach da her getan wird und er nicht will.

Wenngleich Autonomie diesbezüglich nicht immer als freie Wahl aus mehreren Möglichkeiten gesehen werden kann, geht es darum, aushandlungsorientiert vorzugehen, um zu einer Entscheidung zu kommen, die als die eigene akzeptiert werden kann (vgl. dazu Punkt 1.2).

Der Umzug in eine stationäre Einrichtung stellt meistens eine große Herausforderung und oft sogar eine traumatische Erfahrung dar, da das gewohnte Umfeld aufgegeben werden muss. Auch wenn Bemühen vorhanden ist, Kontinuität zu schaffen, kommt es unweigerlich zu einem Bruch mit der bisherigen Lebensweise. Rechtzeitige Vorbereitung kann das Ausmaß der Erschütterung reduzieren. Dazu gehört das Einholen von Informationen, der Besuch und Vergleich verschiedener Einrichtungen bis hin zum Probewohnen:

[...] wir [haben] jetzt eine Bewohnerin gekriegt, die hat sich schon vor 10 Jahren angemeldet und jedes Jahr hat sie sich gemeldet, nein, sie bleibt noch daheim. Und voriges Jahr hat sie sich dann entschlossen, weil der Fuß offen geworden ist und ... jetzt ist sie erst ein paar Monate da, ihr Fuß ist schon zugegangen. Jetzt braucht sie nur mehr verbunden werden, da taugt es ihr voll. Und da merkst du einfach, die Leute, die selber reingehen, das ist schon ein bisschen anders.

Alltag wäre nicht Alltag, gäbe es nicht auch sein Gegenteil. Die Durchbrechung der Routine durch das Außeralltägliche und Besondere hat eine wichtige strukturierende Funktion und gehört für viele zum guten Leben. Eine pflegende Angehörige berichtet uns, dass es ihr als Hauptpflegeperson aufgrund des permanenten Kontakts schwerfällt, ihrer Schwiegermutter „besondere“ Erlebnisse zu vermitteln und sie sich deshalb mehr Engagement durch andere Familienmitglieder wünschen würde:

[...] die könnten auch bei der eigenen Mutter oder Schwiegermutter einmal nachschauen, dass der Nachmittag wieder besser vergeht ... Weil wenn ich tagtäglich dabei bin bei allen Mahlzeiten und so, was soll ich ihr immer Neues erzählen? Ich mein, irgendwann ist der Gesprächsstoff aus.

Das Außeralltägliche können also Menschen sein, die man nicht ständig um sich hat, aber auch Feste, Ausflüge oder Ausnahmen von normalerweise gültigen Regeln. In den Interviews wird beispielsweise vermittelt, dass der Besuch durch Freiwillige diese Funktion gut erfüllen kann. Die Gestaltung von außeralltäglichen Erlebnissen gehört jedoch auch zum Aufgabespektrum von Betreuung und Pflege dazu:

Oder so wie heute, nein, gestern hat die Kollegin einen Apfelstrudel mit ihnen gemacht, vor Allerheiligen hab ich einen Allerheiligenstriezel mit den Leuten gemacht. Ein anderes Mal fahren wir mit den Leuten zum Bipa einkaufen mit dem Rollstuhl.

Diese Aspekte kommen jedoch im bestehenden Pflegearrangement in vielen Einrichtungen zu kurz, wenn nicht Ehrenamtliche einspringen. Für ehrenamtlich Tätige kann der Besuchsdienst eine Bereicherung des eigenen Alltags darstellen, der insbesondere beim Wegfallen beruflicher Verpflichtungen Rahmen und Sinn gibt.

Damit ehrenamtliches Engagement funktioniert, ist ein gewisses Pflichtbewusstsein wichtig. Wird eine solche Bindung eingegangen, rechnen pflegebedürftigen Personen damit, dass sie von dieser bestimmten Person besucht werden. Folglich besteht eine Verantwortung auf Seiten der Ehrenamtlichen, Besuchsdienste tatsächlich durchzuführen, selbst wenn man vielleicht im Augenblick auf etwas anderes mehr Lust hätte:

Natürlich ist es manchmal schwierig, ich würde lügen, wenn ich sagen würde, ja ich geh immer mit Hurra. Ja, es gibt schon Tage, wo ich mir denk, nein heute bliebe ich lieber daheim. [...] Muss aber dann sagen, dass ich, wenn ich dann da war, ich dann eigentlich immer froh war, dass ich es doch gemacht hab. Weil man einfach spürt, wie dankbar die Leute dafür sind.

Ehrenamtliche Besucher und Besucherinnen können also hinsichtlich der sozialen Beziehungen betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen Isolation vorbeugen, das dünner werdende soziale Netzwerk außerhalb der Familie auffüllen und gleichzeitig selbst Sinn und Bereicherung erfahren. Voraussetzung dafür ist die grundlegende Fähigkeit, ein Versprechen abzugeben, welches laut Hannah

Arendt als „genau abgegrenzte Insel des Vorsehbaren“ (1994, 240) im Meer der Ungewissheit zu verstehen ist.

Für pflegende Angehörige ändert sich der Alltag durch die Übernahme der Pflgetätigkeit entweder schleichend oder abrupt, in jedem Fall aber fundamental (vgl. Punkt 4.1). In den Interviews wurde einige Mal klar thematisiert, dass weniger Zeit und Möglichkeiten für Hobbys, Urlaub, Beruf und soziale Beziehungen bleiben. Es handelt sich um Aspekte, die wesentlich für den eigenen Lebensentwurf sind. Kontinuität bedeutet hier, sich Räume zu schaffen, um die eigenen Bedürfnisse in die Pflegesituation zu integrieren. Je nach Biografie und Lebensstil können auch die Dinge, auf die man keinesfalls verzichten möchte, sehr unterschiedlich sein und sollten deshalb nicht von außen bewertet werden.

Manchmal tragen auch die Pflegenden selbst dazu bei, belastende Alltagspraktiken, die sich durch die Betreuung oder Pflege etabliert haben, aufrechtzuerhalten. Beispielsweise berichtet eine pflegende Angehörige, dass ihre Schwiegermutter früher jeden Sonntag frischen Kuchen gebacken hat. Obwohl es sie offensichtlich unter Druck setzt, führt sie diese Tradition für ihre Schwiegermutter, die das nun nicht mehr selbst tun kann, fort. In solchen Fällen geht es darum, die eigenen Ansprüche zu hinterfragen und achtsam mit unverhältnismäßigem Perfektionismus oder unpassende Abläufen und Strukturen im Alltag umzugehen, ein Punkt, der noch ausführlich angesprochen werden wird (vgl. Punkt 4.8).

4.4 Wissen und Lernen

Eine zentrale Einsicht der katholischen Soziallehre ist, dass es gut ist, ein besonderer, bestimmter und lebensbesitzender Mensch zu sein. Doch um einen Lebensplatz einnehmen zu können, den man aktiv mitgestaltet, bedarf es einiger Voraussetzungen. Und so zeigten unsere Gespräche in Verbindung mit der Analyse einer Vielzahl von Studien, dass für alle Menschen, die in der einen oder anderen Form mit Betreuungs- oder Pflegearbeit in Kontakt sind, Lernen und Wissen in der Regel einen gewichtigen Beitrag zu einem guten Leben leisten. Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass Menschen immer in soziale Zusammenhänge einbettet sind, von denen sie beeinflusst werden. Auch auf diesen gesellschaftlichen Ebenen, sind, wie sich zeigen wird, Wissen und Lernen zentrale Kategorien, damit eine solidarische Gemeinschaft im Sinne der katholischen Soziallehre entsteht und Bestand haben kann.

Im ersten Teil dieser Untersuchung wurde ja schon deutlich, dass es sich beim Altern um einen sehr komplexen Bereich handelt, zu dem unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen immer mehr Wissen bereitstellen (vgl. Punkt 2.2). Zentral sind in diesem Zusammenhang vor allem zwei Einsichten: Erstens kann man das Alter als eigene Lebensphase mit besonderen, neuen Herausforderungen sehen und zweitens ist es angebracht, individuelle Entwicklungspotentiale anzuerkennen, die man durch entsprechende Vorbereitungen ausschöpfen kann.

Diese Lernprozesse umfassen die Aneignung von Wissen über Alterung und Hochaltrigkeit, die aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und deren möglicher Umsetzung. Es gehört aber auch dazu, sich mit der praktischen Regelung des Pflegearrangements zu befassen, und zwar möglichst schon vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Eine solche Auseinandersetzung hat einerseits mit elementaren Fragen der eigenen Lebensgestaltung und der „Alternsmeisterung“ (Kruse/Wahl 2010, 353) zu tun: Wo und wie möchte ich im Alter wohnen? Was bedeutet Altern für mich und wie kann ich damit umgehen? Aus welchen (alten und neuen) Quellen könnte sich meine Identität bei Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit

speisen? Wie möchte ich an der Gesellschaft teilhaben und was kann und will ich beitragen? Was kann meinem Leben in dieser Phase Bedeutung und Sinn verleihen?

Es geht andererseits aber auch um praktische und organisatorische Fragen, die für die selbstbestimmte Gestaltung dieser Lebensphase und die Möglichkeit, weiter am eigenen Selbst zu arbeiten und auch bei Pflegebedürftigkeit AutorIn der eigenen Entwicklung zu sein, von großer Bedeutung sind: Welche finanziellen und anderweitigen Unterstützungsangebote gibt es? Was ist wichtig, um die eigene Gesundheit, Selbstständigkeit und soziale Einbettung zu ermöglichen? Von welchen Einrichtungen werden welche Förderungen unter welchen Voraussetzungen bereitgestellt? Wie kann ich privat vorsorgen? Welche juristischen Regelungen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht etc.) sind sinnvoll? Welche Adaptierungen der Wohnumgebung kann ich schon präventiv vornehmen (z.B.: Smart-Home-Technik, Notrufhilfe, Sturzprophylaxe)?

Hier ist die Bereitschaft der Betroffenen gefragt, sich diesen Fragen zu stellen. Zusätzlich braucht es entsprechend niedrigschwellige Angebote der Information und Beratung. Wenn die Ressourcen dafür gegeben sind, macht es Sinn, gewisse Betreuungs- und Unterstützungsangebote schon zu nutzen, bevor deren Inanspruchnahme unumgänglich ist, um das Wissen um die beste Selbstpflege zu bekommen und umsetzen zu können. Durch rechtzeitiges Handeln lassen sich in vielen Fällen der Eintritt und das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit stark beeinflussen.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang zu sehen, dass das bestehende Pflegesystem weiterhin zu stark auf Defizite fokussiert statt auf Prävention (vgl. Punkt 3.2). Eine diplomierte Mitarbeiterin im ambulanten Dienst erklärt aus ihrer Erfahrung, dass das gegenwärtige System bei Menschen ohne großen finanziellen Spielraum präventive Betreuung verhindert, da die Pflegestufen nach Defiziten zugesprochen werden:

Dass sie einfach Pflege brauchen würden, aber zu wenige Punkte zusammenbringen, dass Pflegestufe 1 möglich ist. [...] wir kommen halt dann erst, wenn es halt, wenn sehr vieles schon ... den Bach runtergelaufen ist. Die X kenn ich sehr gut, daher hab ich sie dann auch besucht, und gefragt und dann war sie fort auf Reha und dort haben wir eingehakelt und wir haben einmal angefangen, aber genau solche Menschen wie die X gibt es viele oder ich kenne viele und es ist nicht möglich, wenn man z. B. kein Pflegegeld kriegt.

In den Interviews wurde wiederholt deutlich, dass es auch einen enormen Lernprozess für vormals selbstständige Menschen darstellen kann, plötzlich auf Hilfe angewiesen zu sein und diese auch anzunehmen. Eine Interviewpartnerin berichtet:

[...] mir hat eh jede Bewegung und alles so wehgetan und die Tür unten bei der Haustür geht ja ein bisschen schwer [...]. Ich bin da unten gestanden und da ist wer vom Haus raus und hat gesagt: „Kann ich Ihnen leicht helfen?“ Mir war das so peinlich! Hab ich gesagt: „Nein“. Und bleib unten stehen dann wieder und kann nicht rein. Das hab ich dann alles lernen müssen. Das war ein mords Lernprozess. Das hat Jahre gedauert.

Auch für pflegende Angehörige sind Lernen und Wissen von enormer Bedeutung für ein gutes Leben. Wie in vorhergehenden Kapiteln bereits dargelegt wurde, ist Altenpflege eine besondere und auch besonders anspruchsvolle Form der Care-Arbeit, die mit sich ändernden Ansprüchen verbunden ist. Im Vergleich zum Jahr 1950, als Angehörige durchschnittlich acht Monate gepflegt wurden, lag die durchschnittliche Pflegedauer im Jahr 2005 schon bei über acht Jahren (vgl. Hilfswerk 2006). Obwohl die allermeisten pflegebedürftigen Menschen trotz dieser langen Zeitspanne sehr gut versorgt werden, können problematische Folgen in Form von inadäquater oder sogar gefährlicher Pflege und Betreuung aus dieser Belastung resultieren. Vor allem aber ist es die Gesundheit und das Wohlbefinden der

pflegenden Angehörigen, die langfristig gesehen durch die Dauerbeanspruchung in Gefahr sein können.

So ergab eine Befragung unter pflegenden Angehörigen in Österreich, dass fast die Hälfte der Hauptpflegepersonen sich „ab und zu“ überlastet fühlen und mehr als ein Fünftel sogar „häufig“ oder „fast immer“ (vgl. ÖBIG 2005, 42 und Tabelle 113, Anhang 6). Die Gründe sind einerseits bei den Hauptpflegepersonen selbst verortet, wie im Abschnitt 4.5 zum Thema Ressourcen erläutert wird. Andererseits haben sich auf Seiten der alten Menschen mit Pflegebedarf durch die längere Lebenserwartung, die Zunahme demenzieller Krankheitsbilder und multipler, chronischer Erkrankungen mit ungewissem Verlauf sowohl die erwartbare Dauer der Pflegebedürftigkeit als auch die Intensität und Komplexität pflegerischer Aufgaben stark erhöht.

Eine pflegende Angehörige, die durch ihre berufliche Erfahrung als Behindertenbetreuerin viel Vorwissen im Bereich Betreuung und Pflege mitbringt, erklärt:

Und vielleicht ein bisschen übersehen wird, dass die Angehörigen da trotzdem mehr Unterstützung brauchen. [...] weil ich hab das schon da eine, eine Bekannte die nicht in dem Bereich jetzt arbeitet [...], die ist sehr oft gekommen und hat gefragt. Ich hab mir gedacht, also da gehört vielleicht schon noch ein bisschen mehr Wert darauf gelegt, dass sie da ein bisschen dahinter sind. Und noch einmal nachfragen und fragen, wie es ihnen geht. Manche geben es halt dann nicht zu und dann stehen sie ratlos da. Oder trauen sich nicht weg oder so oder sind sich nicht sicher, ob die das jetzt richtig machen.

Außerdem wurden und werden viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen und pflegetherapeutische Konzepte ent- und weiterentwickelt, die die Lebensqualität betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen verbessern können, jedoch auch einschlägiges Fachwissen erfordern.

Das Auseinanderklaffen zwischen der öffentlichen Meinung und den tatsächlichen Anforderungen an die Pflege alter Menschen trägt sicherlich dazu bei, dass diese Aufgabe häufig unterschätzt wird, wie eine pflegende Angehörige berichtet:

Das war ja bei mir am Anfang auch schwierig das anzunehmen, weil man einfach glaubt, man schafft das eh alleine. [...]. Ich weiß aber nicht, warum man das glaubt. Dass es eigentlich angenehmer ist, wenn wirklich wer kommt. Ich weiß nicht, warum das so ist, warum man es nicht gleich in Anspruch nimmt, weil man einfach sagt ja, das klappt schon irgendwie, vor allem weil man auch nie weiß, was wirklich dran liegt. Ich bin damals Tag und Nacht aufgestanden, war Tag und Nacht für ihn da. Ich bin dann oft zehnmal aufgestanden, ich hab ihn lagern müssen alle Stunden und man denkt das schafft man. Aber ich mein, das schafftst du zwei Wochen und dann und wie gesagt dann hab ich abgegeben und gesagt, ich kann nicht mehr, das geht nicht. Tag und Nacht bereit sein. Aber man will es vorher nicht wahrhaben, weil man es sich einfach anders vorstellt.

Unterstützung wird demnach oft erst in Anspruch genommen, wenn man am Ende seiner Kräfte ist. Anders als beispielsweise bei der Kindererziehung, wo Institutionen wie Kindergarten, Schule, Freizeit- und Beratungseinrichtungen involviert sind, herrscht bei der Pflege älterer Angehöriger in Österreich noch stark die Meinung vor, dass diese Aufgabe allein und privat zu bewältigen sei. Eine der InterviewpartnerInnen berichtet eindrücklich, wie ihr diese Haltung im Alltag begegnet:

Ja, wenn wer sagt: „Ihr habt es ja leicht, ihr habt ja das Pflegegeld.“ [...] Ja, ich mein, dass es eine Aufgabe ist, ja, aber das ist ... die verstehen das nicht, hab ich mir gedacht. [...] Wenn du zum Beispiel am Tag drei Mal die Hose putzen musst. [...] Das sehen ja die nicht. Die sehen es ja nur, wenn ich mal mit ihr mit dem Rollstuhl ausfahre.

Laut einer Umfrage unter Angehörigen von Menschen mit Pflegebedarf ist der wichtigste Grund, keine mobilen Pflegedienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die grundsätzliche Ablehnung formeller Unterstützung. Fast die Hälfte der Befragten vertrat diese Position (vgl. ÖBIG 2005, 32–33). Diese weitverbreitete Ablehnung, Hilfe von außen anzunehmen, entspricht der gesellschaftlichen Haltung, mit der pflegende Angehörige in Österreich konfrontiert sind. Hier braucht es mehr Information und Wissen, was Pflege tatsächlich umfasst und ein Umdenken – im Kleinen und Privaten ebenso wie in der öffentlichen Diskussion. Die Aneignung von Wissen über Pflegetätigkeiten, ihre Verteilung und die Belastungen, die damit verbunden sind, ist auf gesellschaftlicher Ebene von großer Relevanz für die Frage des guten Lebens aller Beteiligten. Denn oft ist es schlichtweg Unwissen, das einer solidarischen Gesellschaft und der Anerkennung gewisser Bevölkerungsgruppen im Wege steht.

Interessant sind einige Verbindungen, die zwischen Wissen auf der einen und Gefühlen wie Scham und Schuldgefühlen auf der anderen Seite bestehen. Denn diese sind maßgeblich durch die gesellschaftliche Meinung mitbestimmt, die die Einbeziehung formeller Dienstleistungen eher negativ, als Versagen oder Bequemlichkeit bewertet, wie eine professionell Pflegende der mobilen Dienste erklärt:

Das ist wirklich ein großes Thema. Bei den Angehörigen vor allem [...], die einfach, ja extreme Schuldgefühle haben, eben weil sie es dann nicht mehr schaffen. Eben, und jetzt brauchen wir schon wen und jetzt muss dann die Caritas kommen, weil ich jetzt das so quasi alleine nicht mehr zu Stande bringe, dass ich da meine Mutter betreue oder meinen Vater. Das ist, ja ist ein großes Thema bei uns auch.

Solche Denkmuster erschweren es den informell Pflegenden, sich im Pflegeverlauf einzugestehen, dass man den Herausforderungen nicht (mehr) allein gewachsen ist, und die Entscheidung über das Pflegearrangement zu überdenken und zu ändern. Oft fällt es den Betroffenen sehr schwer, Bestehendes zu verändern. Es herrscht das Denkmuster „Wer A sagt, muss auch B sagen“ vor, selbst wenn damit die Überschreitung eigener Grenzen oder eine inadäquate Versorgung der pflegebedürftigen Person verbunden sind. Ein ehrenamtlich Tätiger teilt diese Einschätzung:

Das kann man dann nicht mehr sehen vor lauter Verantwortungsgefühl und lauter schlechtem Gewissen, was man tun würde, wenn man den jetzt da ins Heim gibt. Das, also das sind schon, glaub ich, große Schwellen, um in solchen Situationen gute Lösungen für die Patienten zu finden [...]. Man denkt, ja, was bedeutet das für mich, wenn er jetzt ins Altersheim kommt. Die Leute werden blöd über mich reden, ich hab ein schlechtes Gewissen. Das kann ich alles vermeiden, wenn ich ihn daheim lasse.

Eine pflegende Angehörige berichtet ebenfalls von diesen inneren und äußeren Barrieren, die sie davon abhalten, sich entlastende Maßnahmen zu „gönnen“:

Naja, die erste Barriere hab ich jetzt schon. Sagt mein Mann dauernd: „Such dir halt irgendeine Putzfrau, die soll bei der Oma alles putzen.“ Sag ich: „Nein, nie. Was glaubst denn du. Die schaut mich an, wie wenn ich [...] total faul wäre.“

Das Wissen um die Notwendigkeit zur Selbstpflege ist oft nur unzureichend vorhanden oder es fehlt am nötigen Selbstbewusstsein, dieses gegen vorherrschende Meinungen durchzusetzen. Dies betrifft sowohl Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf als auch pflegende Angehörige:

Aber sie sieht das jetzt auch, dass sie sich, dass sie sich wirklich helfen lässt. Dass es eigentlich sehr bequem ist. Oder so, sie sich zum Tisch hinsetzt und die Heimhilfe stellt ihr das

Essen hin und das taugt ihr dann doch. Und das ist ihr jetzt sozusagen grad im Übergang, dass sie einfach positiv eingestellt ist. Und das nicht mehr so sieht. Am Anfang war das oft, dass sie gesagt hat: „Was sagen die Nachbarn nachher, wenn ich das nicht mach!“

Ein Mangel an Information und Wissen sollte am besten schon vor Eintritt der Pfl egetätigkeit durch bewusste Auseinandersetzung, Information und Abwägung von Alternativen, behoben werden. Dies betrifft sowohl die potentiell pflegebedürftigen Menschen selbst als auch deren Angehörige. Für viele Menschen stellt Pflegebedürftigkeit eine völlig neue und deshalb potentiell überfordernde Situation dar (vgl. dazu auch Punkt 4.1). Allerdings kann man diese Aufgabe nicht den akut Betroffenen allein überlassen. Auch gesellschaftliche Anstrengungen sind nötig, um Fürsorge alter Menschen ähnlich der Kindererziehung verstärkt ins allgemeine Bewusstsein zu holen und als „normalen“ Teil des Lebens von Frauen wie auch Männern anzuerkennen. Eine pflegende Angehörige erklärt, dass ihrer Einschätzung nach „Gewohnheit“ eine große Rolle spielt:

[...] mein Mann ist jetzt in Pension und ja, dass er auch ab und zu einmal [...] wie halt die Männer so sind. Wenn sie das nicht gewohnt sind, die Pflege, ist es nicht so.

Die Philosophin Martha Nussbaum (2010, 297) geht deshalb davon aus, dass es keinen angeborenen Widerstand von Männern gegen Pflege und Fürsorgearbeit gibt. Es sind vielmehr die gesellschaftlichen Vorstellungen von Männlichkeit und Erfolg, die diesen Widerstand erzeugen. Diese Vorstellungen sind jedoch über Bildung veränderbar. Sie denkt dabei an Unterricht für Kinder in allen Altersstufen. Eine weitere Möglichkeit wäre ein erweitertes Angebot an Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Allerdings besteht in der Erwachsenenbildung wiederum die Gefahr, dass sich vom tabuisierten Thema Alter und Pflegebedürftigkeit niemand betroffen fühlt oder fühlen möchte, bis es einen akut betrifft. Ähnlich wie Nussbaum argumentieren Kruse & Wahl (2010, 345), die die Vermittlung von Wissen über Altern angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen als wichtige Bildungsaufgabe ansehen, die aktuell jedoch noch zu wenig wahrgenommen wird. Auch im privaten Umfeld ist der Kontakt mit hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen nicht die Regel. Begegnungen zwischen hochaltrigen und jungen Menschen sollten deshalb auch zum Zweck der Wissensvermittlung zum normalen Programm von Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen gehören. Eine ehrenamtlich im Besuchsdienst Tätige berichtet jedoch, dass solche Initiativen zum Teil Widerstand aufgrund diskriminierender Altersbilder erzeugen:

Ich habe als Lehrer auch immer geglaubt, diese Zusammenführung von den Kleinen, von den Schülern schon, mit alten Leuten wäre ganz ein wichtiger Bereich. Weil zum Teil werden sie wo anders hingegeben, die kriegen das ja nicht mehr mit von daheim. Da gibt es öffentliche Meinungen, die sagen, das ist eine Zumutung für das Kind.

Mangelndes Wissen über das Altern betrifft ebenso die TrägerInnen öffentlicher Ämter, was beispielsweise in der Gesundheits-, Sozial-, Wohn-, Verkehr-, Familien- und Bildungspolitik ein Problem darstellt, wo man immer wieder auf Unwissen, falsches Wissen und stereotypes Wissen über den Alternsprozess trifft (vgl. Kruse und Wahl 2010, 352).

Für pflegende Angehörige selbst ist dieser Wissenserwerb spätestens ab Beginn der Pfl egetätigkeit unverzichtbar für ein gutes Leben. In den Interviews stellte sich heraus, dass Angebote wie Pflegestammtische neben der Gelegenheit zu Austausch und zwischenmenschlichen Kontakten besonders auch für die Möglichkeit zur Information und zum Austausch von Wissen geschätzt werden.

Es zeigt sich jedoch, dass es pflegebedürftigen Menschen wie auch Angehörigen oft schwerfällt, ausreichende Informationen zu erhalten, insbesondere dann, wenn die

Pflegebedürftigkeit plötzlich eintritt. Wie schon beschrieben, ist das Angebot an Unterstützungsleistungen im Bereich Pflege in Österreich regional unterschiedlich, vielfältig und dadurch auch recht unübersichtlich. In der Lage zu sein, die für die jeweils eigene Situation passenden Angebote zeitgerecht auszuwählen, zu beantragen und zu kombinieren, ist eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Leben von pflegebedürftigen Menschen und informell Pflegenden zugleich. Informelle Information über Familienmitglieder, Freunde und Bekannte, die bereits mit dem Thema in Kontakt sind, spielt für viele Betroffene eine wichtige Rolle, um sich zurechtzufinden. Jedoch verfügen nicht alle Menschen über ein solches soziales Netzwerk. Das Fehlen niedrigschwelliger Informationsangebote kann deshalb soziale Ungleichheit in punkto Pflege verstärken, wie eine professionell Pflegende erklärt:

Und dann muss man natürlich schon auch sagen, es spielt sehr viel Rolle, ob ich Beziehungen habe oder nicht [...]. Aber das sind die großen Schwierigkeiten in Österreich und die haben wir. Und es ist vielleicht am Land bei uns heraußen noch leichter, weil es die Nachbarschaftshilfe noch sehr viel gibt oder die Freundschaftshilfe. Es ist in der Stadt ganz schwierig. Meine Schwiegergroßeltern haben in Wien gewohnt, also da hab ich wirklich alle Hebel in Gang gesetzt, dass wir ein Pflegegeld bekommen haben und dass sie die Betreuung gekriegt haben.

Integrierte Beratung für Betroffene aus einer Hand, in der Fachsprache „Case-Management“ genannt, ist in Österreich vielerorts noch ausbaufähig. In Deutschland wird diese Problematik durch sogenannte Pflegestützpunkte gelöst, also lokale Anlaufstellen für alle Fragen zum Thema Pflege. Neben der Beratung von Menschen mit Pflegebedarf und Angehörigen durch einen zuständigen Case-Manager oder eine Case-Managerin sind die Pflegestützpunkte auch für die regionale Koordination aller Unterstützungsangebote und die Vernetzung aller im Bereich Pflege tätigen Sektoren und Institutionen zuständig. Ein Ausbau der integrierten Fall-Betreuung könnte auch in Österreich zu einem verbesserten Schnittstellenmanagement beitragen. Eine pflegende Angehörige hebt hervor, dass es wichtig ist, solche Angebote so niedrigschwellig wie möglich anzubieten, also ohne aktives Zutun der ohnehin schon stark geforderten Angehörigen und am besten in Form eines Hausbesuchs, wenn dies gewünscht wird:

Ich täte sagen, das Spital sollte vielleicht schon sagen: „Ich schick Ihnen einmal wen heim“. [...] einfach einmal alleine ein Gespräch mit einem Mitarbeiter [...] von irgend so einer Sozialbetreuung [...] dass man einfach einmal ein Aufklärungsgespräch hat als Angehöriger, was gibt es, wo kann man sich Unterstützung holen, so was wär angebracht.

Passive Unterstützungsangebote in Form von Broschüren, Internetseiten oder ähnlichem reichen offensichtlich oft nicht aus, da bei den Betroffenen viele Abwehrmechanismen, wie beispielsweise Scham, Angst, Überforderung, Unwillen jemand Fremden einzubeziehen oder Selbstüberschätzung mit im Spiel sind. Diese emotionalen Barrieren erweisen sich gegenüber optionalen Beratungsangeboten als sehr hartnäckig. Oft weiß man eben erst, nachdem man sich darauf eingelassen hat, wie viel leichter das Leben durch eine bestimmte Maßnahme geworden ist. Auch bei Beratungsangeboten erkennen die Betroffenen den Nutzen oft erst, nachdem sie sie in Anspruch genommen haben. Aktive, integrierte Informationsangebote können also dazu beitragen, bestehende soziale Ungleichheiten zu verringern, indem die Zugangsbarrieren zum Pflegesystem für strukturell benachteiligte Gruppen verringert werden. So wurde die bundesweite Einführung einer kostenlosen Pflegeberatung, die zudem beim Antrag auf Pflegegeld routinemäßig erfolgen soll, in einem 2012 abgeschlossenen und vom

Österreichischen Roten Kreuz koordinierten EU-Projekt ausdrücklich empfohlen (vgl. IACS Empfehlungen). Ein Pilotprojekt zwischen 2006 und 2007, bei welchem dem Bescheid für die Zuerkennung von Pflegegeld ein kostenloser Beratungsscheck beigefügt wurde, erwies sich zuvor jedoch als Misserfolg, da nur rund 2 % der Schecks eingelöst wurden. Ähnlich den IACS-Empfehlungen, die eine Beratung schon bei Pflegegeldantragstellung vorsehen, wurde auch bei der Evaluation dieses Pilotprojekts vorgeschlagen, Beratungsangebote früher aktiv anzubieten, beispielsweise ab einem Alter von 70 Jahren. (vgl. Schober et al. 2007, 8)

Neben Planung und Organisation des Pflegearrangements ist es auch die Vermittlung einschlägigen pflegerischen Fachwissens, das für pflegende Angehörige besonders wichtig ist, um gute Pflege mit adäquater Selbstpflege verbinden zu können. Wichtige Inhalte umfassen beispielsweise rückschonende Hebe- und Lagertechniken, die Verwendung von Hilfsmittel, die die Pflege vereinfachen, Wissen über typische altersbezogene physische und psychische Veränderungen oder auch Methoden im Umgang mit Demenz. Hier sind umfassendere Angebote für die Aneignung von Praxiswissen gefordert.

Praxiswissen entwickeln in vielen Fällen jedoch größtenteils die Hauptpflegepersonen, was dann dazu führt, dass sie sehr schwer „abkömmlich“ sind. Wissen und Lernen sind aber nicht nur für die Hauptpflegepersonen, sondern für das gesamte Umfeld relevant, nicht nur um die pflegebedürftige Person gut versorgen zu können, sondern auch, um sich selbst weiterzuentwickeln. Eine pflegende Angehörige berichtet in Bezug auf ein Erlebnis ihres Sohnes, der kurz die Betreuung seines Großvaters übernommen hatte:

Und ich hab schnell, schnell was erledigt, bin schnell, schnell wieder heimgefahren, wie wenn ich es geschmeckt hätte. (Lachen) Schreit der schon: „Mama, bist es du?“ Sag ich: „Ja, ich bin schon da.“ – „Komm rauf!“, (Lachen) Sind sie schon in der Dusche gestanden, natürlich der ganze Teppich hin. Da hab ich gesagt: „Peter, danke. Ich bin jetzt schon da.“ Und dann hab ich gesagt: „Sag mal, was hättest du denn jetzt getan?“ – „Naja, was hätt ich denn getan? Ja, ich hätte jetzt halt den Opa geduscht und dann hätten wir halt ein Gewand gesucht, und dann hätt ich wahrscheinlich den Teppich zusammengerollt und den einmal beim Balkon runtergeschmissen und dann hätte ich noch aufgewischt, ja und gelüftet hätt ich.“ Sag ich: „Perfekt.“ (Lachen) Und ich glaub, das schadet nicht, mal so ein Erlebnis.

Die private Pflege alter Menschen stellt sich einerseits als große Herausforderung für alle Beteiligten dar, die unter den gegenwärtigen Bedingungen oft zu Überforderung und Selbstausbeutung führen kann. Gleichzeitig ist diese Aufgabe jedoch auch eine Chance, vorhandene Fähigkeiten einzusetzen, weitere Kompetenzen zu erwerben und Neues zu lernen, für sich selbst wie auch für andere. Lernen und Wissen sind also einerseits Voraussetzung für ein gutes Leben in der Pflege, können aber auch das Resultat dieser Tätigkeit sein. In diesem Sinne äußert sich ein ehrenamtlich in der Betreuung alter Menschen tätiger Interviewpartner:

Naja, ich versuche halt an Weiterbildung zu bekommen, was ich bekommen kann. [...] zwischendurch haben sie immer wieder sehr gute Vorträge, die ich mir sehr gerne anhöre, weil man dann doch immer wieder einen anderen Blickwinkel kriegt, oder Verschiedenes, was man halt vorher als gegeben angenommen hat, dann versteht, warum das so ist.

Gerade, wenn man das gute Leben mit der Idee der Innerlichkeit und Tiefe verbindet, können Pflegetätigkeiten als Herausforderungen gesehen werden, die der umfassenden persönlichen Entwicklung förderlich sind. Eine andere Interviewpartnerin berichtet:

Und dass man dann einfach anfängt, das anders zu verstehen. Ich muss ja sagen, dass ich jetzt im Nachhinein, meine Mutter ist ja schon gestorben, und im Nachhinein auch jetzt manche Dinge anders sehe in der Auseinandersetzung, was heißt Demenz, was heißt, in Gedanken [...] gefangen zu sein oder bleiben. Man wird, ältere Leute sind halt ... das ist halt so. Glaube ich ... aber damals, bei meiner Mutter war es zumindest nicht derselbe Entwicklungsstand wie jetzt, muss ich auch sagen, von meiner Einstellung. [...] Ja vom Wissen und auch vom Verständnis.

Für ehrenamtlich Tätige ist der eigennützige Wissens- und Erfahrungserwerb neben dem Wunsch, für andere Menschen da zu sein, oft eine wesentliche Motivation für ihr Engagement:

Ja, das hat, das hat einen sehr egoistischen Background. Ich wollte einmal wissen, wie es mit mir sein wird in 20 Jahren. [...], weil da komm ich mit Leuten in Kontakt, die zeigen mir, was ich dann mal sein werde, brauchen werde usw. Also das Hauptmotiv, dass ich gesagt habe, das möchte ich wissen. Ja, inzwischen hab ich schon ein bisschen eine Ahnung, was alles passieren kann. Was auch mit mir selbst passieren kann, was alles sein kann. Wie es den Menschen geht, die dann bei mir sind, oder nicht sind, die um mich sind. Was die für Probleme damit haben werden. Das ist das, was mich interessiert.

Wenn Erfahrungen aus dem eigenen familiären Umfeld fehlen, ermöglicht die ehrenamtliche Tätigkeit, sich auch für die eigene potentielle Pflegebedürftigkeit Wissen anzueignen. Dies geschieht einerseits durch die speziellen Schulungen vor Beginn der ehrenamtlichen Tätigkeit und andererseits durch die Erfahrungen, die man sammelt.

Die beschriebenen Veränderungen der Anforderungen an Betreuung und Pflege alter Menschen betreffen professionell Pflegende vergleichsweise noch stärker als informell Pflegende. Pflegefachkräfte übernehmen mehr medizinische, sozialarbeiterische und administrative Aufgaben und sind mit anspruchsvollen pflegetherapeutischen Konzepten befasst, die oft umfangreiche Zusatzausbildungen erforderlich machen. Hinzu kommt der steigende Stellenwert von Prävention, Gesundheitsförderung, Wissensvermittlung über Selbst- und Fremdpflege, Aktivierung und Rehabilitation und neuer organisatorischer und kommunikativer Aufgaben im Sinne einer integrierten Versorgung je nach Pflegearrangement (vgl. Moers 1994, 165).

All diese Veränderungen zusammengenommen ergeben ein insgesamt neues, qualitativ anderes, eigenständiges Berufsprofil, das mit dem klassischen Bild der (Alten)pflege als einer von der Medizin abgeleiteten Tätigkeit kaum etwas gemeinsam hat. Der Umgang mit Demenz, Depression und andere psychische Erkrankungen sind weitere typische Felder, in denen professionelle Pflegekräfte in jüngster Zeit vor großen Herausforderungen stehen. Tendenziell besteht in der Pflegeausbildung noch immer ein Ungleichgewicht zwischen der Vermittlung medizinisch-pflegerischer Inhalte und moralisch-reflexiver sowie personaler Kompetenzen. Dieses Ungleichgewicht birgt die Gefahr einer reduzierten Sicht auf die pflegebedürftigen Menschen und einer Geringschätzung genuin pflegerischer Qualitäten wie Beziehungsorientierung, individuelle Lebensbegleitung und Ermutigung der pflegebedürftigen Menschen bei ihrer eigenen Entwicklung (vgl. Ertl-Schmuck. 2000, zit. in Rabe. 2009, 173-74).

Aufgrund der großen leiblichen Nähe und der zeitlichen Intensität sowie der vielfältigen Anforderungen an Pflegekräfte kommt es bei der Pflege permanent zu ethisch relevanten Entscheidungssituationen. Die Entwicklung, Stärkung und Reflexion der eigenen ethischen Urteilskraft ist deshalb besonders wichtig, um gute, professionelle Pflege leisten zu können – und auch dazu braucht es Wissen. Dies betont auch die österreichische Pflegeethikerin Doris Fölsch, die die ethische Auseinandersetzung des eigenen Handelns, als Teil der Professionalität von Pflegekräften beschreibt. Sie fordert Pflegeethik als festen Bestandteil in der Ausbildung, sowie die Schulung von

Kommunikationsfähigkeiten und der Fähigkeit moralisch urteilen zu können (2012, 218). In den bestehenden Ethikausbildungen sieht Fölsch Verbesserungsbedarf, da der Ethikunterricht häufig nicht in Erinnerung bleibt, zu gering ist oder von den Pflegekräften als rein theoretisch beschrieben wird (2013, 21).

Fehlt dieses praktische Handwerkszeug, reicht die fast immer vorhandene Absicht von professionell Pflegenden, moralisch angemessen zu handeln oft nicht aus, um Würde- und Autonomieverletzungen, Gewalt oder die Reduzierung der pflegebedürftigen Menschen zu Objekten des eigenen Handelns zu verhindern. Es besteht dann die Gefahr, insbesondere in Konfliktsituationen, dass professionell Pflegenden ihren Vorsprung an Wissen und Macht gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf übersehen und deshalb unangemessen handeln. Auch die „Macht der Gewohnheit“ braucht ein Korrektiv durch eine ethisch-professionelle Herangehensweise:

Ja ich mein, das ist natürlich durch die Routine schaut man oft, natürlich sieht man es dann anders, aber man wird natürlich hin und wieder betriebsblind einfach. Was ich schon so als normal einfach ansehe, auch beim Kunden, derweil passt das für den gar nicht.

In der Praxis benötigte personale Kompetenzen umfassen außerdem den einfühlsamen, aber professionellen Umgang mit starken Gefühlen, wie Wut, Angst, Trauer oder Ekel, bei sich selbst und anderen sowie die Bereitschaft, sich mit existentiellen Fragen und Erfahrungen (täglich) auseinanderzusetzen. Diese Kompetenzen stellen sich jedoch meist nicht von selbst ein und man erwirbt sie in der Regel auch nicht für alle Zeit, sondern muss sie sich immer wieder neu aneignen. Rahmenbedingungen, die interdisziplinäre Reflexion und Weiterbildung ermöglichen, sind dafür entscheidend. Eine Interviewpartnerin berichtete beispielsweise, wie sie durch ein Seminar einen kreativen Weg fand, mit immer wieder auftretenden Ekelgefühlen umzugehen:

Da schauen wir auch wirklich, dass das ein jeder macht, diese Weiterbildung. Das sind ganz tolle Seminare, die da angeboten werden. [...] und da kommt man eben dann auf solche Ideen, zum Beispiel mit einem Duftöl [...] da erarbeitet man sich das einfach und das passt halt für mich zum Beispiel gut.

Die Funktion von Weiterbildung liegt also nicht nur in der Vermittlung (neuen) Wissens, sondern auch in der Reflexion der eigenen Praxis:

Eben, wir arbeiten viel mit Biographien zum Beispiel jetzt, das ist ein ganz wichtiges Thema bei uns. Und ja, da wird man sich einfach wieder bewusst, von dem her, dass man gewisse Sachen einfach anders machen *muss* wieder. [...] Man denkt schon wieder mehr nach drüber. Was ich anders machen sollte. Oder so eben, wenn es Probleme gibt. [...] Wir haben oft Leute, die zum Beispiel nicht essen wollen. Wo ich mir denke, ja das muss jetzt aber vielleicht sein oder Sonstiges. Und durch Biographiearbeit kommen wir dann eigentlich schon oft ein Stück dahinter, warum ist das so? Und dadurch, ja die Impulse, die wir uns dann ausarbeiten, mit dem funktioniert das ganz gut. Dass wir da wieder auf Lösungen kommen einfach, was probieren wir anderes.

Gleichzeitig kann sich in der Praxis die Fülle an pflegetherapeutischen Konzepten als Überforderung darstellen, wenn versucht wird, zu viel davon (zur gleichen Zeit) umzusetzen. Perfektionszwang und übertriebene Ansprüche können hier kontraproduktiv sein. Wichtig ist, begründete Prioritäten zu setzen und auf das Wesentliche – ein gutes Leben für pflegebedürftige Menschen und Pflegenden – zu fokussieren.

Die Bedeutung von Lernen und Wissen im Sinne einer fundierten Aus- und Weiterbildung kann aufgrund der Komplexität des pflegerischen Handlungsfelds und der Vielfalt unterschiedlicher Anforderungen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Denn Komplexität und Vielfalt bedingen eine ständige strukturelle Unsicherheit für Pflegefachkräfte, die nur durch entsprechende Fachkompetenz gemeistert werden kann. Benötigt werden „Kompetenzen des flexiblen Umgangs mit nichtvorhersehbaren Entwicklungsverläufen“ (Remmers 2000, 187) auf Basis einer professionellen Grundhaltung.

Eine Interviewpartnerin aus der stationären Altenpflege drückt es folgendermaßen aus:

[...] die Eigenverantwortung hast du immer, das ist ja klar. Ich muss wissen, wenn ich jetzt einen schweren Bewohner hab, kann ich den jetzt alleine raus tun oder nicht. Oder hol ich mir zuerst wen. Weil, würde der jetzt zusammenknicken und der tut sich beim Fuß weh, dann würde man das als gefährliche Pflege bezeichnen. Und das sollte ich schon wissen. Und wenn ich es noch nicht weiß, weil ich den noch nicht kenn, dann hol ich mir vorbeugend jemand, der mir hilft. Und das ist Fachkompetenz.

Es lässt sich also festhalten, dass professionell Pflegende körperliche, geistige und psychische Schwerstarbeit leisten. Um mit diesen Anforderungen gut umzugehen, sind in Bezug auf Wissen und Lernen eine fundierte fachliche und ethische Aus- und Weiterbildung, institutionalisierte Reflexion der eigenen Praxis, beispielsweise in Form von Supervision, Möglichkeiten zum Austausch und zur Beratung im Team sowie Wissen und Möglichkeiten zu adäquater Selbstpflege essentiell.

Wissen und Lernen sind Fähigkeiten, die nicht auf Personen, im Bereich Pflege beispielsweise auf pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und professionell Pflegende, beschränkt sind. Auch größere Einheiten wie Betriebe, Einrichtungen und andere Organisationen sind Träger von Wissen und fähig, zu lernen. Wie gut diese Fähigkeiten entwickelt sind, zeigt sich an der Organisationskultur. Eine wirklich lernende Institution verfügt über Mechanismen, die eine regelmäßige Reflexion der eigenen Arbeitsweise sicherstellen und ist in der Lage, die Ergebnisse von Lernprozessen, auch von Fehlern, positiv wertzuschätzen und in die Organisationskultur zu integrieren.

Wir versuchen halt so gut es geht das zu machen und da musst du echt ein bisschen hartnäckig sein. Beim Chef und bei der Chefin immer anklopfen, aber das macht nichts, da bleibst du gut in Erinnerung. Und wenn du dann die Rückmeldung kriegst, dass alles gepasst hat, dann im Endeffekt sehen sie eh, dass das wirklich eine Qualität ist und dann geben sie es dir auch gern.

Die vielfältigen Funktionen von Lernen und Wissen sind auch aus ethischer Sicht zentral: Sie tragen dazu bei, dass die menschliche Fähigkeit zu innerem Wachstum und zur Freiheit, sein Leben gestaltend zu leben, verwirklicht werden können und können somit als wichtige Bausteine eines guten Lebens betrachtet werden. Als Individuen und Gesellschaft bringen wir uns um viele Chancen, zu lernen und uns weiterzuentwickeln, wenn wir das Altwerden und das Betreuungs- und Pflegebedürftigwerden verdrängen und uns nicht aktiv damit auseinandersetzen. Aus gesellschaftlicher Perspektive ist jedoch im Sinne eines öffentlichen Bildungsauftrages noch viel zu tun, damit das notwendige Wissen tatsächlich flächendeckend an die Basis vordringt und seine Wirkung entfaltet.

4.5 Ressourcen und Rahmenbedingungen

Ressourcen sind Mittel, die es uns ermöglichen, bestimmte Handlungen durchzuführen bzw. gewisse Lebensweisen zu erreichen. Ohne Ressourcen ist es unmöglich, zu überleben, geschweige denn, ein

tatsächlich gutes Leben führen zu können. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die meisten Ressourcen wirklich nur *Mittel* sind, die für verschiedene Ziele eingesetzt werden können. Speziell im Fall von Geld, eine der wichtigsten Ressourcen überhaupt, kommt es jedoch immer wieder vor, dass es als Selbstzweck gesehen wird, eine Sichtweise, die dem Gesellschaftsverständnis der katholischen Soziallehre zutiefst widerspricht (vgl. Punkt 1.3). Anders verhält es sich z. B. bei sozialen Beziehungen. Denn diese erfüllen eine Doppelfunktion. Einerseits helfen sie bei der Umsetzung anderer wichtiger Ziele (etwa dem, subjektiv glücklich zu sein), andererseits sind sie schon für sich genommen wertvoll – der Mensch ist ein soziales Wesen, das der Gesellschaft bedarf.

Strukturell kann zwischen materiellen (Wohnung, Auto, Vermögen usw.), immateriellen (soziale Beziehungen und Netzwerke, Gesundheit usw.), personalen (soziale Kompetenzen, Resilienz, Selbstbewusstsein usw.) und Energieressourcen (Geld, Wissen, Einfluss usw.) unterschieden werden. Letztere zeichnen sich dadurch aus, dass sie gegen andere Ressourcen eingetauscht werden können (vgl. Mischke. 2012, 166). Eine andere Unterscheidung, auf die wir in der Folge zurückgreifen werden, ist jene zwischen externalen, also außerhalb der Person verorteten, und internalen bzw. personalen Ressourcen. Eine für den Bereich Betreuung und Pflege zentrale Ressource wurde im vorherigen Abschnitt ausführlich thematisiert: Wissen. Sowohl für pflegebedürftige Menschen als auch für pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und professionell Pflegende ist Wissen eine elementare persönliche Ressource, um mit den durch Betreuung und Pflege entstehenden Herausforderungen gut umgehen zu können. Wissen zählt zu den Energieressourcen, da es dazu dienen kann, den Zugang zu anderen Ressourcen zu öffnen.

Solche, durch Wissensaneignung, Aus- und Weiterbildung sowie Arbeit an der eigenen Persönlichkeit erschlossenen internalen Ressourcen müssen jedoch komplementiert werden durch externale Ressourcen, um adäquate Voraussetzungen für ein gutes Leben in der Pflege zu ermöglichen. Oder um es in den Begrifflichkeiten der katholischen Soziallehre auszudrücken: Die Entfaltung des alternden Individuums kann nur in einer Gemeinschaft passieren, die für alle ihre Mitglieder im Sinne der Solidarität und der Gerechtigkeit ausreichend Mittel bereitstellt. Zwar soll gemäß dem Subsidiaritätsprinzip keine übergeordnete Institution etwas an sich reißen, was Einzelne oder kleinere Einheiten selbst gut übernehmen können. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass geeignete Rahmenbedingungen geschaffen worden sind, die diese Selbstständigkeit ermöglichen und stärken. Staat und Gesellschaft können und sollen sich gemäß der katholischen Soziallehre daher nicht aus dem Bereich der Care-Tätigkeiten herausnehmen. Sie sind ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und dürfen nicht ohne weiteres in den privaten Bereich verschoben werden.

Materielle Mittel sind eine sehr wichtig externale Ressource: Der finanzielle Spielraum, der zur Verfügung steht, ist bei Betreuungs- und Pflegebedarf oft entscheidend für die Möglichkeit zur Selbstbestimmung und die Lebensqualität der Betroffenen. Eine Interviewpartnerin, die auf mobile Dienste angewiesen ist, um in ihrer eigenen Wohnung weiterhin gut leben zu können, meint diesbezüglich:

[...] das Leben hat sich verändert, aber ich bin sehr dankbar, dass es das gibt. Ohne dem könnte ich mir das heute gar nicht mehr vorstellen. Man hat eine Ansprache, wenn sie kommen. Man kann reden mit ihnen, die machen alles. Ich hoffe, der Staat hat noch lange genug Geld.

Die schon zitierte Studie unter pflegenden Angehörigen in Österreich ergab, dass fast die Hälfte der Befragten keine mobilen Dienste zur Unterstützung heranzieht, weil diese für sie bzw. die pflegebedürftige Person nicht leistbar sind (vgl. ÖBIG 2005, 32–33). Die Einführung des Pflegegelds

konnte die armutsgefährdende Wirkung von Pflegebedürftigkeit zwar generell reduzieren, jedoch führen die einseitig auf motorische Fähigkeiten fixierten Einstufungsverfahren oft dazu, dass Menschen nicht die Unterstützung bekommen, die sie eigentlich brauchen, wie eine professionell Pflegenden im Interview erklärt:

Da werden die Menschen benachteiligt [...] und das gehört auch geändert, weil Pflegegeld-einstufung ist das Ungerechteste, was es momentan in Österreich gibt. Sie [die Person mit Pflegebedarf] wurde abgelehnt, obwohl das ein Laie sieht, wenn er sich da her setzt, dass sie die Unterstützung braucht. [...] Und ich sehe, wie verschieden eingestuft wird. Es gibt wirklich Ärzte, die [...] die Menschen anschauen und [...] einfach dann menschlich sehen, dort und dort muss ich noch erweitern, damit diese Pflegestufe rauskommt, damit sie eine gute Lebensqualität kriegen. Und dann gibt es die Ärzte, die dasitzen [...] und Punkt für Punkt hinschreiben ... und weil die X eben jetzt sagt, ich kann mich allein waschen und anziehen – null Punkte. Wie viel sie sich plagen muss, dass das hin haut, das steht nicht da!

Das Fehlen einer regelmäßigen Valorisierung des Pflegegelds führt außerdem dazu, dass für eine bestimmte Pflegestufe verhältnismäßig weniger Leistungen in Anspruch genommen werden können, als bei der Einführung. Das Pflegegeld verliert durch das Vergehen der Zeit an Wert. Für finanziell schwach gestellte Personen mit zunehmendem Pflegebedarf kann sich daraus ein Druck ergeben, das Leben in den eigenen vier Wänden aufzugeben und in ein Pflegeheim zu gehen, obwohl diese Variante auch die öffentliche Hand deutlich mehr Geld kostet.

Pflegegeld kann als Mittel gesehen werden, um die für ein gutes Leben nötige Betreuung und Pflege zu organisieren. Damit dieses Mittel jedoch auch tatsächlich für diesen Zweck verwendet werden können, braucht es korrespondierende Strukturen und Angebote, die den pflegebedürftigen Menschen auch faktische Wahlmöglichkeiten eröffnen. Sind jedoch die Dienstleistungen, die man durch das Pflegegeld finanzieren möchte, nicht vorhanden, bleibt den Betroffenen wiederum keine Wahl. Ein anderer Aspekt betrifft die Nichtverwendung für den vorgesehenen Zweck: Manche ältere Menschen scheuen sich, das Geld für Betreuungs- und Pflegedienstleistungen auszugeben, weil sie keine Notwendigkeit dafür sehen und, und sie sparen es lieber für schlechte Zeiten oder zukünftige Generationen:

[...] sie [die pflegebedürftige Person] hat am Anfang, nach einer halben Stunde gesagt, „nein du [die Heimhilfe] kannst gleich wieder gehen“. Sie [die pflegebedürftige Person] braucht eh nichts. Sie [die Heimhilfe] hat auch nichts tun dürfen. Wie wir angefangen haben das erste Mal dann hat sie [die pflegebedürftige Person] immer abgesagt, und aber es war da noch nicht, es war einfach von uns einmal ein Versuch ob sie es annimmt. Und dann hat man aber gemerkt, sie kann es eigentlich schon brauchen.

Um in der eigenen Wohnung auch mit zunehmenden Einschränkungen verbleiben zu können, sind Adaptierungen des Wohnumfelds sehr wichtig. Auch für pflegende Angehörige ist eine pflegerechte Wohnsituation mit den nötigen Hilfsmitteln eine wichtige Ressource. Da hochaltrige Menschen und insbesondere jene mit Betreuungs- und Pflegebedarf den überwiegenden Teil ihres Alltags in ihrer Wohnung verbringen, ist deren Ausgestaltung besonders zentral für ihre Lebensqualität. Schlechte Wohnqualität kann sogar der Auslöser dafür sein, dass Pflegebedarf entsteht oder zunimmt. Kann man sich die Adaptierung oder den Umzug in ein geeigneteres Wohnumfeld finanziell nicht leisten, führt dies zu einer weiteren Einschränkung der eigenständigen Lebensgestaltung und zur Verstärkung von sozialer Ungleichheit. Insofern liegt es nahe, der präventiven Wohnraumanpassung, ähnlich wie in einigen skandinavischen Ländern schon der Fall, einen höheren Stellenwert einzuräumen und diese

auch politisch stärker zu fördern. Wenngleich einige Adaptionen, beispielsweise das Entfernen von Stolperfallen, ohne große finanzielle Aufwendungen umsetzbar sind, gibt es andere Maßnahmen, die technisch anspruchsvoller sind und somit auch teuer sind. Das Konzept der Smart Homes (intelligente Wohnräume), bei dem automatisierte Abläufe und vernetzte, fernsteuerbare Installationen und Geräte eingesetzt werden, hat großes Potential für betagte Menschen, da dadurch deren selbstbestimmte Lebensgestaltung wesentlich erleichtert werden kann. Eine bei der selbstständigen Fortbewegung stark eingeschränkte Interviewpartnerin berichtete uns beispielsweise, wie wichtig es für sie ist, Heizung und Rollläden per Fernbedienung steuern zu können. Um die dafür anfallenden Adaptierungskosten abdecken zu können, war sie allerdings auf karitative Unterstützung angewiesen. Ein wichtiger Teil eines guten Lebens wäre ihr verwehrt geblieben, wenn sie ausschließlich auf die Leistungen aus dem öffentlichen Pflegesystem hätte zählen können.

Zu den externalen, also nicht innerhalb der Person verorteten, Ressourcen zählt aber auch das Beziehungsnetzwerk, in das jemand als Person integriert ist, und auf das noch ausführlicher eingegangen werden wird (vgl. Punkt 4.6). Aufgrund seiner Wichtigkeit ist es jedoch angebracht, es schon hier explizit aus einem „Ressourcenblickwinkel“ zu betrachten. Denn ein Beziehungsnetzwerk, das aus starken und vielfältigen sozialen Beziehungen besteht, stellt für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf ein wichtiges Mittel dar, um den Alltag gut zu bewältigen und mit kritischen Lebensthemen umzugehen. Oft sind es viele Kleinigkeiten, die, auf verschiedene Schultern verteilt, kaum ins Gewicht fallen:

Ja, teilweise eine Freundin oder Besuche, die kommen. Wird jeder eingespannt. Meine Schwester kommt von X einen Tag. Die macht da den Boden, staubsaugen und feucht wischen und dann die Loggia draußen. Und dann brauch ich jemanden der vom Arzt Rezepte holt und dann in die Apotheke geht, Medikamente holt, auf der Bank die Pension oder mal einen Brief aufgeben. [...] Lauter Einzelpersonen ja, lauter Einzelpersonen. Und jeder der kommt sagt: "Du, was brauchst du denn? Was kann ich für dich machen?" Und da hab ich eh meine Liste. Und auch passend für einen jeden.

Aus der Forschung ist bekannt, dass im Durchschnitt die Zahl der Personen im persönlichen Netzwerk abnimmt, je älter man wird (vgl. Künemund/Kohli 2010, 310). Die Gründe hierfür sind vielfältig, beispielsweise das Ausscheiden aus dem Beruf, der Tod nahestehender Personen, verminderte Teilhabemöglichkeiten, z.B. bei Vereinen oder auch Rückzug aufgrund empfundener Einschränkungen. Das Fehlen sozialer Unterstützung sowie Isolation und Einsamkeit im Alter sind also durchaus verbreitete Probleme. Allerdings kann es auch zu einer Intensivierung bestimmter sozialer Beziehungen kommen. Die Verfügbarkeit und Fähigkeit zur Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien und neuen Medien kann diesbezüglich sehr hilfreich sein:

Ja, das ist sehr wichtig. Der Sohn ruft alle Tage an. Der von Amerika alle Wochen und dann ... wir tun Emails schreiben und ... sie schicken mir immer sehr viele Fotos.

In der Praxis ist jedoch die digitale Kluft (digital divide) besonders bei betagten Menschen sehr groß. Hier braucht es also mehr altengerechte Angebote, um den Anforderungen alter Menschen an Technik zu entsprechen.

Pflegende Angehörige sind durch die Organisation der Pflege in Österreich gegenwärtig oft hohen Belastungen ausgesetzt. Diese umfassen neben der körperlichen Belastung durch schwere Pflegetätigkeit ohne entsprechende Ausbildung psychische, zeitliche, finanzielle (professionelle Unterstützung, Pflegehilfsmittel, Umbaumaßnahmen) und soziale Aspekte. (vgl. Blinkert/Klie 2008,

28). Neben den schon diskutierten finanziellen und Wissensressourcen sind soziale Ressourcen für pflegende Angehörige wesentlich, um die oft vorhandene Mehrfachbelastung in Folge von Berufstätigkeit, Haushaltsführung und Kinderbetreuung überhaupt bewältigen zu können. Der gesellschaftliche Wandel bedingt, dass sich auch diese Ressourcen verändern, beispielsweise durch vermehrte Berufstätigkeit, städtische Anonymität und kleinere Familien. Auf die freiwillige und unentgeltliche Unterstützung durch die Großfamilie oder das nachbarschaftliche Netzwerk zurückgreifen zu können, ist eher die Ausnahme als die Regel:

Wir haben eine sehr gute Nachbarschaft da. Aber es ist nicht mehr leicht heute. Weil es sind sehr viel [...] alle berufstätig. Jetzt denk ich mir, wenn ich jetzt, ja welche Nachbarin könnte ich mir geschwind holen? "Bleibst du mir drei Stunden bei der Oma?" oder was. Wem könnte ich das sagen? Das war früher so. Das gibt es fast nicht mehr, nicht?

Die private Pflege alter Familienmitglieder bedeutet also in heutigen Zeiten etwas qualitativ anderes als vor einem halben Jahrhundert. Damals erfolgte Fürsorgearbeit im Rahmen einer Großfamilie und eines engen nachbarschaftlichen Netzwerks, mit Frauen als „hauptberuflichen“ Care-Arbeiterinnen. Mittlerweile sind Doppel- und Dreifachbelastungen zur Regel geworden.

Wie das Zitat verdeutlicht, hilft es jedoch nicht, an die Zivilgesellschaft zu appellieren und nachbarschaftliche Solidarität und selbstorganisierte Hilfe zu fordern, wenn beispielsweise die zeitlichen Ressourcen einfach nicht entsprechend gegeben sind. Insofern geht es auch darum, Rahmenbedingungen, beispielsweise hinsichtlich von Arbeitszeiten für Frauen und Männer, so zu gestalten, dass Fürsorgearbeit im familiären und nachbarschaftlichen Rahmen gut Platz findet: „Die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und der Übernahme von Care Aufgaben in Familie und Nachbarschaft wird zu einer zentralen Herausforderung für die Prosperität und Solidarität unserer Gesellschaft – lokal und regional.“ (Klie 2012)

In der Praxis gibt es in vielen Fällen eine Hauptpflegeperson, die jedoch de facto die allein Pflegende ist. Hier geht es also auch darum, Sorgearbeit auf mehrere Schultern zu verteilen. Diese Bereitschaft in Familie und Nachbarschaft wäre grundsätzlich sicher vielfach da, sie muss jedoch organisiert, geplant und aktiv eingefordert werden, sei dies nun durch eine Organisation, die einen Freiwilligendienst ins Leben ruft, oder die privat Pflegenden selbst. Eine Erfahrung, die sicher viele pflegende Angehörige teilen, ist diese:

Ja, wie gesagt. Hilfe nehmen, man muss was sagen. Es kommt niemand und bietet sich an. Weil jeder in dem Hamsterrad, ja, läuft.

Eine Gefahr ist, dass auch die sozialen Kontakte pflegender Angehöriger im Pflegeverlauf weniger werden und die verbleibenden mehr Konfliktpotential beinhalten. Insbesondere im familiären Rahmen ist es wahrscheinlich, dass bei längerer Pflegedauer Frustration oder Konflikte über die Zuständigkeiten auftreten. Vermeidet man jedoch als Hauptpflegeperson Auseinandersetzungen über die Aufgabenverteilung in der Familie, besteht die Gefahr, dass wirklich alles an einer Person hängen bleibt.

Für Frauen hat diese Situation massive Benachteiligungen zur Folge, da mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit meist nicht mehr Personen in die Pflege involviert werden. Als Folge fällt es der Hauptpflegeperson immer schwerer, Berufstätigkeit und Sorgearbeit zu vereinbaren, was sich wiederum negativ auf die eigene Absicherung im Alter auswirkt. Eine faire Verteilung der Aufgaben orientiert sich an den Bedürfnissen, Ressourcen und Fähigkeiten aller Beteiligten.

Die Ressourcen der Hauptpflegeperson können sich außerdem über die Jahre verändern. Auch wenn man also prinzipiell anfangs in der Lage ist, die gesamte Pflege abzudecken, sollte man offen bleiben für die Möglichkeit, sich bei Bedarf Unterstützung zu holen und Dinge abzugeben, um die eigenen Kräfte zu schonen und soziale Isolation zu vermeiden. Schon die Teilnahme an einem Pflegestammtisch kann Entlastung bringen, da man soziale Kontakte pflegt, Wissen austauscht sowie Verständnis und Bestätigung erfährt:

Und tut einfach gut, wenn man mit Leuten redet, die einem wirklich dann verstehen, eben um Kleinigkeiten, was du jetzt mit einem anderen, mit einem Freund oder Bekannten sagst, die sagen „ja“ drauf und das war es. Und die sagen halt wirklich, die können sich reinfühlen in das und geben dir auch Ratschläge oder man kann ihnen Ratschläge geben, es ist einfach, es tut einfach gut. Und ich fahr jeden Monat hin.

Hier gilt es jedoch auch, eine Verbesserung der Rahmenbedingungen zu erreichen, damit pflegende Angehörige auf Angebote zugreifen können, die sie auch tatsächlich als entlastend empfinden. Da Familien- und Tagesablaufstrukturen in einer pluralistischen Gesellschaft große Diversität aufweisen, sollen auch die unterstützenden Angebote, soweit organisatorisch und finanziell möglich, vielfältig, kreativ und flexibel an den vorhandenen Bedürfnissen ausgerichtet werden. In den Interviews zeigte sich, ähnlich den Ergebnissen einer anderen Studie (vgl. Fleischer et al. 2013, 76), dass informell Pflegende sich mehr unkonventionelle, flexible, schnelle und leistbare Unterstützungsformen wünschen. Dazu zählen die kurzfristige Unterbringung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen, kurzfristig abrufbare mobile Dienste, mobile Dienste auch in der Nacht und stundenweise Tagespflege:

Ich hab vorher gesagt, was mir abgeht, ist, dass es nur eben die stundenweise oder die 24 Stunden gibt und keine Alternativen dazwischen, 12 Stunden oder so. Tagdienst, daheim. [...] weil wenn ich jetzt die Stunden nehme, kostet mich das ja wahnsinnig viel, wenn ich die auf 12 Stunden, das kann ich mir mit der Schwiegermutter nicht leisten, wenn man es hochrechnet, weil das kostet ja dann mehr wie die 24 Stunden, weil sie es eben nicht im System haben. Also es wär schon so was, ich glaub, dass es für viele von Vorteil wäre, wenn man das so hätte, so Angebote drinnen hätte, natürlich ist mir klar, dass es die Leute mehr am Tag brauchen als am Abend. Das ist mir schon klar, aber es sollte vielleicht einen Pool geben, wo man weiß, ok, und dort braucht man in der Nacht und dort braucht man am Tag.

Worum es also geht, ist die Stärkung und Kombination verschiedenster Ressourcen. Gelingt diese Zusammenführung, wird die gesellschaftliche Basis gestärkt, echte Subsidiarität wird ermöglicht. In der mobilen Pflege ist es deshalb zunehmend wichtig, dass die professionelle Pflegekraft auch für Angehörigenarbeit qualifiziert ist, um diese zu unterstützen und bei Bedarf zu schulen. Diese Kombination kann auch der auf Pflege angewiesenen Person Ängste nehmen, wie eine pflegende Angehörige erklärt:

Ich glaub, da war einfach die Angst, er ist alleine und wenn mir jetzt was passiert, was tut er dann? Das was ich ihm auch jetzt immer wieder vermittelt habe, er braucht keine Angst haben, auch wenn mir jetzt was passiert. Oder [wenn] jetzt einmal ich einen Tag ins Spital müsste, oder egal was, sag ich, du bist versorgt, die Caritas kommt zu dir dreimal am Tag, viermal am Tag, das ist ausgemacht, sag ich, da brauchst du überhaupt keine Angst haben. Und so versucht man halt auch, seine Ängste in den Griff zu kriegen.

Andererseits können auch konkrete, oft banal erscheinende Erleichterungen des Alltags einen großen Unterschied machen:

[...] man sollte auch schauen, dass man es so einfach wie möglich gestalten kann, oder so gut wie möglich organisieren kann. Dass man auch kein schlechtes Gewissen hat [...], sondern wirklich, dass am Anfang, wo sie keine [Behinderten]Plakette gehabt hat, das war wirklich irre. Ich bin eine halbe Stunde oft im Kreis gefahren, dass ich einen Parkplatz überhaupt gefunden hab, dann war der Parkplatz irgendwo, dann hab ich die Sackerl, die schweren, geschleppt und so, [...] man sollte die Hilfestellungen oder die Möglichkeiten, sollte man sich informieren und annehmen und auch machen.

Allerdings kostet es in der Praxis oft viel Energie, die benötigte Unterstützung auch zu bekommen, was für pflegende Angehörige als große Belastung empfunden wird:

Warum werden einem dann da noch Steine in den Weg gelegt? [...] er ist angewiesen drauf [einen Rollstuhl], er sitzt von früh bis in die Nacht drinnen, er braucht ein gescheites Gerät. Das sind halt dann schon so Sachen wo man die Tage dann sagt, man will nimmermehr. [...] Das denkst du dir ein paar Minuten und dann, es muss weitergehen nicht. Und ich muss schauen, dass er zu einem neuen Rollstuhl kommt, egal wie. Aber, ja, dann redet man halt wieder da herum und dann kennt man den und den und den und dann hofft man, dass es halt irgendwie durch irgendwen wieder funktioniert.

Um die vorhandenen Ressourcen und die Selbstpflegefähigkeit pflegender Angehöriger zu stärken und Erschöpfung vorzubeugen, sind gezielte Entlastungs- und Erholungsangebote offensichtlich sehr gut geeignet. So berichten mehrere pflegende Angehörige, wie kraftspendend und erholsam sie das Angebot eines Kurzurlaubs für pflegende Angehörige empfunden haben.

Das war eine Auszeit, ja, ja, das hat mir gut getan. Das kann ich, das kann ich wenn ich dann wandern geh und Luft hab und frische Luft [...].

Ein niederschwelliger Zugangs zu solchen Angeboten, macht es erforderlich, Nutzungsbarrieren abzubauen, die neben emotionalen auch ressourcenbezogene Ursachen haben können. Die Leistbarkeit von Entlastungsleistungen und die Verfügbarkeit alternativer Pflegearrangements für diesen Zeitraum sind hier zu nennen. So sind Förderungen für solche „Pflegeauszeiten“ nur in manchen Bundesländern vorhanden, ähnliches gilt für die Verfügbarkeit und Förderung von Kurzzeitpflegeplätzen. Ein Anspruch auf ein Paket an Entlastungsleistungen sowie auf Urlaub von der Pflege wäre hier angemessen. Diese sind auch präventiv zu verstehen und nicht nur für den Fall, dass man am Ende seiner Kräfte angelangt ist, wie bei einer interviewten pflegenden Angehörigen:

[...] da hab ich vor zwei Jahren eine Phase gehabt, wo ich gesagt hab, ich, ich, ich kann jetzt bald nicht mehr. Und dann hab ich auf Kur fahren können. Das hat mir wirklich gut getan. [...] ich war so am Sand [...]. Wirklich, ich hab nur, ich war so weit, ich hab nur auf mich denken müssen. Aus. Weil ich mir dann gedacht hab, mir ist es auch egal, wie es jetzt daheim weitergeht. Mir wär es komplett egal gewesen.

Nicht zu unterschätzen sind die emotionalen Ressourcen pflegender Angehöriger. Dieser Aspekt bezieht sich vor allem auf die Beziehung zwischen Pflegenden und Menschen mit Pflegebedarf, die im familiären Kontext immer schon vor der Pflegebedürftigkeit vorhanden war. Die Beschaffenheit dieser zwischenmenschlichen Beziehung hat großen Einfluss darauf, ob Pflege als belastend empfunden wird.

War das Verhältnis schon vor der Pflegebedürftigkeit konfliktbeladen, ist die Gefahr, Gefühle der Überforderung, Aggression oder Verletzung zu entwickeln, sicher größer. Ein herzliches Verhältnis macht es leichter, die Pflegesituation als bereichernd für die eigene Identität und Verortung in der Welt zu betrachten.

Ja, und ich finde, dass, also wenn man sich gut versteht, ist es halt das Beste. Ist halt der Grundstein finde ich für so was, für alte Leute. [...] Aber ich finde, wenn das Verhältnis passt zum ... dass das trotzdem, dass das auf jeden Fall geht. Ich würde es jederzeit wieder machen. [...] jetzt hoff ich, dass ich die Oma noch eine Zeit hab.

Eine gute Beziehung kann also kraftspendend wirken. Eine Herausforderung ist darin zu sehen, dass immer mehr Menschen an Demenz erkranken, was zu einer Persönlichkeitsveränderung der Betroffenen und damit auch ihrer sozialen Beziehungen führen kann. Ständige Konflikte wirken kraftsaugend und schwächen die Ressourcen der Beteiligten. Eine professionell Pflegende im ambulanten Bereich erklärt, dass ab einem gewissen Punkt, eine Veränderung, beispielsweise durch eine stationäre Unterbringung, notwendig werden kann:

[...] es ist so extrem anstrengend und belastend für Angehörige. Wirklich, sobald du dann, ja, wenn die wirklich schwer krank sind, dann schon oder eben stark dement sind, also das ist wirklich belastend. Die 24 Stunden, die ich da da sein muss, also das ist extrem belastend. Und darum versteh ich es dann schon, wenn sie sagen, aus und jetzt kann ich nicht mehr. Und jetzt schauen wir, dass sie einen Heimplatz kriegen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den Interviews sehr deutlich wurde, dass bei informeller Pflege Tätigkeit externe Unterstützung bei der Pflege, Selbstpflege oder auch im Haushalt enorm entlastend wirken kann, wenngleich es anfangs offensichtlich große Überwindung kostet, diese Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Alle von uns interviewten pflegenden Angehörigen haben in der einen oder anderen Form auf Unterstützung von außen zurückgegriffen und damit gute Erfahrungen gemacht, sei dies nun in Form von ambulanten Pflegedienstleistungen, Reinigungsdiensten, Pflegestammtischen oder Erholungsurlaub speziell für pflegende Angehörige. Allerdings gibt es sicherlich viele, die völlig alleine „kämpfen“, was jedoch für alle Beteiligten und die Gesellschaft als Ganzes unvorteilhaft sein kann.

Im Kontext der formellen Pflege sind als internale Ressourcen der Pflegefachkräfte deren Fachwissen in pflegewissenschaftlicher und pflegeethischer Hinsicht verbunden mit personalen Kompetenzen, wie Empathiefähigkeit, zu nennen. Um inadäquate Pflege einerseits und Überforderung andererseits zu vermeiden, ist die vorhandene Fachkompetenz entscheidend. Es geht also darum, darauf zu achten, dass genügend umfassend qualifiziertes Personal in jeder pflegerischen Institution vorhanden ist und Multidisziplinarität der Teams angestrebt wird. So ist es auf Dauer möglich, die von der katholischen Soziallehre geforderte Menschlichkeit auf allen institutionellen Ebenen aufrecht zu erhalten. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass in manchen Bundesländern bewusst an qualifiziertem Personal gespart wird, um die Kosten gering zu halten. Auch der Personalschlüssel ist uneinheitlich:

Ja, was da jetzt vielleicht österreichweit anders gemacht gehört, z. B. finde ich es nicht okay, in Wien ist der Schlüssel für die Pflege viel großzügiger wie bei uns in der Steiermark. Das heißt, wir machen jetzt die gleiche Arbeit mit viel weniger Personal und ich find das nicht ok.

Damit die vorhandenen Ressourcen entsprechend genutzt werden können, kommt es auf die Qualität der inner- und interdisziplinären Zusammenarbeit an. Andernfalls kommt es zu Schwierigkeiten und Komplikationen beim Schnittstellenmanagement:

Wir haben eben die Erfahrung gemacht, bis Ende September war es ja so, sobald wir dort irgendeine pflegerische Salbe geschmiert haben, haben wir eine Delegation gebraucht vom Hausarzt. Und da hat es halt manche Ärzte gegeben die gesagt haben: „Ich kenne die Pflegerinnen nicht, warum soll ich für das unterschreiben?“ Und das war da manchmal eine Schwierigkeit. Jetzt haben wir das Problem nicht mehr, weil jetzt haben wir die DGKS, weil die haben die Gespräche mit den Hausärzten und die haben das jetzt über und das ist gut.

Externale Ressourcen beziehen sich auch auf die institutionellen Rahmenbedingungen, die Pflegefachkräfte vorfinden. Dazu zählt beispielsweise die räumliche Ausstattung, das Vorhandensein von Hilfsmitteln, Weiterbildungs- und Selbstpflegemöglichkeiten sowie die Zeit- und Personalausstattung. Diese Ressourcen werden durch staatliche Institutionen wesentlich mitbestimmt, wenngleich die vertragliche Austauschbeziehung zwischen den Pflegedienstleistenden und den pflegebedürftigen Personen besteht. Die Verfügbarkeit dieser Ressourcen ist also durch einen politischen Aushandlungsprozess wesentlich bestimmt, woraus sich ein strukturelles Finanzierungsproblem ergibt. Gerade auf oberster staatlicher Ebene dominieren dazu Kosten-Nutzen-Rechnungen, wie wir sie in Punkt 1.3 angesprochen haben, die dem Ideal einer Gemeinschaft von Menschen oftmals entgegenstehen. Das zeigt sich in der Praxis darin, dass Zeit- beziehungsweise Personalknappheit oft zu einer Beschränkung auf Grundpflege führen. Soziale und seelisch-geistige Bedürfnisse können dann einfach nicht entsprechend berücksichtigt werden. Manchmal kann es sogar aufgrund dieser fehlenden Ressourcen schwierig sein, diese Grundpflege zu gewährleisten, da beispielsweise die Sicherstellung ausreichender Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sehr zeitintensiv sein kann.

[...] ich hab vor eineinhalb Wochen gesagt, also ich hab zum Wochenende gearbeitet und ich hab gesehen, das geht einfach nicht mehr, mit vier Leuten arbeiten, das geht nicht. Das ist eine Zumutung für die Mitarbeiter und auch für die Bewohner, du musst mit Ruhe jemandem Essen eingeben, das ist keine Qualität, das tu ich nicht.

Eine der Ursachen für Überforderung bis hin zum Burnout von Pflegefachkräften besteht darin, dass Einzelne versuchen, fehlende Ressourcen des beruflichen Umfelds zu kompensieren, statt auf eine Änderung der Rahmenbedingungen zu drängen. Fehlende zeitliche und personelle Ressourcen können auch zur Folge haben, dass professionell Pflegende ihr Fachwissen über neue Pflegekonzepte eventuell nur sporadisch anwenden und umsetzen können. Es reicht also nicht aus, umfassende Möglichkeiten für Höherqualifizierung und Weiterbildung zu schaffen. Vielmehr müssen in der Praxis neben klar definierten, eigenen Entscheidungskompetenzen und Handlungsspielräumen auch die nötigen Ressourcen vorhanden sein, um dieses Wissen anzuwenden. Karl Schwaiger, Vorsitzender der Austria Nurse Directors Association bemerkt dazu, dass in anderen europäischen Ländern wie in Dänemark, Finnland, den Niederlanden und der Schweiz Pflegekräfte über mehr Autonomie verfügen als in Österreich, insbesondere im ambulanten Bereich, wo sie auf Gemeindeebene die ersten Ansprechpersonen für Gesundheits- und Pflegethemen sind. Die Entwicklung zu einer stärker gemeindenahen, extramuralen Versorgung ist aber auch in Österreich absehbar (vgl. Schwaiger 2010, 7).

Insbesondere wenn es, angesichts von Ökonomisierung, Ressourcenknappheit und einem zunehmenden Bedarf nach flexibleren Pflegearrangements darum geht, die vorhandenen Mittel bestmöglich für das gute Leben der Betroffenen einzusetzen, müssen die „im Feld“ Arbeitenden stärker in die Schwerpunktsetzung und die Planung des Ressourceneinsatzes einbezogen werden.

[Ich] hab gesagt, den [Pfleger] brauch ich, und hab ihn bereits zum Wochenende gehabt. Und früher haben wir müssen ein paar Monate kämpfen. [...] seitdem haben wir das schon so erarbeitet, weil wir gesagt haben, das tun wir nicht. Und immer wieder musst du sagen, was wollt ihr wirklich, wollt ihr Quantität oder wollt ihr Qualität?

Schon jetzt besteht in Österreich ein Personalmangel im Pflegebereich, der sich in Folge der steigenden Zahl betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen verschärfen wird, wenn nicht gegengesteuert wird (vgl. Positionspapier Caritas, 27). Ein ehrenamtlich im Besuchsdienst Tätiger spricht, auf die Frage nach Verbesserungen antwortend, die Personalknappheit direkt an:

Ich mein [...] dass es mehr Personal geben sollte. Weil, dass z. B. in der Nacht nur ein Pfleger da ist für beide Stationen. Da hat einmal einer gesagt, wir haben momentan die Darmgrippe, währenddessen ich den einen gewickelt hab, haben drei schon wieder geläutet.

Für diplomierte Pflegefachkräfte führt insbesondere der durch Initiativen zur Qualitätssicherung gestiegene Dokumentationsaufwand zu Zeitknappheit:

Die Pflege geht schon also grundsätzlich. Aber die Dokumentation dafür braucht man schon (Lachen) mehr Zeit. [...] Es geht nur knapp. Also mit der Dokumentation. Aber andererseits Diplomierte sind ja verpflichtet, auch die monatliche Evaluation zu machen. Pflegeplanungen und alle Risiken [...], wenn es sich nicht ausgeht, bleib ich vielleicht ein bisschen länger oder komm ich einmal extra. Oder wenn ich in der Nacht ein bisschen Zeit hab, aber der Zeitdruck ist da.

Die Personalknappheit zeigt sich auch am vielfachen Einsatz von Arbeitskräften aus Osteuropa, der nur durch die noch vorhandenen starken Einkommensunterschiede ökonomisch sinnvoll ist. Die globale Care-Kette hilft wirtschaftlich stark entwickelten Staaten die Kosten für Pflegeleistungen zu senken. Wie es um die Zukunftsfähigkeit dieses Modells bestellt ist, ist umstritten. Um mehr Menschen für diese Berufe zu begeistern, ist es sicherlich notwendig, die öffentliche Wertschätzung und die Betonung der schönen Seiten der Pflegeberufe zu erhöhen. Eine professionell Pflegende erklärt jedoch, dass passende Rahmenbedingungen diese schönen Erlebnisse im Berufsalltag oft erst ermöglichen:

[...] gestern waren wir einen Nachmittag zu viert, weil ich gesagt hab, tut bitte mit Ruhe und gemütlich niederlegen die Leute. Lasst euch schön gemütlich Zeit. Weil wie lustig ist das, die Leute erzählen dir was, du erfährst so viel das hilft auch oft in der Pflege viel, weil du einfach viel weißt von dem.

Ressourcen sind also wichtige Mittel, die ein gutes Leben in der Pflege ermöglichen. Unsere Analyse hat gezeigt, dass sie, richtig und unter geeigneten Rahmenbedingungen eingesetzt, für Erleichterung und Entlastung aller Beteiligten Personen sorgen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass in vielerlei Hinsicht Verbesserungsbedarf besteht. Denn bei Weitem nicht alle Menschen haben Zugang zu denjenigen Ressourcen, die sie tatsächlich benötigen. Der Weg zu einer Gesellschaft, die den Idealen der katholischen Soziallehre entspricht, ist in dieser Hinsicht noch weit.

4.6 Beziehungen und Kommunikation

Wie sich schon an früherer Stelle dieses Berichtes gezeigt hat, sind die Tätigkeiten der Betreuung und Pflege eng an Fürsorglichkeit und Beziehungsarbeit gekoppelt (vgl. Punkt 3.1). Der zwischenmenschliche Bereich ist von entscheidender Bedeutung, will man gute Pflege leisten. Es geht schließlich darum, sein Gegenüber als vollwertige Person in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen – ein Motiv, das uns auch als einer der Grundpfeiler der katholischen Soziallehre begegnet ist. Damit Beziehungen funktionieren, muss die Kommunikation zwischen den einzelnen Beteiligten gelingen. Man muss sich verständigen können und in der Lage sein, die Botschaften der KommunikationspartnerInnen zu entziffern. Nur so wird es möglich, Prozesse der Wechselbeziehung zu gestalten und bewusst zu erleben (vgl. Matolycz 2009). Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass in unseren Gesprächen gute Beziehungen und gelingende Kommunikation als wesentliche Elemente eines guten Lebens in der Pflege angesprochen wurden.

Wird ein Mensch betreuungs- bzw. pflegebedürftig, verkleinert sich meist sein Handlungsspielraum. Er ist verstärkt auf andere angewiesen, um den Alltag meistern zu können. Seine Verletzlichkeit tritt in größerem Ausmaß zu Tage und Abhängigkeiten nehmen zu. Pflegende – vor allem Professionelle – sind in der Regel körperlich und auch geistig handlungsfähiger. Sie verfügen darüber hinaus über einen Wissens- und Informationsvorsprung. Daher wird die Beziehungsstruktur zwischen Pflegeempfängerin oder Pflegeempfänger und Pflegenden auch als „asymmetrisch“ bezeichnet (vgl. Menche 2004, 68). Hinzu kommt, dass Menschen mit Pflegebedarf oftmals Schwierigkeiten haben, alterungsbedingte Änderungen anzunehmen. Sie fühlen sich teilweise unattraktiv, nicht zuletzt, da der „alternde Körper“ nicht dem Schönheitsideal moderner westlicher Gesellschaften entspricht. Vor allem, wenn sie Körperfunktionen wie Ausscheidungen nicht mehr vollständig kontrollieren können, ist das häufig mit Schamgefühlen verbunden, was das Machtgefälle in den entsprechenden Beziehungen zusätzlich auseinanderdriften lässt.

Umso mehr ist es für gelingende Beziehungen zwischen Pflegeleistenden und Pflegeempfängern erforderlich, eine Kommunikationskultur zu entwickeln, die die menschliche Person in den Mittelpunkt und die angesprochene Asymmetrie, soweit möglich, in den Hintergrund rücken lässt. Aufmerksames Zuhören und die Bereitschaft seitens der Pflegenden „auf Augenhöhe“ zu kommunizieren, wurden in unseren Gesprächen besonders deutlich als Qualitätskriterien einer guten Pflege angesprochen.

Ehrlichkeit [...] ehrlich mit Worten. Was ja manchmal nicht so schön ist zurzeit. Auf beiden Seiten, unbedingt. Unterstützung ist hilfreich, wenn es ihnen nicht aufgedrängt wird. Wenn man wen bittet oder wenn es auch vielleicht irgendwer doch sieht, jetzt geht es aber wirklich nicht mehr oder so [...]. Ich muss ja nicht gleich mit erhobenem Zeigefinger was ansprechen, ich kann, ich kann das ja auf höfliche Art, oder? Ja. Auf normale Art, auf eine Art mit der man beide kann oder mit der alle können, nicht?

Der Aufbau von tragfähigen Beziehungen braucht in der Regel Zeit. Ein Schlüsselbegriff, der in diesem Zusammenhang oft gefallen ist, ist „Vertrauen“. Es ist notwendig, Vertrauen aufzubauen, damit Pflegeangebote auch tatsächlich angenommen werden. Bedenkt man, dass im professionellen Bereich normalerweise zunächst völlig Unbekannte Pflegeleistungen übernehmen sollen, die weit in die Intimsphäre des Klienten eindringen, wird schnell verständlich, dass der Prozess des Vertrauensaufbaus schwierig sein kann. Patentrezepte, damit dieser überhaupt gelingt, gibt es keine. Dennoch bewähren sich in der Praxis manche „Strategien“ sehr gut, wie uns etwa eine Mitarbeiterin in der Hauskrankenpflege erzählt:

Man schafft es [Vertrauen aufzubauen] nicht immer, aber sehr oft. Und da ist ganz ausschlaggebend immer das gleiche Gesicht. Wenn wir da einen Betreuungswechsel haben, dann kommen wir dort nicht hin, wo wir hin wollen. Ja, da ist es ganz wichtig zu schauen, wenn die Pflegerin da ist, dass die immer zum gleichen Klienten kommt. Und einfach jeden Tag ein Stück mehr. Das kann oft bis 14 Tage dauern bis einmal gar nichts passiert, außer dass ich dort eine halbe Stunde bin und halt rede mit dem Kunden. Und schön langsam, ok, dann gehen wir halt mal ins Bad. Dass sich das so aufbaut und dann kommt die Einsicht. Ja, wenn sie es dann probiert haben, „ah wie gut“.

Hier wird deutlich, wie wichtig es für eine gute Pflege ist, auf die Menschlichkeit seines Gegenübers Acht zu nehmen. Menschen sind eben keine Maschinen, und es gibt kein rein mechanistisches Verfahren, gute Beziehungen „herzustellen“. Dennoch ist es durch Einfühlsamkeit, Geduld und einen respektvollen und vorsichtigen Umgang sehr häufig möglich, den richtigen „Draht“ zu den Klienten und Klientinnen zu finden. Dazu gehört etwa auch ein langsames Kennenlernen, das nicht in erster Linie von der Pfl egetätigkeit, sondern vom Interesse an der Person und ihren Vorlieben gekennzeichnet ist. Eine „Strategie der kleinen Schritte“ ist normalerweise am zielführendsten:

Also ich z. B. für mich, ich versuche dann immer [...], dass ich sie einfach ein bisschen ablenke, dass man über Sachen, über andere Sachen redet und [...] fragt auch wie haben sie es früher gemacht, z. B. auch mit der Körperpflege [...]. Und meistens wird es dann schon [...].

Gerade Kleinigkeiten sind es also, die oft den Unterschied in einer gelungenen Pflegebeziehung machen – „details matter“. Ein paar freundliche Worte, ab und zu einmal die Frage, wie es einem geht oder eine respektvolle Berührung machen für die Klientinnen und Klienten einen Unterschied. Zeit für ungezwungene Gespräche ist pflegebedürftigen Menschen in der Pflegebeziehung meist sehr wichtig. Solche Gespräche können dann durchaus auch schnell sehr Persönliches zum Gegenstand haben und für Entlastung sorgen, wie eine Gesprächspartnerin mit Pflegebedarf bemerkt:

Ich finde das sehr zu schätzen, weil man kann mit ihnen reden auch, sie sind für alles empfänglich und man kann sich aussprechen. Manche [Menschen mit Pflegebedarf] werden sicher auch weinen und sehr traurig sein. Und sie [die Pflegenden] können auch ... sie verstehen auch zu trösten. Die sind da sehr ... also man könnte es sich ohne sie nicht vorstellen. Sie sind lobenswert, eine wie die andere.

Gerade die Kommunikation ohne Worte – die nonverbale – sollte keinesfalls unterschätzt werden. Blicke, Gesten, Mimik, Berührungen und die Körperhaltung drücken sehr viel aus (vgl. Matolycz 2009, 16). Sie sind für eine gute Beziehung ebenso relevant wie das, was tatsächlich gesagt wird. Es zeigt sich somit, dass die Forderung der katholischen Soziallehre nach Menschlichkeit in institutionellen Kontexten (vgl. Punkt 1.3) unmittelbar für die Organisation der Pflege relevant ist. Es ist wichtig, dass Werte wie Liebe, Freundschaft, Mitgefühl und Vertrauen in Pflegedienstleistungen und den Einrichtungen, die sie organisieren, spürbar sind. Dieser Punkt ist besonders hervorzuheben, da angesichts des steigenden Pflegebedarfs die große Gefahr besteht, dass Pflege zu einer Ware wird, die in erster Linie nach ökonomischen Kriterien verwaltet wird. Hinzu kommt, dass speziell der „Charakter“ stationärer Einrichtungen große Herausforderungen für gelebte Menschlichkeit darstellt. Denn der Alltag im Pflegeheim ist typischerweise geprägt von Regeln und institutionell vorgeschriebenen Abläufen. Bis zu einem gewissen Grad ist dies notwendig, um ein geordnetes Zusammenleben gestalten zu können, in dem alle BewohnerInnen die angemessene Versorgung erhalten. Doch die

Standardisierungen machen es zweifelsfrei schwierig, die Werte zu leben, die zwischenmenschliche Beziehungen so wertvoll machen.

Laut der Einschätzung einiger MitarbeiterInnen gestalten sich die Pflegebeziehungen in der ambulanten Pflege in der Regel intensiver als im Pflegeheim, was hauptsächlich auf zwei Punkte zurückgeführt wird. Erstens tritt man in der ambulanten Pflege in das häusliche Umfeld der Klienten ein, in dem diese in der Regel schon viele Jahre ihres Lebens verbracht haben und in dem jeder Raum, jeder Gegenstand eine persönliche Geschichte hat. Das Eindringen in dieses Umfeld, das im Gegensatz zur Situation in einem Heim von einer Mitarbeiterin als „richtiges Zuhause“ beschrieben wurde, ist besonders fordernd für die Beziehungsarbeit und den Vertrauensaufbau. Zweitens trägt der Faktor Zeit dazu bei, dass Pflegearbeit im ambulanten Bereich aus Sicht der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen persönlicher ist. Im Pflegeheim kommt es zu mehr Patientenkontakten in kürzerer Zeit, was sich natürlich auf die Art der Beziehungen auswirkt.

Wie ich mobil gearbeitet habe, bin ich 1, 2 Mal zu den Leuten hingefahren und das auf zwei-einhalb, drei Jahren. Ich war wie ein Familienmitglied dort. [...] Dort hab ich für die ganze Woche oder für zwei Wochen aufgeteilt acht verschiedene Klienten gehabt, da hab ich jetzt 40. Und da musst du sehr wohl abwägen, z. B. ich kann nicht bei einem jeden jeden Tag sein. Ich sehe sie zwar oder ich rede sie an oder ich grüße oder sonst was oder ich bemerk sie einfach indem ich hinzu gehe und ein paar Worte wechsele, das ist schon klar, aber pflegen kann ich nicht jeden Tag, das geht einfach nicht.

Damit soll freilich nicht angedeutet werden, dass der Arbeits- und Zeitdruck im ambulanten Bereich zu vernachlässigen ist. Doch die Art und Weise, wie die Arbeit dort organisiert ist, erlaubt laut Einschätzung unserer GesprächspartnerInnen tendenziell eine andere, intensivere Form der Pflegebeziehung.

Eine Garantie dafür, dass Pflegebeziehungen gelingen, gibt es freilich in keinem Kontext. Manchmal stimmt die „Chemie“ zwischen den Beteiligten einfach nicht. In solchen Fällen wird es dann als wertvoll erachtet, wenn die Möglichkeit besteht, durchaus einmal „nein“ zu einer Pflegebeziehung sagen zu können. Gute Beziehungen kann man schließlich nicht erzwingen. Dazu bemerkt eine Führungskraft der ambulanten Pflege:

Das kommt immer wieder einmal vor, dass es heißt, bitte schicken sie mir die nicht mehr. Ich kann Ihnen gar nicht sagen, warum. Und das akzeptieren wir natürlich. Ich mein, man kann nicht mit jedem Menschen. Und wenn ich dann weiß, ok der kommt jetzt drei Mal in der Woche und in Wahrheit steht man die überhaupt nicht zum Gesicht. Dann find ich es ganz toll von den Leuten, wenn sie anrufen und sagen, wenn das geht, bitte nicht mehr. Und wenn ich mit jemandem kann dann lass ich auch viel schneller was zu.

An dieser Stelle treffen wir wieder auf Herausforderungen, wie sie uns schon im Abschnitt über Selbstbestimmung untergekommen sind. Denn aus organisatorischen Gründen ist es teilweise schwer möglich, allen Klientenwünschen nachzukommen. Krankenstände, Urlaub, freie Tage und MitarbeiterInnenwechsel verhindern manchmal Kontinuitäten und Wahlmöglichkeiten, welche die jeweilige Pflegeperson betreffen. Zusätzlich ist es aus Sicht der Pflegenden angebracht, Verantwortung auf mehrere Schultern zu verteilen und nicht zu starke Abhängigkeiten entstehen zu lassen.

Darüber hinaus ist zu hinterfragen, ob es wirklich angemessen sein kann, den Vorstellungen der PatientInnen in jedem Fall entsprechen zu wollen. Manche Motive, warum Beziehungen verweigert werden, sind moralisch bedenklich, und man sollte nicht grundsätzlich davon ausgehen, dass es

diesbezüglich im Alter zu keinem Umdenken mehr kommen kann, wie uns eine Ehrenamtliche im Besuchsdienst mitteilte:

Und ich denke mir ja sowieso, ich glaube dass der Mensch so lange er lebt auch lernfähig bleiben sollte und auch lernen muss. Ich würde ihnen ja das nicht alles aus dem Weg räumen und einem jeden jetzt nur den servieren, der ihnen zum Gesicht steht, sondern sie müssen lernen, die Menschen sind unterschiedlich. Genauso wie das ein Kind lernen muss und genauso ... so denk ich mir, bis zur letzten Stunden des Lebens. Und manche Dinge sind hart, auch für alte Leute. Aber sich dahinter zu...verschanzen klingt jetzt blöd, aber der ist halt schon alt, der versteht das nicht so, ich glaube das ist wieder so, für mich ist das fast so ein ... ich weiß nicht, entmündigend ja fast.

Wie wir in Teil eins gesehen haben, ist das Alter ein vielschichtiger Lebensabschnitt mit großen Potentialen und Möglichkeiten des persönlichen Wachstums. Das kann auch für moralische Haltungen und festgefahrene Vorstellungen gelten. Wie im Einzelfall vorzugehen ist, kann aber nur individuell und unter Beachtung der Gesamtsituation, insbesondere der asymmetrischen Pflegebeziehung, entschieden werden.

Beziehungen stellen schon in professionellen Pflegekontexten viele Herausforderungen dar. Nochmals komplexer ist die Beziehungsebene jedoch, wenn Angehörige die Pflege bzw. Betreuung übernehmen. In diesen Fällen ist es zwar nicht erforderlich, dass die beteiligten Personen eine Beziehung von Null weg beginnen. Es gibt eine gemeinsame Basis, gerade auch, was das gegenseitige Vertrauen betrifft, auf der man aufbauen kann. Der „Einstieg“ in die Pflegebeziehung ist in solchen Fällen oft einfacher, zumal pflegende Angehörige Betreuungs- und Pflegeleistungen häufig ohne bewusste Entscheidung übernehmen. Eine solche für viele pflegende Angehörige typische Situation schildert Frau Egger:

Also ich hab da hergeheiratet vor 35 Jahren. Da waren meinem Mann seine Eltern in meinem Alter, sagen wir so. 56 und 65. Sie haben kein Auto gehabt. Also war das schon logisch, dass überall ich sie hinfahre. Zu den Verwandten und einkaufen, zum Zahnarzt, zum Doktor, das war einfach von Haus aus so. [...] Dann war sie aber einmal im Krankenhaus weil sie länger krank war. [...] Dann war aber der Schwiegervater schon so ... Frisör fahren, und Doktor fahren und Medikamente holen, das schon für beide erledigen, weil die haben nie den Führerschein gehabt beide. [...]. Und dann sind halt die Jahre so vergangen [...].

Aber dadurch, dass sich die Betreuung bzw. Pflege einer/eines Angehörigen „einfach so ergibt“, können andere Schwierigkeiten auftreten, die es für gelingende Pflegebeziehungen zu meistern gilt. So haben solche Beziehungen, da sie eben gerade nicht von Null weg beginnen, eine Geschichte. Und je nachdem, wie diese aussieht, ergeben sich verschiedene Konstellationen, unter denen die Pflege und Betreuung stattfindet.

So kann es in der Praxis vorkommen, dass Menschen – in der Regel handelt es sich um Frauen – jemanden betreuen, der im „Leben vor der Pflege“ eine dominante Rolle in der Beziehung innehatte. Durch die Umkehr dieser Verhältnisse in der Pflege kann es hier zu Dynamiken kommen, die für alle Beteiligten schwer in den Griff zu bekommen sind. Natürlich gilt auch hier, dass die Pflegebeziehung in vielerlei Hinsicht eine asymmetrische ist, in der die Pflegeempfängerin oder der Pflegeempfänger einer Abhängigkeitslage ist. Häufiger als in professionellen Kontexten passiert es aber auch, dass auf die Pflegenden Druck ausgeübt wird, der zu einem erheblichen Teil aus der Beziehungsgeschichte kombiniert mit sozialen Erwartungshaltungen zu erklären ist.

Sie ist eine sehr dominante Person. Es ist eigentlich alles nur was gewesen, solange es sie getan hat. Die Gurken im Garten waren schöner, wie sie sie gehabt hat. ... da kommst nur heim und nur negativ ... da ist die Betreuung dann einfach oft nicht lustig auch oder nicht mehr zu verkraften. [...] Also immer das „Hast du das noch nicht getan?“ und „Hast du das noch nicht getan?“

Hohe Erwartungshaltungen in der Pflege von Angehörigen können insbesondere dann zu Spannungen führen, wenn der Eindruck entsteht, dass die Pflege- bzw. Betreuungsarbeit nicht wertgeschätzt wird (vgl. Punkt 4.7). Und der mangelnde Ausdruck an Wertschätzung hat sehr viel mit mangelnder oder falscher Kommunikation zu tun. In diesem Zusammenhang sieht man, wie wichtig es ist, auch die Rolle der zu Pflegenden für gute Pflegebeziehungen zu betonen. Schaffen sie es, ehrliche Dankbarkeit und Anerkennung auszudrücken, ist es wesentlich einfacher, gute Pflegebeziehungen zu etablieren.

Das kennt man, dass sie dankbar ist [...]. Wenn sie wieder Spaß, oder wenn sie wieder lacht [...] das kennst du am Gesichtsausdruck und so. Wenn es ihr passt. Ja. Und wenn es ihr schlecht geht, natürlich, kennst du es auch.

In diesem Fall gelingt es, auf sehr subtile Art und Weise zu kommunizieren, wodurch es zu „tiefen Begegnungen“ kommt, die nicht einmal auf Worte angewiesen sind. Gelingt das jedoch nicht, kann es durchaus zu Frustration aufseiten der pflegenden Angehörigen kommen:

Ich muss sagen, sie ist eine Person, die keine Freude haben kann. Ganz egal, ich weiß, sie mag die Dany Sahne gern, dann bring ich wieder welche heim und stell sie rauf, alles logisch. Alles logisch, sie kann keine Freude haben. Oder ich geb ihr mal Blumen rauf ... keiner Rede wert. Und da denk ich mir, sie ist eine eiskalte Person.

Tiefe Beziehungen werden von pflegenden Angehörigen häufig als erfüllend und kraftspendend bewertet. Man bekommt „etwas zurück“ und merkt, dass die eigenen Anstrengungen zu mehr Lebensqualität beim Gegenüber führen. Intensive Beziehungen in der Pflege können für beide Beteiligten ein wichtiger Teil eines guten Lebens sein. Es ist auch möglich, dass durch die Pflegetätigkeit Beziehungen enger werden und Bindungen entstehen, die ohne diese Veränderungen vermutlich so nicht stattgefunden hätten.

Ja, sie ist schon noch dankbarer geworden. Sie hat früher nicht gesagt, wenn ich irgendwas getan habe, dass da ... das ist schon ... das ist schon noch durch die Pflege also, durch das ist sie schon noch sehr dankbar geworden. Es hat sich sicher noch mehr zum Guten [gewendet].

Pflegebeziehungen können also durchaus sehr positiv wahrgenommen werden und zu einem erfüllten Leben beitragen. Allerdings sollten sie immer unter Rahmenbedingungen stattfinden, die Grenzziehungen ermöglichen, Entlastungen für beide Seiten bieten und ausreichend Wissen und Ressourcen bereitstellen. Denn sonst kommt es zu Überforderungen, die sich auf alle Beteiligten negativ auswirken, was uns zu einem weiteren großen Thema in der Pflege von Angehörigen führt: Grenzen von Beziehungen. Pflegetätigkeiten führen bei pflegenden Angehörigen häufig dazu, dass sie über Jahre hinweg auf engstem Raum mit den zu Pflegenden leben und rund um die Uhr in „Bereitschaft“ sind. Die Beziehungen sind somit häufig sehr eng, was zu einer regelrechten „Selbstaufgabe“ führen kann. Ohne professionelle Unterstützung, die viele nicht in Anspruch nehmen, laufen pflegende Angehörige Gefahr, physische aber auch psychische Krankheitsbilder zu entwickeln. Dabei gäbe es oftmals Hilfsangebote, die für Entlastungen sorgen, und die Betreuungsqualität

zusätzlich positiv beeinflussen. Doch aufgrund verschiedener Faktoren werden diese Angebote nach wie vor zu selten beansprucht (vgl. Punkte 4.4. und 4.5.).

Die Pflege von Angehörigen findet immer vor einem gemeinsamen Hintergrund statt. Man kennt sich gegenseitig und weiß um gewohnte Tätigkeiten. Tritt Pflegebedürftigkeit ein, führt das in der Regel dazu, dass Änderungen im Alltag anstehen. Gerade gegenüber Personen, die einem nahestehen, tritt hier des Öfteren das Gefühl auf, sein Gesicht zu verlieren. Man schämt sich, sein Leben nicht mehr selbst bewältigen zu können, wie es früher der Fall war. In solchen Situationen ist erfolgreiche Kommunikation essentiell, wie uns eine Gesprächspartnerin erzählte:

Nein, seit dem letzten Schlaganfall [...] war sie im Spital dann so depressiv, und dann hab ich gesagt: "Ja, Oma, geht es dir so nicht gut?" Dann hat sie gesagt: "Nein, wenn ich jetzt heimkomm, wie ich beieinander bin, ich kann ja gar nicht mehr kochen." Da sag ich: "Ja, das ist doch gar Problem, schau, ich bin alleine, du bist alleine" Da hat meistens sie noch eine Kleinigkeit hergerichtet so für uns zwei. Und jetzt haben wir halt getauscht. Hab ich gesagt, ist ja kein Problem, ich komm um halb 12, dreiviertel 12 heim, dann koche ich. Naja, dann hat sie es sich überlegt und akzeptiert.

Auch wenn es um Körperpflege geht, die ja gezwungenermaßen in die Intimsphäre eindringt, kann es bei pflegenden Angehörigen nicht zuletzt aufgrund der gemeinsamen Geschichte auf beiden Seiten zu Schamgefühlen oder anderen negativen Emotionen kommen. Umso wichtiger sind Kommunikationsstrategien, die der jeweiligen Person und Situation gerecht werden. Pflegende Angehörige entwickeln in vielen Fällen ein Gespür dafür, wie man eine schwierige Situation angehen muss, damit sie für alle Beteiligten akzeptabel ist.

Ich muss ehrlich sagen, wie sie damals den Schlaganfall gehabt hat, denk ich mir, wenn wir halt jetzt eine Windel nähmen. [...] ich hab gewusst, es sind noch so Windeln da vom Opa und ich hab auch gewusst wo. Und dann hab ich gesagt: "Oma, das kriegen wir schon, bis dass die Frau Doktor kommt. [...]" "Weißt du was, da legen wir jetzt ein paar dicke Handtücher rein und du lässt einfach laufen. Aber es wär geschickt, wenn wir noch so Windeln hätten vom Opa" hab ich gesagt, "ja, da haben wir doch welche gehabt, nicht, aber die haben wir ja nicht mehr." "Ja", sagt sie, "da sind schon noch welche da." Sag ich: "Da sind noch welche da?" - Ich hab es eh gewusst, wo sie sind. Sag ich: "Ja, wo wären denn die?" – "Ja, die sind im Kästchen im Wohnzimmer", [...] Und da sag ich: "Ja, sollten wir Windeln reintun?" – "Ja, tust du halt eine Windel rein, bis dass die Frau Doktor kommt." Und da war die Barriere gebrochen.

Beziehungen und Kommunikation spielen aber nicht nur in der direkten Pflegebeziehung eine Rolle. Menschen mit Pflegebedarf äußerten sehr häufig, wie wichtig ihnen der Kontakt mit anderen Menschen ist. Der regelmäßige Austausch mit Familienangehörigen und FreundInnen ist in der Regel ein wichtiger Teil eines guten Lebens dieser Menschen. Eindrucksvoll schilderte eine Dame mit Pflegebedarf, wie wichtig ihr die Kontaktpflege ist und welche Anstrengungen sie unternimmt, damit Beziehungen aufrechterhalten werden:

Und ich bemühe mich sehr um Freundschaftspflege [...]. Also nachdem es ja mit dem Gedächtnis ... dass man sich das nicht mehr so merken kann [...] Dann wird immer aufgeschrieben, aufgeschrieben. [...] die merken das oft gar nicht. Wenn jetzt wer sagt, ist jetzt beim Haus das Dach schon fertig oder irgendwas. Die merken gar nicht, da ist jetzt eine Zeit vergangen, dass ich das noch weiß. Das ist nicht für alle so selbstverständlich. [...] Dass ich aufmerksam bleib, wenn mir wer was erzählt. Dass ich da einfach weiterfragen kann und ganz

orientiert bin. Auf das lege ich selber sehr viel Wert. Das ist meine Freundschaftspflege. Ich rufe auch immer wieder wen an. Zu allen möglichen Anlässen oder zwischendurch einfach so und frag, und so, damit nichts einschläft [...].

Doch nicht immer ist es der Fall, dass betagte Menschen mit Pflegebedarf soziale Kontakte pflegen. Die Gründe dafür sind vielfältig und manche fühlen sich vielleicht wirklich wohl, wenn sie sich im Alter zurückziehen können, so wie es die Disengagement-Theorie generell für das Alter empfiehlt (vgl. Punkt 1.3). Doch häufig hat ein Rückzug andere Gründe und wird von den Betroffenen negativ bewertet. Vor allem im sehr hohen Alter kann es beispielsweise vorkommen, dass es nur sehr wenige Bekannte und Verwandte mehr gibt, zu denen Beziehungen unterhalten werden können. Eine solche Situation gepaart mit körperlichen Einschränkungen führt manche in eine isolierte Lebensweise, die kaum als „selbst gewählt“ bezeichnet werden sollte.

[Die sozialen Beziehungen sind] jetzt sehr wenig, weil ich ja schon 102 Jahre alt bin, nicht. Jetzt sind schon alle weggestorben. Ich habe einen Neffen, einen Neffen habe ich, dann im Ausland eine Cousine, mit der ich kaum in Verbindung bin, [...] Zu Hause im Haus hab ich niemanden. [...] mit meinen Nachbarn und mit allen anderen will ich nicht viel in Verbindung sein, weil ich so schlecht höre und so schlecht ... sehe. Jetzt muss der mich immer, muss der immer fragen. Das ist ja nicht angenehm, für den nicht und für mich nicht, dass man immer fragt, wie war das, was war da.

Gerade in solchen Fällen können ehrenamtlich Tätige einen wertvollen Beitrag zum guten Leben von Menschen mit Pflegebedarf leisten. Sie wirken gegen Einsamkeit und Alleinsein und sorgen für eine „Ansprache von außen“. Besuchsdienste, wie sie von der Caritas organisiert werden, dienen in diesem Sinne vor allem dazu, Kommunikation und folglich auch Beziehungen zu ermöglichen, die im Leben vieler pflegebedürftiger Menschen zu kurz kommen. Denn Gespräche tun gut und bringen etwas Abwechslung in den Alltag, wie uns unsere ehrenamtlichen Interviewpartnerinnen und -partner mitteilten. Man erzählt sich gegenseitig die eigene Geschichte und entwickelt auf diese Weise eine persönliche Bindung. Für viele Menschen mit Pflegebedarf wird der regelmäßige Kontakt zu Ehrenamtlichen dadurch zu einem Fixpunkte in ihrem Leben, der für eine nachhaltige Steigerung der Lebensqualität sorgen kann:

[...] da gibt es wirklich Leute die sind so ... angetan, wenn wer kommt für die eine Stunde in der Woche, dass sie wirklich zu Tränen gerührt sind. Also die Erfahrung hab ich auch gemacht. Ich muss sagen, da merkst du eigentlich so hautnah was für Menschen [wertvoll ist], oder dass irgendwer kommt der einfach nur redet mit ihm. Der sie so nimmt, wie sie sind.

In der Regel lernen Ehrenamtliche die Menschen, die sie besuchen, erst durch diese Tätigkeit kennen. Sie sind dadurch relativ unbefangen. Eine solche Perspektive von außen ist oft hilfreich, da, wie wir gesehen haben, Pflegebeziehungen normalerweise vielschichtig sind. „Altlasten“ sowie ihre asymmetrische Ausrichtung bringen jedenfalls eigene Dynamiken mit sich, die nicht immer von Vorteil sind. Da kann ein regelmäßiger Austausch mit jemanden, der mit der Pflege im engeren Sinn nichts zu tun hat, für Entlastung sorgen. Doch auch in diesen Fällen ist das Thema „Grenzen“ wichtig. Gerade pflegebedürftige Menschen, die wenige soziale Kontakte pflegen, versuchen teilweise, die Ehrenamtlichen „zu vereinnahmen“.

[...] die Vereinnahmung, ja. [...] Weil dann, geh könntest du mir nicht das einkaufen gehen, und könntest du nicht das, und könntest du nicht auch noch aufräumen usw. und so fort.

Dass man [...] über unser Tätigkeitsprofil hinaus [...] vereinnahmt wird. Und natürlich je besser man den Umgang macht umso größer die Gefahr, nicht. [...] irgendwann wird es dann zu meinem Schicksal, nicht mehr zu seinem Schicksal.

Aufgrund solcher und ähnlicher Schwierigkeiten ist die professionelle Begleitung Ehrenamtlicher von großer Bedeutung. Auch hier müssen die Rahmenbedingungen passen, damit gelingende Beziehungen dauerhaft möglich sind.

Der Verlust von sozialen Kontakten ist aber nicht nur für Menschen mit Pflegebedarf ein Thema. Speziell pflegende Angehörige laufen Gefahr, durch die intensive Pflege- und Betreuungsarbeit den sozialen Anschluss zu verlieren – ein Prozess, der oft schleichend vonstattengeht.

Das hat sich ... ja, ein paar sind schon noch. Aber sicher, das Besuchen und das wird immer weniger. Auch dass wer kommt oder was. Es ist sicher ... wenn du länger pflegst oder was, dass sich das schon ein bisschen ... reduziert. Weil man einfach nicht mehr Zeit hat dann, dass man mitgeht vielleicht und so, ja.

Ohne das nötige Wissen und entsprechende Ressourcen führt Pflegearbeit in informellen Kontexten oft zu sozialer Isolierung. Wollen pflegende Angehörige ihre sozialen Kontakte pflegen, ist einiges an Planungsaufwand erforderlich, wie uns eine pflegende Angehörige, die selbst lange Zeit professionell im Pflegebereich gearbeitet hatte, erzählt:

Wir [ich mit meinen Bekannten/Freunden) treffen uns regelmäßig zum Kaffee. [...] Das ist einfach eine Sache der Organisation. Also, ich muss länger planen. Also das, dann ist natürlich, kurzfristig, dann muss ich halt sagen, geht's oder geht's nicht, aber wie gesagt, früher hab ich halt relativ viel viel noch kurzfristig und jetzt muss ich halt einfach schon langfristig planen, dass ich einfach viele Sachen vorher schon weg hab [...]

Gerade Menschen, die in der Pflegearbeit an ihre Grenzen stoßen, haben jedoch oft weder Zeit noch Energie, sich um die Pflege sozialer Kontakte zu kümmern. Dies ist besonders bedenklich, zieht man in Betracht, dass unterstützende soziale Beziehungen eine wichtige Ressource für pflegende Angehörige sind, um ihre Aufgaben bewältigen zu können (vgl. Punkt 4.5). Besonders Pflegestammtische, an denen sich regelmäßig pflegende Angehörige treffen und austauschen, wurden in unseren Befragungen als große Unterstützung beschrieben.

Beziehungen und Kommunikation sind selbstverständlich auch im professionellen Bereich wichtige Themen. Um die vielen Herausforderungen dieser Tätigkeit erfolgreich meistern zu können, ist es z. B. von großem Wert, dass das Betriebsklima angenehm gestaltet ist. Damit ist untrennbar verbunden, dass die kommunikative Ebene funktioniert und die Stimmung im Team passt. Die Beziehungen unter Kolleginnen und Kollegen tragen einen wesentlichen Teil dazu bei, dass man sich in seiner Arbeit wohlfühlt. Dieser Aspekt ist aus zahlreichen Studien bekannt (vgl. etwa Chimento 2007) und spiegelt sich in den Aussagen unserer GesprächspartnerInnen wider.

Ja, ich glaub einfach, dass das Umfeld passen muss, wo ich arbeite. Ich muss mich in dem Team wohlfühlen können. Es muss ein Austausch da sein können, dass ich mich mitteilen kann und dass ich auch durchaus sagen darf, das kann ich nicht oder das möchte ich nicht, oder da geh ich nicht hin. Das muss ich sagen dürfen, dann fühle ich mich vielleicht auch verstanden.

Eine gute Kommunikationskultur wurde häufig als zentrales Element genannt, damit die Arbeit Freude bereitet. Sie trägt darüber hinaus dazu bei, dass Probleme rechtzeitig erkannt und gemeinsam gelöst

werden können. Und dieser Umstand begünstigt wiederum, dass die professionelle Pflegearbeit langfristig in Gesundheit und Wohlergehen ausgeübt werden kann.

4.7 Anerkennung und Wertschätzung

Im Solidaritätsprinzip der katholischen Soziallehre kommt zum Ausdruck, dass wir als Menschen elementar aufeinander angewiesen sind. Die je eigene Persönlichkeit und der Lebensplatz, den jemand einnimmt, werden von sozialen Beziehungen mitgeprägt. Die Identität eines Menschen speist sich eben nicht nur aus inneren Quellen, sondern bedarf der sozialen Anerkennung. Anerkennung und Wertschätzung von außen, im Sinne einer positiven Bewertung persönlicher Eigenschaften und Leistungen, sind also wesentlich für die gelingende Ausbildung der eigenen Identität, die uns zu einem besonderen, bestimmten und lebensbesitzenden Menschen macht. Ihr Gegenteil, also Abwertung, Missachtung oder Geringschätzung, können die Integrität eines Menschen verletzen und demnach ein gutes Leben erschweren. Doch Anerkennungs- oder Missachtungserfahrungen macht man als Person oder Mitglied einer bestimmten Gruppe nicht nur auf der Mikroebene, also im direkten zwischenmenschlichen Kontakt, sondern auch auf der Meso- und Makroebene. Die mittlere oder Meso-Ebene bezieht sich auf die Ausgestaltung der gesellschaftlichen Institutionen, beispielsweise Ämter, Krankenhäuser oder Pflegeheime. Die Makroebene bezeichnet die Gesamtgesellschaft, die sich beispielsweise in der öffentlichen Meinung oder den gesetzlichen Bestimmungen, ausdrückt. Auf allen diesen Ebenen können Individuen und Gruppen von Anerkennung oder eben Missachtung betroffen sein.

Im Kontext der Pflege alter Menschen fällt auf, dass das Fehlen von Anerkennung und Wertschätzung für alle involvierten Personengruppen – pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und professionell Pflegende – ein Thema ist. Wenngleich Kruse und Wahl (2010, 404) festgestellt haben, dass das Alter mittlerweile differenzierter und optimistischer als früher wahrgenommen wird, bestehen im öffentlichen Diskurs weiterhin negative Stereotype über das Altern und hochaltrige Menschen. Altern gilt als ein Prozess, den man so weit möglich vermeiden oder zumindest verlangsamen sollte, da damit zunehmende Defizite, jedoch kaum Potentiale verbunden werden (vgl. Punkt 2.2).

Das Entstehen von Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit erfordert nun aber in der Regel, die eigene Rolle in sozialen Beziehungen und der Gesellschaft und damit auch die Quellen der eigenen Identität neu zu bestimmen. Negative Altersbilder, die Altern als Niedergang und Verlust von Leistungsfähigkeit ansehen und auf die Defizite fixiert sind, erschweren es den Betroffenen, eine positive Neudefinition der eigenen Rolle zu finden, das eigene Selbst und seine Bedürfnisse zu behaupten und weiter an der eigenen Identität zu arbeiten. Eine professionell Pflegende meint dazu:

Gerade in der Altenpflege, glaub ich, ist es sehr verstärkt, der alte Mensch tut sich selber runtermachen, dass er nichts wert ist. Also da ist jetzt wirklich wichtig, der wertschätzende Umgang [...].

Dass Anerkennung stark mit Leistung assoziiert wird, wurde auch in den Interviews deutlich:

Ja, wenn ich es nicht kann mehr, nicht. Ich war ja, und alles. Ich war ja Fuhrarbeiter auch [...]. Die haben mir das, den Betrieb ... kann nicht mehr machen. Arm, arm bin ich. [...] wenn einer gesagt hat, das geht nicht, das geht nicht und wie macht man das. Heute, nein, wie ein Dep-
perter. Ich kann nichts mehr.

Der Verlust der Leistungsfähigkeit wird also oft von den Betroffenen als auch im öffentlichen Diskurs als Defizit begriffen. Im schlimmsten Fall kann dies dazu führen, dass man die eigene Existenzberechtigung in Frage stellt. Es braucht also ein stärkeres geteiltes Bewusstsein darüber, dass Alter, Krankheit und Sterben integrale Teile menschlichen Lebens sind und es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, für Menschen mit Pflegebedarf Verantwortung zu übernehmen. Schober et al. (2007, 91) sprechen ganz im Einklang mit den Prinzipien der katholischen Soziallehre von einer „Kultur des Altwerdens, Altseins und Schwach-sein-Dürfens [...], die diese Entwicklung schätzt und nicht verdrängt.“ Die Verletzbarkeit des Menschen ist schließlich ein Wesensmerkmal, das auf allen gesellschaftlichen Ebenen anzuerkennen ist. Mehr Respekt für Fürsorgearbeit stellt laut der Philosophin Martha Nussbaum (2010, 297) auch die Voraussetzung für die Anerkennung der in diesem Bereich Tätigen dar und befördert den wertschätzenden Umgang zwischen allen AkteurInnen. Die Pflegeethikerin Doris Pfabigan argumentiert ähnlich:

Nur wenn davon ausgegangen wird, dass die Gruppe der Alten und sehr Alten kein exotischer Stamm ist, der fremd inmitten ansonsten nur junger, unbeschwerter, kerngesunder, in Liebe, Glück und Konsum schwelgender Menschen lebt, sondern dass Probleme, Krisen und Konflikte, Ängste und Gefährdungen alle Lebensphasen kennzeichnen, ebenso wie Chancen zum Glück, kann auch Alter als eine Zeit begriffen werden, in der Gedeihen und Wohlbefinden durchaus möglich sind. (Pfabigan 2008, 115)

Wichtig wäre es also auch, realistische gesellschaftliche Visionen gelingenden Alters zu entwickeln. Denn die vorherrschenden negativen Altersstereotype ignorieren Entwicklungspotentiale, die sich aus dem Fundus aus Lebens-, Erfahrungs- und Orientierungswissen ergeben sowie aus neu verfügbaren Ressourcen, insbesondere die in der Mitte des Lebens meist als knapp empfundene Zeit:

[...] weil ein jeder weiß, ich hab so viel Zeit und da kann man dann reden, reden und so. [...] jede Woche ruft er [ein Angehöriger] mich vielleicht so zwei Mal an. [...] Das gibt mir so viel, dass, dass wer zu mir so viel Vertrauen hat über alles zu reden, was jetzt los ist, nicht. [...] Ich hab natürlich Zeit. Wir können telefonieren, weiß Gott wie lang. Für sehr viele ist es einfach auch, die Jungen, die sagen mir, einen jeden Liebeskummer und alles erzählen. Die wissen alle, ich hab Zeit. Und das freut mich wahnsinnig, [...], dass da so viel Kontakt ist. Das ist mir sehr wertvoll, muss ich sagen. Und ich wundere mich immer wieder, weil ich bin ja eigentlich uralte. Dass man mit so einer alten Tante das bespricht.

Auch für pflegende Angehörige sind Anerkennung und Wertschätzung wichtige Kraftquellen, wie in den Interviews sehr deutlich wurde:

Aber bei Angehörigen ist es halt doch so, na die Tante, die heut da war, die hat einmal gesagt: „Mein Gott, der Maria geht's gut! Na, ist eh kein Wunder, wie du dich umschaust drum.“ Das ist Balsam für die Seele. Ich mein, die Oma muss es ja nicht sagen, aber sie sollte zumindest mit einem Lächeln einmal so ein derartiges Zeichen geben. Täte einem gut. Nicht einfach das für selbstverständlich nehmen.

Diese Anerkennung betrifft sowohl die pflegebedürftige Person als auch das familiäre und soziale Umfeld. Spüren pflegende Angehörige, dass ihre Arbeit wertgeschätzt wird, können sie daraus eine positive Bestätigung ihrer Identität erleben:

Oder wenn der Pfarrer einmal gesagt hat: „Ja, sie [die Person mit Pflegebedarf] hat ja auch ein Engerl“ (Lachen) „Und dadurch, durch das geht es ihr so gut.“ Ja, also so Sachen ja, das baut einen dann schon irgendwie auf. [...] Dass man schon das Richtige macht.

Negative Anerkennung in Form von Abwertung wird dagegen als sehr schmerzhaft empfunden, insbesondere wenn die Hauptpflegeperson diese durch andere Familienangehörige oder nahestehende Personen erlebt:

Und die könnten ja [...] sagen, „na so gut wie unserer Mutter bei ihnen geht es ihr ja eh nirgends wo.“ Sondern [sie sagen]: „Ihr habt es ja vertan auch! Jetzt habt ihr sie halt da.“ Für das, dass ich wirklich zu der ganzen Verwandtschaft mit ihr gefahren bin und alles gemacht hab die ganzen Jahre. Mein Gott, ich hab's eh gern getan. Aber wenn's dann wer so sieht, das tut halt dann schon weh.

Solche Formen negativer Anerkennung sind jedoch oft schlicht auf fehlendes Wissen und mangelnde Achtsamkeit zurückzuführen, wie wir an anderer Stelle ausführen (vgl. Punkte 4.4 und 4.8).

Im innerfamiliären Rahmen, wo die Mitglieder eine langjährige gemeinsame Vorgeschichte und eingespielte Rollenverhältnisse verbinden, kann es auf Dauer besonders herausfordernd sein, im Pflegekontext die gegenseitige Wertschätzung aufrechtzuerhalten und die zwischenmenschliche Beziehungen nicht auf die Pflegesituation zu reduzieren. Durch die Nähe und Intensität der Pflegebeziehung können auch ungelöste Konflikte wieder an die Oberfläche treten. Wenn sich alle Beteiligten darauf einlassen, kann deshalb Unterstützung durch externe Personen auch auf die Beziehungsqualität zwischen Familienmitgliedern positiv wirken, wie eine pflegende Angehörige in den Interviews erläuterte:

Das hat mir sehr gut getan, muss ich sagen. Auch den Gatten, muss ich sagen, wenn da eben andere kommen, das rennt einfach, der Tagesablauf ist ganz anders. Als wie wenn ich das jetzt mach, man ist oft grantig oder zwider oder er [ist es] und das ist in der Partnerschaft ... dann kommt gleich ein Streit auch raus. Jetzt tut ihm was weh, du greifst ihn an, der schreit schon, ja es ist einfach anders, wenn wer Fremder da ist und das macht. Da reagiert er ganz anders, die reden mit ihm über ganz andere Sachen [...].

Eine pflegende Angehörige, die mittlerweile selbst in der Altenpflege beruflich tätig ist, führt die Wertschätzung durch die betreuten Personen als wichtigsten Motivator für ihre Berufswahl an:

[...] also einfach die Dankbarkeit die man bei den Menschen dann sieht, dass man ihnen doch immer ein bisschen helfen hat können. [...] Das seh ich jetzt bei den anderen Klienten jetzt auch, dass sie doch dankbar sind, und dass sie sich freuen, wenn man kommt. Und das tut einfach gut, sag ich jetzt einmal.

In der Institution des Heims kann das Fehlen von Anerkennung und Wertschätzung besonders problematisch wirken. Zugespitzt formuliert, treffen in diesen Einrichtungen zwei tendenziell gesellschaftlich gering geschätzte Bevölkerungsgruppen, nämlich pflegebedürftige Menschen auf der einen und professionelle Pflegekräfte auf der anderen Seite, aufeinander. Professionell Pflegende erfahren laut Kruse und Wahl (2010, 416) auf der Makroebene Abwertung durch niedrige Entlohnung, geringes berufliches Prestige und Diskreditierung in den Medien (Stichwort Pflegeskandale), wobei diese Einschätzung primär auf Deutschland bezogen ist und im österreichischen Kontext differenzierter betrachtet werden muss. So ergab eine repräsentative Befragung aus dem Jahr 2010, dass Pflegeberufe von der

österreichischen Bevölkerung als wichtig, verantwortungsvoll und zukunftssicher eingeschätzt werden. Eine andere Untersuchung fand heraus, dass die Arbeit, die Pflegekräfte aktuell in Österreich leisten, von über 80 Prozent als gut oder sehr gut beurteilt wird. Gleichzeitig ist das Image der Pflegeberufe eher negativ, da sie als anstrengend, belastend und gering entlohnt eingeschätzt werden, weshalb viele Menschen sich nicht vorstellen können, selbst in der Pflege zu arbeiten (vgl. SeneCura 2012; Schwaiger 2010, 5). Hinzu kommen in Österreich auch oft fehlende Aufstiegsmöglichkeiten durch die hierzulande gegebene Ausbildungsstruktur, eine kaum vorhandene politische Interessensvertretung und damit verbunden ein nur schwach ausgeprägtes „Wir-Gefühl“. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, wie den Ärzten und Ärztinnen, besteht bei den Pflegeberufen noch wenig „Standesbewusstsein“, das ihnen hilft, die eigenen Interessen und die eigene Expertise selbstbewusst in die öffentliche Diskussion einzubringen und sich gegen Zumutungen energisch zur Wehr zu setzen. Die Folge sind teilweise Gefühle des Übergangen- und Bevormundetwerdens. Bei der Ausbildung für Pflegeberufe hat Österreich im internationalen Vergleich noch immer Aufholbedarf, insbesondere was die Akademisierung und Forschung betrifft. Die Pflegewissenschaftlerin Elisabeth Seidl sieht Pflege deshalb in einem Spannungsfeld zwischen Gebraucht- und Vergessenwerden:

Immer dann, wenn der Bedarf an Pflegeleistungen bedrohlich zunimmt – etwa bei der Versorgung von Alten und chronisch Kranken – wird Pflege aktuell. Auch bei Problemen im Gesundheitswesen, wenn Öffentlichkeit und Medien alarmiert sind, steigt die Aktualität der Pflege. Wenn es jedoch um die Verteilung von Forschungsmitteln geht, wenn es um die autonome Ausübung des Berufes und um Fragen der höheren Bildung geht, dann ist Pflege nicht gefragt, nicht aktuell. (Seidl 2013, in: Körtner)

Gleichzeitig sind professionell Pflegende in Arbeitsbereichen tätig, die hohe fachliche, soziale und persönliche Kompetenzen abverlangen. Diese hohe Verantwortung korrespondiert jedoch häufig nicht mit einem angemessenen großen eigenen beruflichen Entscheidungsbereich, welcher ein Kennzeichen für Professionalisierung ist. Diese fehlende berufliche Autonomie ist zugleich eine der Ursachen wie auch ein Symptom der geringen gesellschaftlichen Anerkennung des Berufsstandes.

Die Kombination aus hoher Verantwortung und (zu) geringer Anerkennung ist nicht nur ein moralisches Problem gegenüber den professionell Pflegenden, sondern auch ethisch gefährlich. Geringe Anerkennung kann dazu führen, dass man sich selbst und die eigene Verantwortung ebenso geringschätzt. Im schlimmsten Fall kommt es dadurch zu Verantwortungsdelegation, Dienst nach Vorschrift und blindem Gehorsam gegenüber den dominantesten Akteurinnen und Akteuren, seien dies nun Vorgesetzte, Angehörige oder Ärzte bzw. Ärztinnen.

Um zukünftig einem Personalnotstand in der Pflege vorzubeugen, müssen mehr Menschen für diesen Beruf motiviert und begeistert werden. Wichtig dafür ist auch die gesellschaftliche Aufwertung von Care-Tätigkeiten, denn allein finanzielle Anreize bringen vielleicht mehr, aber nicht unbedingt die geeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Damit soll jedoch keinesfalls gesagt werden, dass nicht auch bei der Entlohnung Handlungsbedarf besteht. Wertschätzung zeigt sich nicht zuletzt in der materiellen Anerkennung dieser gesellschaftlich wertvollen und inhaltlich anspruchsvollen Arbeitsleistungen:

Was sich verbessern soll, ich mein für die Pflegenden einfach, das was uns ganz wichtig wäre, wäre einfach in der Politik, ja da muss sich unbedingt was ändern. [...] Von den Löhnen, die Politik muss da einfach schauen, dass sich endlich einmal was tut.

Ein wertschätzender Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen ist nicht trennbar vom Umgang der Mitarbeitenden untereinander oder mit den Führungspersonen. So beantwortete ein professionell Pflegender im stationären Bereich die Frage danach, was gute Pflege für ihn ausmacht, folgendermaßen:

Wie ich gesagt habe, Ehrlichkeit erstens einmal und ein gewisses Vertrauen und eine gute Atmosphäre, ein Klima im Team. Freundliche Gespräche und ab und zu einmal eine Frage wie es ihnen geht oder eine Streicheleinheit damit die Seele wirklich (Lachen) also ein bisschen nach vorne kommt.

Er spricht hier also nicht nur die direkte Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten an, sondern zuerst das Klima im Haus, die Organisationskultur und die damit verbundene Menschlichkeit auf verschiedenen Ebenen.

In einem fordernden und oft von Zeit- und Personalnot gekennzeichneten Arbeitsalltag ist eine kooperative und respektvolle Umgangsweise, die für alle Beteiligten gleichermaßen gilt und durch die Organisationskultur aktiv gepflegt wird, sehr wichtig. Auch die pflegebedürftigen Menschen selbst müssen diesbezüglich ihren Beitrag leisten. Denn auch die professionell Pflegenden können durch die Menschen mit Pflegebedarf Abwertung erfahren, beispielweise indem sie wie ein Objekt oder rein als Dienstleistende behandelt werden. Eine solche Haltung wird der Pflegesituation, die stark durch Beziehungen geprägt wird, nicht gerecht.

Gerechtigkeit und die Beachtung individueller Bedürfnisse und Wünsche durch die Führungsverantwortlichen können viel dazu beitragen, für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein gutes Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem sie sich mit ihren Eigenschaften, Leistungen und Bedürfnissen anerkannt fühlen:

[...] wir schauen schon, dass jeder 14 Tage durchgehend immer Urlaub hat, und auch aufgeteilt immer so, gerechter, das war auch nicht so gerecht aufgeteilt mit den Wochenenden und so. Und da muss ich echt sagen, da bin ich pingelig. Nicht pingelig, aber da will ich dass es einem jeden gut geht, weil das ist einfach wichtig.

Die Sorge um das Wohl der Mitarbeiter drückt sich beispielsweise in konkreten Maßnahmen und Angeboten für Selbstpflege und Teambuilding aus. Wertschätzung beinhaltet darüber hinaus, den Mitarbeitern Entscheidungsspielraum zuzugestehen und sie mit einzubeziehen:

Weiterbildung können sie alle in Anspruch nehmen. Es besteht auch die Möglichkeit, immer wieder zu sagen: „Diese Weiterbildung würden wir gern machen, schauen wir nächstes Jahr, dass wir die im Katalog drinnen haben.“ Dann wird das an die nächste Stelle weitergegeben und man versucht, einen Referenten zu finden bei dem Thema.

Besonders im Heim sind es nicht nur die Angehörigen und Pflegefachkräfte, die die Lebenswelt der Bewohner und Bewohnerinnen ausmachen, sondern oft auch Reinigungs- und Küchenpersonal. Für biographie- und personenorientierte Pflegekonzepte sind die Erfahrungen aller Bezugspersonen von pflegebedürftigen Menschen wertvoll und sollten dementsprechend anerkannt werden, wie eine professionell Pflegende hervorhebt:

[...] wir machen immer Ausflüge mit den Senioren und da fahren eigentlich nur alle, die in der Pflege arbeiten und auch die Zivildienstler und unsere Hauptschwester mit. [...] [Wir] würden uns eigentlich auch wünschen, dass wer von der Reinigung mitfahren kann, weil die

arbeiten auch immer oben und erzählen sich sehr viel, ich finde die gehören auch zu unserem Team. [...] Die können viel beobachten, ich finde, das gehört auch dazu, die gehören auch einfach dazu. Weil die Angehörigen haben wir ja auch zum Teil mit.

Die Einblicke in die Interviews zeigen somit sehr schön, wie wichtig die Dimensionen der Anerkennung und Wertschätzung im Bereich der Pflege sind. Sie tragen dazu bei, dass Menschen in ihrer Individualität und als Personen wahrgenommen werden. Es handelt sich somit um Punkte, die eng mit der Gesellschaftstheorie der katholischen Soziallehre verwoben sind, die ja den normativen Rahmen für diesen Bericht bietet. Die individuelle Entfaltung der Person in der Gemeinschaft ist nur durch Anerkennung und Wertschätzung möglich. Gerade bezogen auf die Pflege ergeben sich hier, wie wir gesehen haben, wesentliche Anhaltspunkte für Überlegungen zum guten Leben.

4.8 Aufmerksamkeit und Achtsamkeit

In einer „Gemeinschaft von Menschen“, wie sie die katholische Soziallehre anstrebt, hat jedes Mitglied in seiner Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit seinen Platz und wird als Zweck an sich geschätzt. Menschen sind eben keine Dinge, sondern Wesen mit einer „inneren Welt“, die geachtet werden muss. Im alltäglichen routinierten Miteinander besteht jedoch die Gefahr, dass diese innerliche Dimension ignoriert wird und Personen wie Objekte behandelt werden. Diese soziale Blindheit kann in allen Bereichen menschlichen Zusammenlebens auftreten (vgl. Punkt 1.2). Im Bereich Betreuung und Pflege ist eine solche, partielle „Menschenblindheit“ jedoch gefährlicher als beispielsweise an der Supermarktkasse, wenn die Kassiererin von den Kunden und Kundinnen als Objekt behandelt wird. Dies ist deshalb so, weil bei Betreuung und Pflege eben die zwischenmenschlichen Beziehungen im Mittelpunkt stehen, in der die pflegebedürftigen Menschen nicht bloß „Kunden“ und die Pflegenden nicht nur „Dienstleistende“ sind. Eine Teamleiterin eines mobilen Dienstes erzählt dazu:

Weil ich erlebe das immer wieder einmal, wo ich einen Anruf krieg: „Geht es der Frau So-wieso nicht so gut?“ Sag ich, „Wie kommen Sie auf das?“ „Ja, die wirkt so traurig.“ Also denen fällt irrsinnig viel auf. Das ist oft die einzige Bezugsperson am Tag, die kommt, und das ist die Pflegerin oder der Pfleger. Und deshalb glaub ich, spüren die irrsinnig viel, die Kunden, und [sie] wissen auch viel vom Gegenüber, das pflegt.

Die in diesem Zitat einer professionell Pflegenden angesprochene Sensibilität für die Menschlichkeit des Gegenübers kann durch Asymmetrie hinsichtlich Macht und Handlungsoptionen, die pflegerische Beziehungen in der Regel aufweisen, schleichend verlorengehen. Eine pflegebedürftige Dame berichtet von einer Situation, die sie im Krankenhaus erlebt hat:

[...] da waren zwei Betten und [die Schwester] hat mir dann ein Glas hingestellt für den Harn. Hat sie gesagt: „Für morgen in der Früh für den Harn.“ Hab ich gesagt: „Schwester, sind Sie so lieb, dass Sie es mir ins Badezimmer stellen das Glas?“ „Nein, was tun Sie dann daheim?“, hat sie mich so angemurrt. Und dabei geht sie vorbei. Und ich geh mit zwei Krücken und das Glas tragen, nicht? Geht sie vorbei bei mir. Das kriegt man dann immer wieder mal. Sowas tut mir weh. Das tut mir dann schon weh. Aber das ist so, das sind so Einzelfälle.

Solche Handlungen können, wie der Philosoph Avishai Margalit erkannte, nicht nur durch Logik und Rationalität vermieden werden, sondern es braucht Achtsamkeit und Aufmerksamkeit für das Menschsein des Gegenübers, wie auch eine Interviewpartnerin betonte:

Also vom Auge her oder vom Gesicht her, wenn er einen anderen Gesichtsausdruck hat, muss man schon denken, was kann das sein. Es ist auch Wahrnehmung, also ich schaue, immer lachen und am nächsten Tag kommt er mit einem anderen Gesichtsausdruck, da stimmt was nicht, was soll ich fragen, soll ich was fragen oder einfach unterstützen.

Dem Theologen Kurt Remele zufolge ist Achtsamkeit eine Grundbedingung für ethisches Handeln. Achtsamkeit definiert er als „genaues Hinsehen und Hinhören, [sie ist] die konzentrierte Wahrnehmung dessen, was ist und was man tut“ (Remel 2007, 256). Diese Achtsamkeit für das Gegenüber, die vor Gleichgültigkeit schützt, zu bewahren, ist eine der großen Herausforderungen für professionell Pflegende:

Und natürlich kommt es auch drauf an, wie macht der Pfleger dann das. Wie einfühlsam ist er? Wie geht er vor? Dass sich der wohl fühlt. Und das ist halt die Herausforderung trotzdem, weil jeder Kunde anders ist. Und das bedeutet pro Tag sich 5, 6, 7, 8 Mal umstellen.

Eine solche Haltung brauchen alle Beteiligten, auch die Menschen mit Pflegebedarf, wenngleich die schon beschriebene Machtasymmetrie die pflegenden Personen besonders in die Verantwortung nimmt. Ebenso ist es wichtig, die Prinzipien der Fürsorge und des Respekts vor der Autonomie der Person gleichermaßen zu berücksichtigen:

Einfach, [...] ich schaue halt immer, dass wir es langsam angehen. Und wenn wir halt jetzt einmal nur plaudern tun, dann tun wir nur plaudern. Das ist einfach ein Punkt, der mir wichtig ist. Und einfach ja, schauen, dass man, soweit es geht, berücksichtigt, was der Kunde selber will natürlich. Ich mein, hin und wieder muss man natürlich schon nachhaken und sagen, ja das sollten wir aber lieber so machen. Oder so, das ist halt so, dass die Pflege einfach gewährleistet ist.

Beide Prinzipien können nur dann angemessen berücksichtigt werden, wenn gute Kommunikation stattfindet. Nachfragen, zuhören, aber auch erklären und Orientierung bieten, gehören zu dieser pflegerischen Verantwortung:

[...] hin und wieder muss man es ihnen dann einfach sagen, es geht nicht anders, wir müssen das jetzt weg tun und ihnen auch einfach erklären, was passieren kann, wenn man jetzt sagt, man tut die Inkontinenzhose weg und sie sind voll mit Stuhl oder so. Man muss ihnen das halt wirklich erklären, dass sie offen werden oder so, meistens funktioniert es dann schon, dass sie sagen, naja, dann machen wir es halt.

Da Hilfe anzunehmen für Menschen oft, insbesondere zu Beginn der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit, mit Scheu und Scham behaftet ist, äußern sie ihre Bedürfnisse nicht direkt. Achtsamkeit kann hier helfen, zu unterscheiden, ob jemand in einem bestimmten Punkt tatsächlich keine Unterstützung wünscht oder ob emotionale Barrieren sie oder ihn von der Annahme abhalten. Im zweiten Fall kann Beharrlichkeit angemessen sein, damit die Betroffenen die Unterstützung bekommen, die sie benötigen:

Wirklich wahr, bis ich dann immer, beim ersten Mal, beim ersten Angebot dann gesagt hab „ja, bitte.“ Und sonst, ich hab immer gewartet, dass der dann sagt: „Ja, glaubst du nicht? Glaubst du nicht?“ Aber wenn dann wer sagt, aha, das will sie nicht, braucht sie nicht, aus.

Im pflegerischen Kontext bestehen vielfältige Eintrittsstellen für Demütigung. Clemens Sedmak (2013b, 69–75) erörtert in Bezug auf die Institution Krankenhaus vier wichtige Eintrittsstellen für Demütigung, die auch bei der Pflege alter Menschen im ambulanten und besonders im stationären Kontext relevant sind. Zwei wurden schon beschrieben. Zum einen kann Demütigung dadurch erfolgen, dass Menschen wie Gegenstände behandelt, also *objektiviert* werden. Eine andere Eintrittsstelle ist die Demütigung durch *Identitätserosion*, die dann gegeben sein kann, wenn man nicht als der besondere Mensch behandelt wird, der man ist bzw. der eigene Gestaltungsspielraum unverhältnismäßig eingeschränkt wird. Eine weitere typische Eintrittsstelle für Demütigung bezieht sich auf *körperbezogene Schamerfahrungen*: Im pflegerischen Kontext ist Scham ein großes Thema, da sich Betreuung und Pflege oft auf alltägliche, aber intime Tätigkeiten bezieht. Für die Betroffenen ist damit eine große Herausforderung verbunden:

Und wenn du dann wirklich soweit kommst oder mal einen Tag oder zwei nichts, und wirklich dich nicht einmal im Intimbereich waschen kannst, also da, da muss man schon, weil das erste, die ersten paar Mal, da hab ich wirklich Tränen in den Augen gehabt. Ja. Das ist dann schon irgendwie halt ein ganz neues Gefühl, mit dem man sich beschäftigen muss.

Um diese Umstellung gut bewältigen zu können, ist es essentiell, dass die pflegenden Personen darauf achten, die Menschen mit Pflegebedarf nicht unnötig zu beschämen. Eines der heikelsten Themen in diesem Zusammenhang ist das Auftreten von Inkontinenz. Achtsamkeit ermöglicht es den Pflegenden, bewusst wahrzunehmen, was diese Situation für das Gegenüber bedeutet und entsprechend vorzugehen:

Ja, sicher, das ist, wenn der Bewohner inkontinent zu werden anfängt oder Hilfe braucht, dass er das selber lernt zum Zulassen, und dass das nicht peinlich sein muss [...] da muss man wirklich vorsichtig damit umgehen, gut umgehen. [...] und nicht: „Jetzt stinken Sie schon wieder!“ Wirklich, da werd ich ... so was darf ich nicht hören.

Ein anderes häufig genanntes Thema betrifft die Pflege durch das andere Geschlecht. Zum Teil ist es möglich, auf die diesbezüglichen Wünsche der Menschen mit Pflegebedarf einzugehen. Da verhältnismäßig sehr wenige Männer in diesem Berufsfeld tätig sind, kommt es aber häufig vor, dass Frauen bei Männern die Pflege übernehmen, was zu Schwierigkeiten führen kann.

Oder eben Körperpflege [...]. Bei Männern ist es ganz schwierig, [...] ja, die sind einfach [...] speziell, wenn sie halt dann zum Beispiel Einlagen brauchen oder solche Sachen ist [das] für Männer ganz ein schwieriger Punkt und dann kommen so junge Hupferl daher, so Menschen, und wollen mir jetzt sagen, das oder das tun wir, oder duschen gehen, [...] die sind ja das nicht gewohnt und schon gar nicht, wenn eine fremde Frau da ist oder irgendwer. Da würde es oft besser funktionieren, wenn wir Pfleger hätten.

Eine vierte häufige Eintrittsstelle für Erniedrigung betrifft den *mangelnden Schutz der Privatsphäre*. Der achtsame pflegerische Zugang kann hier viel dazu beitragen, Scham und Unwohlsein zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

[...] ja, so viel es geht, lassen wir sie es ja alleine machen und wenn ich halt sag, sie waschen den Intimbereich noch selber, dann geh ich raus. Und so auch einfach, das Stück für Stück aufbauen. [...] dass sie dann sagen, nein jetzt kannst du eh schon da bleiben, jetzt kennst du mich ja schon, oder so.

Die konzentrierte Wahrnehmung dessen, was ist, umfasst im pflegerischen Kontext sowohl die eigenen als auch die Bedürfnisse seines Gegenübers. Eine professionell Pflegende nennt genau diese zwei Dimensionen als wichtigste Aspekte des guten Lebens für alle Beteiligten:

Ja, ich glaub einfach hinschauen, das genaue Hinschauen. Vor allem für die Kunden das genaue Hinschauen, zu sagen, was braucht der oder was braucht er noch, was übersehen wir dabei. Und die Betreuerin, das genaue Hinschauen auf sich selber. Verliere ich mich nicht dabei. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Faktor, dass das alles wirklich gut gelingen kann, dass man sich eben nicht selber aus den Augen verliert.

Während professionell Pflegende fixe Arbeits- und Erholungszeiten haben und idealerweise durch ihre Ausbildung Methoden zur Abgrenzung gelernt haben, sind pflegende Angehörige oft rund um die Uhr mit „Herz und Hirn“ involviert. Der Lebensalltag pflegender Angehöriger verändert sich also auf unabsehbare Zeit sehr stark. Eine pflegende Angehörige erzählt beispielhaft:

Wir haben die Schlafzimmertür offen [...]. Aber man horcht halt immer, weil ich habe sie auch schon zwischen Klomuschel und Tür gefunden, dann. Und da war sie so fertig durch den Sturz, dass sie mir nicht einmal geschrien hat. Da hab ich sie dann halt gehört in der Nacht. Und ich mein, es ist schon in der Nacht auch so, dass man immer horcht. Fährt sie jetzt wieder zurück, jetzt hat sie den Stecken wieder neben das Bett gelehnt, jetzt legt sie sich wieder rein, passt. So, und dann probier' ich wieder weiterschlafen.

Viele pflegende Angehörige tendieren sicherlich dazu, die Achtsamkeit und das Gespür für sich selbst zu vernachlässigen bzw. zu verlieren, was jedoch häufig negativ empfunden wird, wenn sie es sich vor Augen führen. Zwar geht es pflegenden Angehörigen in der Regel nicht darum, völlig frei zu sein, wie schon im Teil zur Selbstbestimmung deutlich wurde, denn ihnen ist klar, dass in einer solchen Situation „jede und jeder ein bisschen zurückstecken muss“. Vielmehr wollen sie gewisse Spielräume aufrechterhalten und Dinge tun können, die ihnen wichtig sind:

Und es sind gewisse Sachen, auf die wir auf keinen Fall verzichten. Also wir werden trotzdem auf unser Schiwoche fahren [...] alte Herrschaften, wenn sie allein sind, haben den Hang dazu, dass sie, bevor du fortfährst, sterbenskrank sind. Und ich kenn das von meinen Skikursen, wo ich viele Familien immer mitgehabt hab und viele dann daheim geblieben sind, wo dann die Mutter oder der Vater pumperlgsund waren. Wir haben gesagt, diese Spielchen machen wir nicht. Das war aber ein Lernprozess, das ist nicht so einfach. [...] da versuche ich schon, dass wir die Sachen machen, dass die nicht zu kurz kommen.

Sind diese Spielräume nicht vorhanden, können gesundheitliche Schäden sowie abnehmende Lebensqualität die Folge sein. Das Gefühl, „fremdgesteuert“ zu sein, löst in der Regel Unzufriedenheit und Abwehr aus, woraus sich wiederum Scham, Schuldgefühle oder Aggression ergeben können. Für pflegebedürftige Menschen wie auch Pflegende ist es wichtig, die eigenen Grenzen zu kennen und diese auch zu kommunizieren:

Wir tun Samstag Punkt 8 Uhr, tun wir duschen. Da muss alles genau nach Schema. Ja, und einmal hab ich mich halt verschlafen. Steht sie im Schlafzimmer in der Tür. „Ja, steht leicht heut eh niemand auf?!“ [...] Schau ich auf die Uhr: 4 Minuten nach 8. So, dann hab ich mir gedacht: Nein! Ins Schlafzimmer kommt sie aber nie mehr rein!

Die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen können auch verlangen, dass man die Pflegetätigkeit nicht mehr weiter im gegebenen Ausmaß weiterführen kann. Es geht also für pflegende Angehörige auch darum, durch Achtsamkeit die Grenzen ihrer psychischen und körperlichen Kräfte zu erkennen:

Und [dass] die mittlere Schicht, die pflegt z. B. aber auch gesund bleibt, weil wir haben einen Fall mit 101 Jahren, ist die älteste Bürgerin damals gestorben vor 20 Jahren und ein dreiviertel Jahr später die Schwiegertochter [...] Die war fertig. Psychisch, körperlich. Und der Mann steht jetzt alleine da die ganze Zeit.

Wenn pflegende Angehörige kontinuierlich über ihre Grenzen gehen müssen, kann es auch für die pflegebedürftigen Menschen selbst nur schwer ein gutes Leben sein, berichtet eine professionell Pflegende aus ihrer Erfahrung im ambulanten Bereich:

[...] es entwickeln sich dann schon oft so Geschichten zwischen den Kunden und ihren Angehörigen, ja einfach auch Streitigkeiten auch so massive. Weil der Angehörige einfach nicht mehr kann.

Wichtig sind in jedem Fall gegenseitige Rücksichtnahme und Feinfühligkeit für die besondere Situation des Gegenübers. Pflegebedürftige Menschen sollten sich bewusst sein, dass es ihnen einerseits zusteht, gut gepflegt und respektvoll behandelt zu werden, dass man aber andererseits auch an sie Ansprüche stellt. Dazu gehört das Bemühen, auch bei Pflegebedürftigkeit ein mitverantwortliches Leben zu leben, in dem man, soweit möglich, Eigenverantwortung übernimmt und die vorhandenen Potentiale und Fähigkeiten aktiv einsetzt – ganz so, wie es die Prinzipien der Personalität und der Subsidiarität einfordern. In der Praxis kann sich das beispielsweise daran zeigen, dass man den eigenen Tagesablauf soweit möglich selbst gestaltet und sich selbst beschäftigt, statt „Unterhaltung zu fordern“.

Da Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit bedeutet, dass man bestimmte Sachen eben nicht mehr selbst tun kann, sondern andere für das eigene Wohl handeln, kann man auch nicht prinzipiell verlangen, dass alles genauso gemacht wird, wie man es selbst getan hat oder tun würde. Wichtig ist, dass sich Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf damit beschäftigen und kommunizieren, was für sie in Hinblick auf die Betreuung und Pflege wirklich essentiell für ihr gutes Leben ist und was nebensächlich ist. Andernfalls kann es für die Pflegenden zu vermeidbarem Stress kommen:

[...] dann sagt sie: „Ja, jetzt hätt ich das Nachthemd angezogen.“ Sag ich: „Oma, das hab ich noch bei der Wäsche, ich bin grad dabei, dass ich es heut bügle.“ Man hat einfach dauernd das Gefühl, man ist zu langsam. Weil sie [...] war eine mords Flotte [...].

Für die Betroffenen stellt diese Umstellung oft eine riesige Herausforderung dar, da es sich ja um Menschen mit einer spezifischen Biografie und einer über Jahrzehnte ausgeprägten Persönlichkeit handelt. Betreuung und Pflege müssen von diesen Menschen erst in ihren Alltag integriert werden.

Oder Frauen zum Beispiel, die immer selber gekocht haben. Und dann kommen wir da rein und drehen ihnen so quasi den Haushalt oder irgendwas um und machen das anders. Ist ein großes Problem, ja. Und da ist halt auch wieder, dass man wirklich schauen muss, dass sie einen auch selber einmal gut kennen lernen.

Um diesen Prozess zu ermöglichen, ist es wichtig, Vertrauen zu schaffen und Ängste abzubauen. Insbesondere von Seiten professionell Pflegender, die als „Fremde“ ins Leben der Betroffenen treten, sind also Verlässlichkeit, Verbindlichkeit sowie das Geben und Einhalten von Versprechen wichtig.

Eine gewisse Akzeptanz, dass bei Dingen, bei denen man Unterstützung braucht, nicht alles so laufen kann, wie es immer war, ist hier jedoch auch von Seiten der Menschen mit Pflegebedarf gefragt. Oft geschilderte Themen aus dem Bereich der ambulanten Pflege betreffen beispielsweise Schwierigkeiten, den gewohnten Tagesablauf mit den Unterstützungsleistungen zu vereinbaren, wie eine pflegende Angehörige berichtet:

Beim Duschen ist sie ein bisschen schwieriger, da hilft die Heimhelferin, da ist sie nicht allzu sehr begeistert, sie täte lieber am Abend. Das Problem ist aber, wenn der Heimhelfer um halb 5 anfängt, ist es zu früh, da kommt dann grad um vier mein Schwager heim und da ist einfach halt noch nicht der Abend.

Ein anderer Aspekt betrifft die Personen, die pflegen beziehungsweise gepflegt werden.

Ja, auf jeden Fall. Das wird da herinnen immer angesprochen. Die Frau hat angerufen, so und so. Was macht das mit dir? Was heißt das für dich? Hast du auch das Gefühl, dass da kein Draht zusammengefunden worden ist? Aber es ist auch umgekehrt. Auch die Mitarbeiter kommen und sagen: „Ich kann zu der nicht hingehen. Ich halt die nicht aus.“ Und das darf auch sein.

Obwohl Betreuung und Pflege am Alltag der Betroffenen orientiert sein sollte, bewirken die Notwendigkeit von Planung und strukturierter Arbeitsweise auch im stationären Kontext, dass nicht jedem geäußerten Bedürfnis sofort nachgekommen werden kann:

[...] oder so wie gestern, hat mir eine Frau gesagt: „Mir ist die Brille, der Griff runtergebrochen. Kann das wer machen?“ Dann hab ich gesagt: „Nein, ich hab jetzt erst am Freitag wieder wen, ich werde es ihr sagen oder wir merken Sie vor.“ Und jetzt haben sie schon gelernt, dass sie geduldig sind. Früher haben sie auf der Stelle wollen, also sie lernen schon auch mit der Zeit, die Leute.

Auch hier geht es nicht um die Perfektion des Dienstleistungsangebots, sondern darum, genau hinzusehen, was für den jeweiligen Menschen aktuell wirklich wichtig ist:

[...] ist irgendwer schlecht drauf von den Bewohnern [...] und dafür ist er so traurig, dass er nicht einmal aus dem Zimmer rausgeht und so, dann sagen wir das der Kollegin und die schaut dann, dass der nicht abrutscht [...] und sich um den ein bisschen mehr kümmert. Und dann meistens ist es so, dass die gar nicht so weit runter rutschen und dann essen sie auch wieder oder du musst oft nur anrufen oder eine Beileidskarte schreiben helfen, das sind wirklich oft nur Kleinigkeiten, was für den ganz viel [ist], weil er es nicht mehr selber machen kann.

Achtsamkeit kann auch helfen, die vielleicht tiefer liegenden Ursachen bestimmter Verhaltensweisen zu verstehen. So kann beispielsweise der Ärger darüber, dass etwas nicht gemacht wird, wie man es möchte, seine Ursache im Ärger und der Scham über sich selbst und die eigene Hilfsbedürftigkeit haben:

[...] oft sind sie ja böse auf sich selber und [...] wenn jemand sehr streng mit sich ist, also [...] die macht immer ihr Bett perfekt und jetzt geht es ihr aber soviel schlechter [...] und sie kommt nicht zusammen. Da kannst du dir sicher sein, dass kein Frühstück passt und keine Pflege und gar nichts. Alles was man bestellt, die Schwester, es passt einfach nichts. Und da merkst du, das liegt alles an ihr. Das liegt gar nicht an uns, sondern das ist, weil sie nicht

zusammenkommt. Und da hab ich schon öfter mit jemandem geredet, hab ich gesagt, vielleicht ist sie einfach zu streng mit sich selber. Das macht ja nichts, mein Gott, hab ich gesagt, macht das was, ob jetzt 10 Minuten später das Bett gemacht ist?

Gerade weil pflegende Angehörige in Gefahr sind, im Verlauf der Pflegetätigkeit zu „verlernen“, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, ist es wichtig, dass die Menschen im Umfeld sich nicht passiv verhalten, sondern sich ebenfalls zuständig fühlen. Dazu gehört, dass man auch ungefragt da ist, Verantwortung übernimmt, nicht nur dann, wenn man explizit darum gebeten wird. Es fällt pflegenden Angehörigen viel leichter, sich Auszeiten zu gönnen, wenn sie nicht ständig darum bitten müssen, sondern von nahe stehenden Menschen, die aufmerksam sind, ermutigt werden.

Und die verstehen das voll, was ich da mache. Und sagen auch: „Mama, fahr dort hin! Ich bleib eh derweil“ und so. Ja, sie geben mir eigentlich den Ansporn, dass ich was mach [...].

Werden Betreuungs- und Pflegetätigkeiten von professionell Pflegenden erbracht, gilt es auch, die Situation der nicht (mehr) pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen. Auch sie müssen sich umstellen und die neue Konstellation in ihr Leben integrieren. Häufig ist damit auch die Erschütterung von bis dahin als gegeben betrachteten Abläufen, Prinzipien und Vorstellungen verbunden, was zu Konflikten führen kann:

Und Konflikte, ja mit Angehörigen schon, also schon, wenn manche Angehörige sich in Angelegenheiten von dem Bewohner einmischen. Obwohl die, obwohl diese Bewohner selbstständig sind und auch geistig sehr gut beieinander sind, obwohl sie selber Entscheidungen treffen können, mischen sich die Angehörigen ein. [...] also da lege ich ja sehr Wert auf diese Bewohner hier. Also das ist mir wichtig. Ich kann aber fragen, ich kann mit dem Angehörigen besprechen, so ist das. Sie will das so, und es ist nicht, wie Sie es wollen.

Für Angehörige ist es sicher oft eine Herausforderung, die Balance zwischen Fürsorge und Bevormundung, zwischen Respekt der Autonomie und Vernachlässigung zu finden. Denn was Familienmitglieder für notwendig und gut halten, muss nicht unbedingt deckungsgleich mit den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person selbst sein. Eine professionell Pflegende im ambulanten Bereich erklärt, dass es mit den Angehörigen in der Regel öfter Spannungen gibt, als mit den „Kundinnen“ und „Kunden“:

Ja, es gibt viele Angehörige, die glauben, wir müssen jetzt das, das, das tun mit ihnen. Und der Kunde will aber gar nicht. Solche Sachen einfach, wo sich der Angehörige vorstellt, er muss jetzt jeden Tag duschen gehen zum Beispiel. Der Kunde mag das aber nicht, weil er es nicht gewohnt ist von früher.

Ein achtsamer Umgang aller involvierten Personen untereinander kann helfen, solche Spannungen aufzulösen. Der Sorge der Angehörigen um das Wohl der pflegebedürftigen Person können professionell Pflegende durch aufmerksames Zuhören, Klärung und Einbeziehung. Klar ist aber auch, dass die Interessen der Menschen mit Pflegebedarf Vorrang vor den Vorstellungen der Angehörigen haben:

Und dann machen wir denen klar, dass die Wünsche von den Bewohnern uns wichtig sind. Wir berücksichtigen die Wünsche von Bewohnern und wir versuchen, je nach dem Problem, zu erklären, wie es dem Bewohner nutzt [...] „wieso hat meine Mutter keine Zähne im

Mund?“ Wenn die Mutter den Mund nicht aufmacht, kann ich nicht mit Zwang die Zahnprothese hineingeben. Sie sehen nicht, was hier passiert. Es ist immer eine momentane Aufnahme, da kommen schon immer Schwierigkeiten, warum ist sie da, warum steht meine Mutter, warum ist sie heute hier?

Ebenso wie Wertschätzung kann auch Achtsamkeit in pflegerischen Institutionen nur dann dauerhaft gut gelebt werden, wenn sie fest in der Organisationskultur verankert ist. Um Nachlässigkeit, Gedankenlosigkeit und (subtiler) Gewalt vorzubeugen, ist Achtsamkeit mindestens so zentral wie Wertschätzung. Achtsamkeit als Prinzip gelebter Organisationskultur manifestiert sich zuerst in der Art, wie die Führungskräfte als Trägerinnen der institutionellen Verantwortung den Handlungsrahmen für die Mitarbeitenden gestalten. Für ein gutes Leben braucht es eben nicht nur Wertschätzung für die Leistungen der Pflegekräfte, sondern auch Achtsamkeit für ihre Bedürfnisse durch die Führungspersonen. Dazu zählt beispielsweise das Erkennen und flexible Beheben von Überlastung, sei dies nun in Form von Stundenreduktion, Neueinteilung der Dienstzeiten, Entspannungsangeboten oder einer temporären Auszeit für die einzelne Pflegekraft.

Eine Mitarbeiterin erzählt, dass ein achtsamer Umgang mit ihrer speziellen Situation es ihr überhaupt erst ermöglichte, nach einer gesundheitlichen Krise wieder in ihren Beruf zurückzukehren:

Das war wirklich ganz toll. Da hat es nie geheißen, wenn man, ich mein, es war dann ein Langzeitkrankenstand natürlich, und da hat es aber nie ein Wort gegeben, dass man gekündigt wird oder irgendwas. Also die haben mich da schon sehr unterstützt und wieder geschaut, was kann man ändern. Also das war wirklich, ja ganz super. Weil da war ich wirklich so weit, dass ich sage, ich kündige. Weil es [...] einfach nicht mehr meins war. Aber das hat mich dann so bestärkt, dass ich gesagt habe, nein, und jetzt wieder, ja.

In der Pflege wird die menschliche Verletzbarkeit in hohem Maße deutlich. Abhängigkeiten entstehen und man wird mit vielen komplexen Situationen mit ihren je eigenen Herausforderungen konfrontiert. Vorgefertigte Anleitungen, wie mit ihnen umzugehen ist, können aber nur zum Teil gegeben werden. Zu vielschichtig und individuell verschieden sind die Problemlagen. Umso wichtiger ist es, so legen es unsere Gespräche nahe, sich mit Achtsamkeit an die konkrete Situation anzunähern. Oftmals bedarf es des richtigen „Gespürs“, um gute Lösungen zu finden und diejenigen Interessen ausfindig zu machen, die für sein Gegenüber – oder für sich selbst! – Priorität besitzen. Natürlich gilt, dass Aufmerksamkeit nicht losgelöst von anderen wichtigen Dimensionen betrachtet werden soll. Speziell Wissen (vgl. Punkt 4.4) ist sicher eine notwendige Bedingung dafür, dass genaues Hinsehen und Hinhören tatsächlich zu den richtigen Einschätzungen führt. Fest steht aber, dass ohne Achtsamkeit wichtige Informationen verlorengehen bzw. missdeutet werden, die für ein gutes Leben unabdingbar sind.

4.9 Zusammenfassung

Dem guten Leben kommt in der Auseinandersetzung mit dem weiten Feld der Pflege ein wichtiger Platz zu. Um diesem Befund mehr Gehalt und Praxisnähe zu verleihen, wurden für diesen Bericht viele Gespräche mit Menschen geführt, die auf die eine oder andere Weise mit der Pflege in Verbindung stehen. So ergab sich ein vielschichtiges Bild, das von Menschlichkeit gekennzeichnet ist und bei weitem nicht in ökonomischen Größen aufgeht. Acht Dimensionen sind dabei besonders hervorzuheben: Übergänge & Altersbilder, Selbstbestimmung, Kontinuität – Alltag – Lebensstil, Wissen & Lernen, Ressourcen & Rahmenbedingungen sowie Aufmerksamkeit & Achtsamkeit. In ihnen

werden die Herausforderungen und Chancen deutlich, die in diesem Bereich bestehen und sie ermöglichen einen vielschichtigen Blick auf diejenigen Punkte, auf die es im Leben „wirklich ankommt“ – für pflegebedürftige Menschen aber genauso für diejenigen, die Pflegearbeit verrichten oder auf die eine oder andere Weise damit in Verbindungen stehen. Die Dimensionen verdeutlichen, was es heißt, ein gutes Leben im Spannungsfeld zwischen Autonomie, Verletzlichkeit und Abhängigkeit zu führen und sie rufen in Erinnerung, wie wichtig die Beziehungsebene für eine gute Pflege und Betreuung ist. Zwischenmenschliche Kontakte samt der damit verbundenen Zuwendung und Menschlichkeit dürfen keinesfalls als ein „Extra“ verstanden werden, sondern sie sind wesentliche Bestandteile, damit Betreuung und Pflege gelingen können.

5 DAS GUTE LEBEN IN BETREUUNG UND PFLEGE – ERKENNTNISSE UND FORDERUNGEN

Betreuung und Pflege sind Themen, die uns alle betreffen. Sie verdeutlichen die Grenzen, innerhalb derer wir unser Leben führen und zeigen, dass wir in vielerlei Hinsicht auf unsere Mitmenschen angewiesen sind. Gleichzeitig werden wir mit unserer eigenen Endlichkeit konfrontiert, die in der Regel Fragen nach dem Sinn aufwirft und das Bedürfnis entstehen lässt, unser Leben in einen größeren Zusammenhang einzubetten.

Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, danach zu fragen, was es denn nun heißt, ein „gutes Leben“ in Betreuung und Pflege zu führen. Durch diese Frage ist man aufgefordert, sich eingehend damit auseinanderzusetzen, worauf es im Leben „wirklich ankommt“ – für pflegebedürftige Menschen aber genauso für diejenigen, die Pflegearbeit verrichten oder auf die eine oder andere Weise damit in Verbindungen stehen. Die Auseinandersetzung mit dem guten Leben ist eine, die wohl nie zu einem endgültigen Abschluss kommt. Es gibt viele verschiedene Antwortversuche, die sich in unterschiedlichen Lebensauffassungen widerspiegeln. Hier eine grundsätzlich über alle anderen stellen zu wollen, dürfte verfehlt sein. Dies wird besonders deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass der Mensch aufgrund seiner Individualität und Freiheit in der Lage ist, ein Lebenskonzept zu verfolgen, das zu ihm passt und das ihn mit Sinn erfüllt. Und wie ein Blick auf unsere Gesellschaft zeigt, gehen die Meinungen, was denn nun ein gutes Leben im Detail sei, zum Teil beträchtlich auseinander. Dennoch ist unser Vorschlag in diesem Bericht, dass die Beschäftigung mit dem guten Leben in Betreuung und Pflege verfolgenswert, ja geradezu unabdingbar ist. In Zeiten der zunehmenden Ökonomisierung ist es in vielen Zusammenhängen üblich geworden, über zentrale Aspekte menschlichen Zusammenlebens in erster Linie in Verbindung mit wirtschaftlichen Größen zu sprechen. Zahlen und ökonomische Effizienz stehen im Vordergrund, und Menschen verkommen zu bloßen Faktoren in Kosten-Nutzen-Rechnungen. Die Frage nach dem guten Leben dagegen eröffnet andere Perspektiven und ruft in Erinnerung, dass die menschliche Person im Zentrum aller gesellschaftlicher Bestrebungen stehen soll. Dazu sollte man nicht vernachlässigen, dass bei allen Meinungsverschiedenheiten auf grundsätzlicher Ebene doch in vielerlei Hinsicht ein gesellschaftlicher Konsens besteht, welche Aspekte des menschlichen Lebens wertvoll sind, geschützt und sogar gefördert werden sollen.

Die katholische Soziallehre ist ein hilfreicher Ansatz, um diese Punkte systematisch zu fassen. Einerseits verweist ihre Betonung von Freiheit und Individualität darauf, dass Menschen ihr Leben in der Regel selbst in die Hand nehmen und in eine Richtung lenken möchten, die zu ihnen passt. Andererseits identifiziert sie Konstanten der menschlichen Existenz, die universelle Gültigkeit besitzen. Alle Menschen sind in ihrer Verletzlichkeit auf Beziehungen angewiesen und können ihre Persönlichkeit nur unter geeigneten Bedingungen entfalten. Der Mensch ist kein Einzel-, sondern ein Gemeinschaftswesen, das anerkannt werden will. Gesellschaftliche Institutionen und Verhältnisse sollten folglich so gestaltet sein, dass soziale Beziehungen und die individuelle Entfaltung der menschlichen Person gestärkt werden. Und dies kann nur in einem Umfeld stattfinden, das von Kooperation, Vertrauen und Gegenseitigkeit geprägt ist. Ein Gesellschaftsmodell, welches sich zum Ziel setzt, jeder und jedem Einzelnen ein gutes und menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, unterscheidet sich wesentlich von einem, das einseitig an quantitativen Kriterien orientiert ist und alle anderen Aspekte des guten Lebens vernachlässigt. Effizienz und Qualitätswettbewerb sollen in einem solchen System sehr wohl eine Rolle spielen, jedoch zu Gunsten statt auf Kosten der Person.

In diesem Bericht wurden Aspekte des guten Lebens in der Pflege für verschiedene Zielgruppen herausgearbeitet. Die oft abstrakten Forderungen der katholischen Soziallehre wurden mit

Erkenntnissen aus der Alters- und Pflegeforschung ergänzt und durch Stimmen aus der Praxis konkretisiert. So ergab sich ein vielschichtiges Bild, worauf es in der Pflege wirklich ankommt, ein Bild, das von Menschlichkeit gekennzeichnet ist und bei weitem nicht in ökonomischen Größen aufgeht. Eine Frage, mit der wir uns in diesem abschließenden dritten Kapitel befassen, dreht sich nun darum, was getan werden kann, um förderliche Bedingungen für ein gutes Leben in Betreuung und Pflege zu schaffen. Nähert man sich diesem Punkte aus Sicht des christlichen Menschenbildes an, steht fest, dass hier alle Mitglieder und Institutionen einer Gesellschaft angesprochen sind. Schließlich ist jede und jeder verpflichtet, sich für das Gemeinwohl einzusetzen und einen Beitrag für das gelingende Zusammenleben zu leisten. Je nach Fähigkeiten, gesellschaftlicher Position und Lebenslage gestalten sich die Einflussmöglichkeiten verschieden und es entstehen unterschiedliche Pflichten. In der Folge möchten wir diesen Punkt mit Bezug auf unterschiedliche Akteurinnen und Akteure behandeln und die einzelnen Verantwortungsbereiche herausarbeiten. Das größte Gewicht wird dabei auf politische Handlungsfelder gelegt werden, da vor allem dort jene strukturellen Aspekte bearbeitet werden müssen, die nachhaltige und großflächige Verbesserungen herbeiführen können. Alle anderen Forderungen, die sich an pflegebedürftige Menschen, ihre Familien, professionell Pflegende sowie die Gesellschaft als Ganzes richten, müssen folglich immer vor dem Hintergrund dieser strukturellen Veränderungen verstanden werden. Es soll nicht der Eindruck entstehen, dass die katholische Soziallehre Verantwortung in einem neoliberalen Sinn individualisiert. Der Staat ist in die Pflicht zu nehmen, wengleich der Subsidiaritätsgedanke die Beteiligung aller Mitglieder einer Gesellschaft gemäß ihren Fähigkeiten fordert.

5.1 Was kann ein Mensch mit Pflegebedarf selbst für das gute Leben tun?

Doch beginnen wir zunächst bei den Menschen, die selbst pflegebedürftig sind. Sie stehen im Zentrum der Betreuungsarbeit und sind gewöhnlich am verletzlichsten. Obwohl diese Position zweifelsohne besondere Schutzrechte begründet und mit einem Anspruch auf Unterstützung verbunden ist, ist auch in diesem Zusammenhang von Eigenverantwortung zu sprechen. Natürlich ist diese immer abhängig von der konkreten Situation der Betroffenen, ihren Einschränkungen, dem besonderen Verlauf ihrer Lebensgeschichte und dem Umfeld, in dem sie leben. Doch die Forderung der katholischen Soziallehre, dass sie gemäß ihren Fähigkeiten einen Beitrag zum gelingenden Zusammenleben zu leisten haben, gilt auch in diesem Fall.

Wie in diesem Bericht deutlich wurde, bezieht sich die Forderung nach einem angemessenen Beitrag der Menschen mit Pflegebedarf auf verschiedene Aspekte des Pflegealltags, die für ein gutes Leben unmittelbar relevant sind. So beruhen beispielsweise gute Pflegebeziehungen auf Gegenseitigkeit. Sowohl Pflegende als auch Menschen mit Pflegebedarf müssen bereit sein, sich auf ihr Gegenüber einzulassen und sich für Beziehungen zu öffnen. Wird dieser Kontakt von einer Seite verwehrt, wird es schwierig, in einen für alle Beteiligten zufrieden stellenden Austausch zu treten. Gerade in der Arbeit pflegender Angehöriger kann es so zu äußerst belastenden Situationen kommen, die durch das Verhalten pflegebedürftiger Menschen wesentlich mitbestimmt werden. Aber auch im Kontext der professionellen Pflege trifft man immer wieder auf Menschen, die sich weigern, Unterstützung anzunehmen, oder die prinzipiell davon ausgehen, dass die Hilfe, die sie erhalten, zu beanstanden ist. Zu einem großen Teil sind solche Verhaltensweisen natürlich in Zusammenhang mit Ängsten und einer besonderen Lebensgeschichte zu sehen und die Rede von Eigenverantwortung darf keinesfalls zu vereinfachten Lösungen und simplen Schuldzuweisungen führen. Dennoch ist man als Betroffene oder Betroffener aufgefordert, soweit es möglich ist an sich zu arbeiten und sich weiterzuentwickeln. Pflegebedürftigkeit im Alter ist nicht gleichbedeutend mit Stagnation, auch wenn

positive Veränderungen oftmals mit erheblichen individuellen Anstrengungen verbunden sind, die oftmals nur durch Unterstützung von anderen geleistet werden können. Diese Überlegungen führen zu einem weiteren Punkt. Wir haben gesehen, dass ein gutes Leben pflegebedürftiger Menschen oftmals damit zusammenhängt, über welche Altersbilder sie verfügen und welche Erwartungshaltungen sie an das eigene Leben im Alter haben. Wird die eigene Identität maßgeblich über Produktivität und Leistung bestimmt, ist es sehr wahrscheinlich, dass es durch Einschränkungen im Alter zu Frustrationserlebnissen kommt. Hier ist es von Bedeutung, auf individueller Ebene positive Altersbilder zu entwickeln, die den Wert des eigenen Lebens an anderen Punkten festmachen als an jener Leistungsfähigkeit, die man aus seinem früheren Leben vielleicht gewohnt war. Die Entwicklung solcher alternativer Einstellungen zum Alter ist eine Aufgabe, die einem nicht erst zukommt, wenn man selbst in dieser Lebensphase ist. Vielmehr gilt es, sich möglichst früh mit dem Alter, seinen Potentialen und Verlusten auseinanderzusetzen, um eine Haltung entwickeln zu können, die dem guten Leben dienlich ist. Die Eigenverantwortung, die in der katholischen Soziallehre gefordert wird, erstreckt sich somit auf den gesamten Lebenslauf und muss auch so verstanden werden, dass man rechtzeitig Schritte setzt, die die Situation in Pflege und Betreuung positiv beeinflussen. Dazu gehören beispielsweise ganz praktische Dinge wie eine angemessene Gestaltung des Wohnumfeldes oder die Aneignung von Wissen, wie Pflege organisiert werden kann. Aber es geht genauso um eine innere Auseinandersetzung mit den anstehenden Veränderungen, um eine Pflege der Innerlichkeit und eine Beschäftigung mit den eigenen Werthaltungen, Emotionen und Lebensplänen.

5.2 Was können seine Familie und nahe stehende Menschen für das gute Leben tun?

Wie wir gesehen haben, wird Pflegearbeit in Österreich zu einem sehr großen Teil in der Familie geleistet. Rund 80 % der pflegebedürftigen Menschen werden von Angehörigen zu Hause betreut. Somit drängt sich die Frage auf, was die Familie und nahe stehende Menschen für das gute Leben in Betreuung und Pflege tun können bzw. sollen. Gleich zu Beginn muss betont werden, dass die Rolle der Angehörigen zweifellos eine besondere ist. Doch gilt ebenso der Leitsatz, dass die Verpflichtungen immer vor dem Hintergrund der tatsächlichen Möglichkeiten und der bestehenden Rahmenbedingungen zu sehen sind. Wie später noch deutlicher werden wird, ist es *nicht* das Anliegen der katholischen Soziallehre, die Gesellschaft bzw. den Staat aus der Pflicht zu nehmen und die Pflegearbeit als Aufgabe zu verstehen, die erschöpfend im privaten Bereich der Familie geleistet werden muss. Dennoch ist klar, dass für viele Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf die Einbettung in ein funktionierendes familiäres Umfeld entscheidend ist. Die Familie und die vielfältigen Ressourcen, die damit verbunden sind, sind in der Regel ein wichtiger Teil eines guten Lebens der Betroffenen. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich betonen Menschen mit Pflegebedarf die Bedeutung familiärer Beziehungen, was die zentralen Annahmen der katholischen Soziallehre zur Bedeutung der Familie für die menschliche Lebensform bestätigt.

Doch die These ist nicht nur, dass die Familie tatsächlich eine wichtige Funktion erfüllt, sondern dass sie wechselseitige Verantwortlichkeiten ihrer Mitglieder begründet, die wahrzunehmen sind. Bezogen auf das Thema dieses Berichtes heißt das, dass sie auf verschiedenen Ebenen angesprochen und auch in die Pflicht zu nehmen sind. Erstens müssen sie sich um gute Beziehungen zu ihren pflegebedürftigen Angehörigen bemühen. Wie wir gesehen haben, ist diese Aufgabe nicht immer ohne weiteres zu realisieren. Einerseits ist es in der Hektik des Alltags oft nicht einfach, ausreichend Zeit mit seinen Angehörigen zu verbringen und ihnen die nötige Aufmerksamkeit zu schenken. Andererseits können belastende Ereignisse der Vergangenheit aufrichtigen Beziehungen im Weg stehen. Doch

gerade die Zeit im hohen Alter bietet Gelegenheiten, diese Punkte aufzuarbeiten und zu Aussöhnung zu gelangen.

Zweitens sind Angehörige genauso wie Menschen mit Pflegebedarf dazu aufgefordert, sich rechtzeitig mit dem Thema Betreuung und Pflege auseinanderzusetzen. Vorausschauendes Denken und Planen machen es in der Regel einfacher, mit den vielen Herausforderungen umzugehen, die zweifelsohne entstehen, wenn jemand der Familie im Alter zunehmend auf Unterstützung angewiesen ist. Weiß man um die typischen Probleme, die in diesem Zusammenhang auftreten und die Unterstützungsangebote, die existieren, ist das schon ein großer Schritt in Richtung eines guten Lebens für alle Beteiligten.

Drittens ist die Familie aufgefordert, sich aktiv und gemäß ihren Fähigkeiten und Handlungsoptionen in die Betreuung und Pflege einzubringen. Wie dies im Detail aussehen kann, ist vielfältig und nicht auf eine einfache Formel zu bringen. Ob Pflegearbeit tatsächlich von Angehörigen übernommen wird, wie es in Österreich ja sehr verbreitet der Fall ist, muss immer eine Entscheidung sein, die für alle Beteiligten geeignet ist. Eine Pflicht, selbst pflegerisch tätig zu werden, kann aus der katholischen Soziallehre nicht abgeleitet werden, wohl aber eine Verpflichtung, seine Familienmitglieder zu begleiten, sich gemeinsam mit ihnen um geeignete Pflegearrangements zu bemühen und Beziehungsarbeit zu leisten. Wird die Pflege innerhalb der Familie geleistet, sollten einige weitere Aspekte nicht vernachlässigt werden, wie die Ergebnisse unserer Untersuchung eindeutig belegen. Pflegenden Angehörigen sollten sich klar darüber sein, dass auch sie gemäß dem Persönlichkeitsprinzip einen Anspruch auf größtmögliche Entfaltung haben. In der Praxis vernachlässigen sie häufig sich selbst aufgrund ihrer Pflegearbeit. Die eigenen Interessen werden zurückgestellt und eine Haltung der bedingungslosen Aufopferung wird eingenommen, die auf Dauer zu großen Leidensdrücken führen kann. Pflegenden Angehörigen haben daher durchaus die Aufgabe, ihre Arbeit so zu gestalten, dass die „Selbstpflege“ nicht zu kurz kommt. Das Gefühl zu haben, sein eigenes Leben und nicht das eines anderen zu leben, muss auch durch eigenes Zutun erreicht werden – und dazu ist ein Stück Eigenverantwortung unumgänglich. Allerdings ist zu beobachten, dass die Pflegeverantwortung der Familie häufig auf eine einzelne – meistens weibliche – Person übertragen wird, die für alle entsprechenden Tätigkeiten und Planungen verantwortlich ist. Dabei wäre es eigentlich angebracht, die Aufgaben auf *mehrere* Schultern zu verteilen und den Solidaritätsgedanken schon auf der Ebene der Familie zu leben. Auch wenn man nicht selbst die Hauptpflegeperson ist, ist es wichtig, *aktiv* Hilfe anzubieten. Pflegenden Angehörigen tun sich oftmals schwer, Unterstützung von anderen Familienmitgliedern einzufordern. Diese wiederum haben teilweise keine realistische Vorstellung davon, was es heißt, rund um die Uhr für einen pflegebedürftigen Menschen da zu sein. Dabei wäre es oftmals durch innerfamiliäre Kooperationen sehr gut möglich, für die Hauptpflegeperson Freiräume zu schaffen, die sich positiv auf die gesamte Pflegesituation auswirken. Die Familie stellt nicht nur für Menschen mit Pflegebedarf eine wertvolle Ressource dar, sondern kann auch für pflegenden Angehörigen Entlastung bringen. Denn schon Besuche, Telefonate oder einfach das Gefühl, nicht alleine zu sein, machen einen Unterschied.

Wird ein Mensch tatsächlich langfristig in der eigenen Familie gepflegt, entsteht die gemeinsame Verantwortung der verschiedenen Angehörigen und nahe stehenden Personen, darauf zu achten, dass Überforderungen so gut es geht vermieden werden. Daraus folgt, wie gesagt, dass Aufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen sind – es sind nicht nur die Hauptpflegepersonen, die für das Wohlergehen des zu Pflegenden zuständig sind. Ebenso ist aus diesem Grund geboten, dass sich die einzelnen Familienmitglieder mit externen Unterstützungsmöglichkeiten durch mobile Dienste auseinandersetzen. In der Regel lässt sich die informell geleistete Arbeit so sinnvoll ergänzen. Die Verantwortung, die der Familie gemäß der katholischen Soziallehre zweifelsfrei zukommt, sollte nicht

so interpretiert werden, dass die gesamte Pflegearbeit ausschließlich von Angehörigen aufzubringen ist und dass der Staat bzw. die Gesellschaft diesbezüglich keine Pflichten haben. Dennoch ist es durchaus die Aufgabe der Familie, nach Angeboten Ausschau zu halten und diese anzunehmen. Natürlich gilt auch hier wieder, dass die spezifischen Umstände, in denen sich Familien befinden, berücksichtigt werden müssen. In der Praxis ist es oft so, dass wenig Spielraum besteht und dass vielschichtige Problemlagen – oft finanzieller Art – zu einer Einschränkung der Denk- und folglich auch der Handlungsoptionen führen. Dennoch ist klar, dass es ohne das Zutun der Familie fast unmöglich ist, diejenige Unterstützung anzubieten bzw. tatsächlich einzubringen, die für das gute Leben aller Beteiligten so essentiell ist.

5.3 Was können Professionalisten und Professionalistinnen für das gute Leben tun?

Pflegearbeit ist eine äußerst anspruchsvolle Tätigkeit, die häufig mit starken Belastungen verbunden ist. Es ist daher grundsätzlich zu empfehlen, dass pflegende Angehörigen bei einer länger andauernden Pflegesituation „von außen“ unterstützt werden. Die ausschließliche Pflege in der Familie ist zwar möglich, führt jedoch im Verlauf der Zeit häufig zu Überforderungen der pflegenden Angehörigen bzw. des gesamten Familiensystems, die vermieden werden sollten. Wie eine Aufteilung der Pflegearbeit zwischen professionellen Unterstützungsprogrammen und Angehörigen durchgeführt werden soll, muss situationsspezifisch und unter Einbeziehung aller Beteiligten erfolgen. Dabei stehen in Österreich ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen zur Auswahl, die jedoch – vor allem im ambulanten Bereich – weiter ausgebaut und flexibler gestaltet werden sollten, um eine bestmögliche Unterstützung gewähren zu können. Was können nun diejenigen Menschen, die professionell in der Pflege arbeiten, für das gute Leben tun? Obwohl natürlich auch hier viele Unterschiede in den „Settings“ bestehen, lassen sich einige Punkte formulieren, die wohl für die meisten Kontexte von Bedeutung sind. Zunächst bringen es die Besonderheiten der professionellen Pflegearbeit mit sich, dass sie mit einer Haltung ausgeführt werden muss, die sein Gegenüber als Person anerkennt und ihm unbedingte Aufmerksamkeit schenkt. Gedankenlosigkeit und Gleichgültigkeit sind zwei große Gefahren, die sich schnell im professionellen Pflegealltag breit machen können – die „Alltagsbrille“ trübt den Blick und verhindert den direkten Zugang zu manchen zentralen Bedürfnissen der Betroffenen. Dabei sind es oft Kleinigkeiten im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, die einen Unterschied machen. Ein paar nette Worte zwischendurch oder Gespräche, die auf die Interessen der Betroffenen abzielen und nicht nur die Pflege zum Gegenstand haben, können wesentlich zur Betreuungsqualität beitragen. Gleichzeitig sollte nicht vergessen werden, dass die Rahmenbedingungen, unter denen professionelle Pflegende ihre Arbeit verrichten, teilweise die Handlungsmöglichkeiten massiv einschränken (Stichwort „Minutenpflege“). Ein Missstand, wie ihn etwa systematischer Zeitdruck darstellt, sollte nicht so kompensiert werden, dass den Professionellen die ganze Verantwortung und eine Pflicht zu unbedingtem ethischen Handeln zugesprochen wird. Vielmehr sollten sich angemessene Arbeitsbedingungen und individuelles tugendhaftes Handeln wechselseitig bedingen. Um den hohen Anspruch, den die angesprochene Art der ethischen Haltung mit sich bringt, erfüllen zu können, ist es essentiell eine gute Ausbildung absolviert zu haben und immer wieder Fortbildungen zu besuchen. Es geht jedoch auch darum, an entsprechenden Persönlichkeitsstrukturen zu arbeiten und die notwendige Menschlichkeit tief in seiner eigenen Person zu verankern. Dieser Prozess ist nie abgeschlossen und muss auch in den Arbeitsprozess integriert sein, beispielsweise in Form von regelmäßigen Supervisionen, Teamreflexion oder ethischen Kundenbesprechungen. Gleichzeitig zeichnet sich Professionalität dadurch aus, dass man in der Lage ist, sich selbst abzugrenzen und nicht bedingungslos aufzugeben, eine Fähigkeit, die ebenso eingeübt

werden muss. Es soll also nicht auf ein traditionelles Verständnis des Pflegeethos zurückgegriffen werden, das auf Selbstaufgabe, Aufopferung und Gehorsam beruht, sondern aufgezeigt werden, wie komplex die Anforderungen an Professionalistinnen und Professionalisten sind, die bewältigt werden müssen. Und um dies leisten zu können, bedarf es Fachkompetenz gepaart mit hohem persönlichem Engagement. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass viele Pflegefachkräfte in unseren Gesprächen eine zentrale Empfehlung an jene richten, die überlegen, diesen Beruf zu wählen: „Überlege dir gut, ob du tatsächlich dafür geeignet bist und mache dir durch Praktika oder Schnuppertage ein umfassendes Bild von dem, was von dir gefordert werden wird!“ Denn nur bei echtem Interesse und geeigneten Voraussetzungen wird es möglich sein, auf Dauer gute Pflegearbeit zu leisten. Aus Verantwortung gegenüber sich selbst und den Menschen, die man betreut bzw. mit denen man zusammenarbeitet, ist man somit schon ganz zu Beginn aufgefordert, eine reflektierte und informierte Entscheidung zu treffen. Allerdings braucht es auch entsprechender Rahmenbedingungen, die es erlauben, intensive Pflegearbeit mit der entsprechenden Haltung leisten zu können, ohne in den traditionell von Pflegenden geforderten „Modus der Selbstaufopferung“ zurückfallen zu müssen. Hier sind Trägerorganisationen gefordert, eine ethisch-reflexive Grundhaltung in der Unternehmenskultur zu verankern und die MitarbeiterInnen in der Ausbildung ihrer moralischen Urteilskraft zu fördern.

Ebenso wie schon bei pflegenden Angehörigen, ist das Thema „Selbstpflege“ in professionellen Kontexten zentral. In unseren Interviews wurde deutlich, dass es für Professionelle entscheidend ist, neben dem Beruf genügend Freiräume für die eigenen Interessen zu haben. Erholungsphasen und Hobbys verschiedener Art geben Kraft für die Herausforderungen des Arbeitsalltags und sie tragen dazu bei, dass es einem „gut geht“. Und nur unter dieser Voraussetzung, so die einhellige Einschätzung aller befragten MitarbeiterInnen, schafft man es, qualitätsvolle Pflegearbeit zu leisten. Damit Selbstpflege gelingt, müssen einerseits die Arbeitsbedingungen und -strukturen passen, eine größtenteils politische und gesellschaftliche Aufgabe, in der dringender Verbesserungsbedarf besteht. Andererseits ist sie abhängig von den eigenen Entscheidungen und Handlungen. Nur durch ausreichend Aufmerksamkeit für die eigene Situation und ein gewisses Maß an Eigenverantwortung lassen sich die erforderlichen Abgrenzungen und Freiräume schaffen.

Eine besondere Rolle nehmen Führungskräfte ein. Sie beeinflussen, wie sich ein Arbeitsplatz „anfühlt“ und können durch ihren Führungsstil mitbestimmen, ob es ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern tatsächlich gut geht. Schaffen sie es, eine Arbeitskultur zu etablieren, in der professionelle Beziehungen immer auch von genügend Menschlichkeit geprägt sind, verbessert das das Arbeitsklima, das sich wiederum auf die Qualität der Pflege auswirkt. Ein solche Arbeitskultur ist geprägt von Kommunikation „auf Augenhöhe“, Ehrlichkeit, Verständnis für die Situation des anderen aber auch durch eine Verpflichtung, sich so gut wie möglich um das Wohl der zu Betreuenden zu kümmern. Führungskräfte brauchen darüber hinaus ein „Gespür“ für Beziehungen und die nötige Achtsamkeit, Konflikte rechtzeitig zu erkennen, um Unmut und Überlastungen im Team entgegenwirken zu können, die sich nachhaltig negativ auf die Pflegearbeit auswirken. Führungsqualität hat auch damit zu tun, die verfügbaren Mittel optimal einzusetzen und Wege zu finden, trotz schwieriger Bedingungen seine Mitarbeiter motivieren und vom Wert der gemeinsamen Ziele überzeugen zu können – Führungskräfte gestalten die Rahmenbedingungen der Pflegearbeit wesentlich mit und tragen so zum guten Leben der zu Pflegenden und ihrer Familien sowie ihrer Mitarbeiterinnen auf vielschichtige Weise bei. Allerdings findet auch das Handeln von Führungskräften eingebettet in organisationale Prozesse statt, die gestaltet werden können. Orientiert man sich an der katholischen Soziallehre, müssen sich die Prinzipien der Personalität und der Beziehungsorientierung in der Grundstruktur der entsprechenden Organisation widerspiegeln. Es ist zu wenig, nur hohe moralische Forderungen an das Personal zu stellen, ohne diese durch entsprechende Routinen und Praktiken tief in der Organisations- und

Arbeitskultur zu verankern. Stimmt die Organisationskultur, was sich vor allem darin äußert, dass gute Beziehungen zu KollegInnen und dem Führungspersonal bestehen und ein offener, konstruktiver Umgang mit Fehlern praktiziert wird, lassen sich Probleme wie Zeitdruck sowie physische und psychische Belastungen zumindest teilweise abfedern. Dies wiederum zeigt sich in hoher Verweildauer im Beruf, die im Pflegebereich insgesamt relativ gering ist. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass diese Größe je nach Organisation sehr unterschiedlich ausfällt, was die entscheidende Rolle der Organisationskultur weiter unterstreicht (vgl. NPO Institut 2004).

5.4 Was kann die Gesellschaft für das gute Leben tun?

Das Alter ist eine höchst ausdifferenzierte Lebensphase, die sowohl durch Potentiale als auch durch Verluste gekennzeichnet ist. In der öffentlichen Meinung herrschen jedoch oft sehr vereinfachte bzw. unreflektierte Altersbilder vor, die dieser Vielfalt nicht gerecht werden. Defizitorientierte Vorstellungen, die das Altern ausschließlich über den Abbau von Leistungsfähigkeit und verschiedenen Einschränkungen charakterisieren, sind nach wie vor weit verbreitet. Dabei wird einerseits übersehen, dass es bei weitem nicht immer der Fall ist, dass Menschen im Alter pflegebedürftig werden (auch wenn es den Tatsachen entspricht, dass die Wahrscheinlichkeit dafür mit steigendem Alter zunimmt). Andererseits läuft man Gefahr, mit Pflegebedarf ausschließlich die „dunklen“ Seiten des Alters zu verbinden, die dem Ideal der aktiven und produktiven SeniorInnen entgegenstehen (vgl. BMFSFJ 2010).

Die weitverbreitete Rede vom „Pflegefall“ ist aufschlussreich. Sie bringt auf den Punkt, was viele Menschen mit Unterstützungsbedarf im Alter verbinden. Man hat im Kopf, dass die Pflegebedürftigkeit die zentrale Kategorie wird, die alle Interaktionen mit dem jeweiligen Menschen prägt. Auf einen selbst bezogen kann das einerseits heißen, dass man mit Angst und Sorge in die Zukunft blickt und sich die „drohende“ Pflegebedürftigkeit in erster Linie als Schreckensszenario vorstellt. Andererseits gefährdet eine solch negative Vorstellung die Selbstachtung, wenn man dann tatsächlich in die Situation kommt, auf andere angewiesen zu sein. Undifferenzierte Altersbilder und Vorstellungen vom Leben mit Unterstützungsbedarf wirken sich aber nicht nur auf die Einschätzungen aus, die man bezogen auf die eigene (aktuelle oder prospektive) Pflegebedürftigkeit tätigt. Auch der Umgang mit anderen Personen ist davon geprägt, welche Bilder bezüglich des Alter(n)s und des Lebens in Pflege und Betreuung bei jemandem vorherrschend sind. Traut man seinem Gegenüber wenig zu und nimmt man ihn als „belastenden Pflegefall“ wahr, wird sich das darauf auswirken, wie man ihm begegnet, welche Aktivitäten man gemeinsam durchführt und wie man sein Umfeld gestaltet. In der Folge kann es zu dem kommen, was man „erlernte Hilflosigkeit“ nennt (vgl. Milisen et al. 2004): Aufgrund von Hilflosigkeitszuschreibungen und negativen Erfahrungen entwickeln Menschen die Einstellung, hilflos zu sein, obwohl sie es eigentlich gar nicht wären. Sieht man das Alter dagegen als eine Phase, in der neue Themen interessant werden und sich neue Herausforderungen stellen, wird man im Umgang mit Menschen mit Pflegebedarf ressourcenorientierter handeln. Es geht dann nicht in erster Linie darum, auf auftretende Einschränkungen zu blicken und die Lebenslage darüber zu „bewerten“, sondern darum, Entwicklungsmöglichkeiten auszuloten und sich mit den Bedürfnissen und Herausforderungen der konkreten Situation auseinanderzusetzen.

Altersbilder haben somit weitreichende Auswirkungen. Es ist eine dringende gesellschaftliche Aufgabe, hier für eine Öffnung des Denkens zu sorgen. Denn die Vorstellungen über das Alter und das gute Leben von Menschen mit Pflegebedarf kommen nicht aus dem luftleeren Raume, sondern sie stehen in Verbindung mit vorherrschenden Meinungen, und sie speisen sich aus verschiedenen Quellen. So ist es eine gesamtgesellschaftliche Bildungsaufgabe, die Gesellschaft für Fragen des Alter(n)s zu sensibilisieren, und zu vermitteln, dass es sehr unterschiedliche Möglichkeiten gibt, mit

Betreuung und Pflege zu leben. Es gilt, diese Themen ins Zentrum zu rücken und in ihrer ganzen Bandbreite zu behandeln. Denn Pflege und Betreuung werden gegenwärtig von vielen Menschen noch zu oft als Tabuthemen wahrgenommen, die abseits der eigenen Lebensführung stattfinden. Diese „Fernwahrnehmung“ führt natürlich dazu, dass Bilder entstehen, die an der Realität vorbeigehen.

Neben Bildungsbemühungen, die schon im Kindesalter ansetzen sollten, kommt den Medien eine entscheidende Rolle zu. Vieles von dem, was wir über das Alter und das Leben in der Pflege wissen, wird über Zeitungen, Rundfunk und Internet verbreitet, wobei zu beobachten ist, dass die Berichterstattung einerseits vom Umfang her bescheiden und andererseits tendenziell einseitig erfolgt. Differenzierte Auseinandersetzungen in Filmen und Berichten sind eher die Ausnahme. Dabei spielen gerade Medien eine so wichtige Rolle in der Produktion und Vermittlung von Bildern, wie sie in der Gesellschaft anzutreffen sind.

Ein großes gesellschaftliches Anliegen muss es darüber hinaus sein, das Thema der Geschlechtergerechtigkeit ernst zu nehmen. Noch immer wird von vielen selbstverständlich vorausgesetzt, dass es die Aufgabe einer Frau sei, Pflegearbeiten in der Familie zu verrichten. Der soziale Druck ist zum Teil enorm und oftmals kann nicht davon gesprochen werden, dass für Angehörige die Wahlfreiheit besteht, ob sie die Pflegearbeit übernehmen oder nicht. Natürlich tragen die Struktur und der Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen zu dieser Situation bei, und es ist eine politische Aufgabe, steuernd einzugreifen. Doch auch die Ebene kultureller Zuschreibungen und daraus abgeleiteter Verpflichtungen trägt dazu bei, dass es überwiegend Frauen sind, die größtenteils nahezu unentgeltlich über Jahre hinweg Angehörige betreuen und pflegen. Geschlechtergerechtigkeit ist also ein Thema, das auf verschiedenen Ebenen wirkt und dem sich die Gesellschaft folglich als ganze annehmen muss.

Es geht darum, eine Gesellschaft zu formen, in der eine Kultur der Solidarität gegenüber Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen tief verankert ist. Diese kann dem Subsidiaritätsgedanken folgend nicht einfach so „von oben“, also vom Staat und seinen Institutionen verordnet werden. Vielmehr ist jede und jeder Einzelne angehalten, einen Beitrag dazu zu leisten und Initiativen ins Leben zu rufen, die einen Unterschied machen. Es braucht zivilgesellschaftliches Engagement und Bürgerinitiativen, um damit nachhaltige Verbesserungen möglich sind. Subsidiarität ist dabei selbstverständlich auf politische Unterstützung und die entsprechenden Rahmenbedingungen angewiesen. Doch eine solidarische Gesellschaft im Sinne der katholischen Soziallehre zeichnet sich dadurch aus, dass alle gesellschaftlichen Ebenen ihre Eigen- und Mitverantwortung wahrnehmen.

In diese Richtung geht auch der Vorschlag des Sozialexperten Thomas Klie (2014), wenn er den Begriff der „sorgenden Gesellschaft“ entwickelt. Eine solche bemüht sich, der Lebensphase Alter eine eigenständige Gestalt zu geben, die sich nicht durch Negativzuschreibungen (nicht erwerbstätig, nicht selbstständig), sondern durch positive Charakterisierungen auszeichnet – eine Phase, in der man sich weiterentwickelt, neue Themen interessant werden und sich neue Herausforderungen stellen. Darüber hinaus zeichnet sie sich dadurch aus, dass sie der Gemeinschaftlichkeit wieder einen zentraleren Stellenwert einräumt.

Es gilt, die Netzwerke an der gesellschaftlichen Basis zu stärken und die Möglichkeit eines guten Lebens für jede und jeden Einzelnen als gemeinschaftliche Aufgabe zu wahrzunehmen. Das heißt auch, dass das Leben im Alter unter Berücksichtigung neuer Wohn- und Arbeitsformen wieder stärker in den familiären und nachbarschaftlichen Zusammenhang eingebettet werden muss. Durch Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Hausgemeinschaften und ehrenamtliches Engagement werden die Verantwortlichkeiten für pflegebedürftige Menschen auf viele Beteiligte verteilt – in „Caring Communities“ wird die nötige Fürsorgearbeit nicht an den privaten Bereich der Familie delegiert, die dann sehen muss, wie sie mit den Herausforderungen zurechtkommt. Genauso wenig

gehen sorgende Gemeinschaften jedoch konform mit der gegenwärtigen Tendenz, Pflegeleistungen dem freien Markt zu überlassen. Sie organisieren sie vielmehr durch einen Mix aus familiären, nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen und professionellen Leistungen größtenteils auf regionaler Ebene und stärken dabei Solidarität und gegenseitiges Vertrauen. Wie Klie betont, hat die Politik eine bedeutende Steuerungsfunktion, indem sie Zentralisierungen abbaut sowie Kompetenzen und Ressourcen ganz im Sinne des Subsidiaritätsprinzips an die unteren politischen Einheiten (Gemeinde, Kommune) abgibt. Doch ebenso ist die Zivilgesellschaft gefordert, sich an einem solchen Projekt zu beteiligen. Dazu gehört auch, dass die speziellen Ressourcen von betagten Menschen wahrgenommen und wertgeschätzt werden. Sie sollten auch jenseits der Erwerbsarbeit mehr Möglichkeiten erhalten, ihre Fähigkeiten und Interessen einzubringen und einen Beitrag für das Zusammenleben zu leisten. Vor allem ist es wichtig, dass die Einbettung in die soziale Umwelt erhalten bleibt und Menschen mit Pflegebedarf nicht als isolierte Gruppe am gesellschaftlichen Rand wahrgenommen werden, wie es allzu häufig der Fall ist. Teilnahme bei gleichzeitiger Teilgabe ist ein Motto, das gut zum Bild der sorgenden Gesellschaft passt.

In einer sorgenden Gesellschaft, die wesentlich durch das Subsidiaritätsprinzip geprägt ist, nimmt die Zivilgesellschaft und folglich auch das Ehrenamt eine entscheidende Rolle ein. Jedes Mitglied der Gesellschaft sollte gemäß seinen Fähigkeiten und Ressourcen zum Gemeinwohl beitragen. Eine ehrenamtliche Tätigkeit bietet dazu eine gute Chance, zumal sie auf verschiedenen Ebenen die Lebensqualität eines Menschen mit Pflegebedarf steigern kann. Für eine Gesellschaft wäre es somit von Vorteil, wenn ehrenamtliche Tätigkeiten im Betreuungs- und Pflegebereich weitere Verbreitung finden würden. Hier müssen einige Punkte beachtet werden. Das Ehrenamt ist eine wichtige *Ergänzung* in der Pflege, es sollte aber keineswegs so verstanden werden, dass es professionelle Pfleger „günstig ersetzen“ und so den Finanzierungsproblemen des Systems entgegenwirken kann. Hinzu kommt, dass ehrenamtliches Engagement klare Rahmenbedingungen braucht, damit es funktionieren kann. Bürgernahe Beratungs- und Koordinationsstellen, die Menschen informieren, gewinnen und schulen können, sind wesentlich. Ebenso muss eine qualifizierte Begleitung stattfinden. Regelmäßige Treffen und Fortbildungen sowie der Austausch mit Gleichgesinnten sind essentiell. Und selbstverständlich erleichtern klare Aufgabenbeschreibungen und Rechtssicherheit die ehrenamtliche Arbeit.

Das Ehrenamt ist aber nicht nur wertvoll, weil sich dadurch für Menschen mit Pflegebedarf eine Steigerung der Lebensqualität erzielen lässt. Auch für die Ehrenamtlichen selbst bieten Besuchsdienste für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen viele Chancen. Man lernt viel über das Thema, setzt sich mit sich selbst auseinander und ist direkt mit den Fragen der Altersmeisterung und des persönlichen Wachstums konfrontiert. Doch diese positive Sicht auf ehrenamtliche Tätigkeiten ist in unserer Gesellschaft noch zu wenig verbreitet, nicht zuletzt, da Alter häufig mit Degeneration gleichgesetzt wird und Stigmatisierungen von Menschen mit Pflegebedarf stattfinden. Weitere gesellschaftliche Bildungsanstrengungen sind nötig, um deren Potentiale und Ressourcen einer breiteren Schicht zu erschließen und die Idee einer sorgenden Gesellschaft stärker zu verankern, die sehr gut den Forderungen der katholischen Soziallehre entspricht. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass die größeren Zeitressourcen, die ältere Menschen potentiell zur Verfügung haben, nur dann vermehrt für ehrenamtliche Aktivitäten genutzt werden, wenn diese schon in früheren Jahren ebenfalls ehrenamtlich engagiert waren (vgl. BMASK 2009a, 124). Auch hier muss es einer sorgenden Gesellschaft darum gehen, zivilgesellschaftliches Engagement kulturell zu verankern und schon früh im Lebenslauf als eine echte Option anzubieten.

Damit man Menschen für ehrenamtliche Tätigkeiten gewinnen kann, muss man deren Erwartungen kennen und entsprechende Angebote ermöglichen. Die „neuen Ehrenamtlichen“ blicken

beispielsweise durchaus auch auf den eigenen „Nutzen“ – auf die Kontakte, die sich ergeben und auf die vielfältigen Lern- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Darüber hinaus binden sie sich nicht mehr gerne über Jahre oder gar Jahrzehnte an eine Organisation, sondern sie engagieren sich tendenziell zeitlich begrenzt und projektbezogen (vgl. Caritas 2006). Diese Trends gilt es produktiv aufzugreifen. Denn nur dann werden Zuwachsquoten im wichtigen Feld der Freiwilligenarbeit möglich sein.

Eine sorgende Gesellschaft muss sich aber auch darüber Gedanken machen, welche Rolle Fürsorgearbeit in ihr einnimmt und welche Wertigkeit sie ihr im Vergleich zur Erwerbsarbeit zuspricht. In unserer Gesellschaft ist es gegenwärtig nämlich eindeutig der Fall, dass die Erwerbsarbeit im Zentrum steht. Fürsorgearbeit im informellen Bereich erfährt wesentlich weniger soziale Anerkennung und ist in der Regel der Erwerbsarbeit untergeordnet. Die Arbeitswelt ist folglich so gestaltet, dass sorgende Tätigkeiten – seien sie nun bezogen auf Kinder, Eltern oder Lebenspartner – um den „Kern“ der Erwerbsarbeit herum gruppiert werden müssen. Häufig müssen Entscheidungen zwischen Familie und Beruf, Sorge- und Erwerbsarbeit getroffen werden, da es äußerst schwierig ist, beide Bereiche gleichzeitig abzudecken. Gerade für Frauen, die nach wie vor mit einer hohen gesellschaftlichen Erwartung konfrontiert sind, Sorgearbeiten zu übernehmen, führt diese Situation dazu, dass sie ihre beruflichen Pläne unterordnen und einschränken, um für die Kinder, aber auch für Angehörige mit Pflegebedarf da sein zu können. Dies wirkt sich aber auf Fragen der Geschlechtergerechtigkeit aus, da für die Pflege von Angehörigen keine finanziellen Ansprüche und eine nur relativ geringe soziale Absicherung bestehen. Führt man sich vor Augen, dass die Pflege eines Angehörigen oftmals einige Jahre dauert, wird klar, wie wichtig es deshalb ist, Schritte in Richtung Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu setzen. Sonst entstehen notgedrungen Abhängigkeiten von den Lebensgefährten oder der Familie, und es wird schwierig, selbst gewählte Ziele zu verwirklichen, die außerhalb des Privaten anzusiedeln sind. Natürlich betrifft dieser Bereich die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Rechtsanspruch auf Pflegekarenz und Pflegeteilzeit). Doch auch andere Akteure und Akteurinnen sind hier angesprochen: Insbesondere können Unternehmen Maßnahmen ergreifen, die „fürsorgefreundliche“ Arbeitsbedingungen ermöglichen. So gibt es beispielsweise in Deutschland und Dänemark Firmen, in denen wichtige Termine ausschließlich auf den Kern der Woche (Dienstag bis Donnerstag) gelegt werden und sich die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen die restliche Arbeitszeit flexibel gestalten können. Dadurch entstehen für beide Geschlechter Freiräume, die für die Betreuung Angehöriger genutzt werden können, ohne die beruflichen Verpflichtungen vernachlässigen zu müssen.

Ebenso wichtig, wie Frauen die Teilhabe an der Erwerbsarbeit zu ermöglichen, ist es, Männer für die Fürsorgearbeit gewinnen zu können. Eine Reform des Arbeitsmarktes sollte keinesfalls weiterhin dazu führen, dass Frauen zusätzlich zur vorhandenen Menge der Fürsorgearbeit, die sie schon verrichten, voll im Erwerbsleben stehen (müssen). Ziel muss es vielmehr sein, eine ausgleichende Verteilung verschiedener Arbeitsformen unter den Geschlechtern zu erreichen.

Die Arbeitswelt ist aber auch aufgefordert, sich damit auseinanderzusetzen, wie ArbeitnehmerInnen mit Einschränkungen am Erwerbsleben teilnehmen können. Angesichts der voraussehbaren Änderungen der Altersstruktur der Gesellschaft wird in den nächsten Jahrzehnten das weitere Erhöhen des Pensionsantrittsalters zum Thema werden. Bislang herrschen in der Arbeitswelt tendenziell defizitorientierte Altersbilder vor, Ältere sind nach der herrschenden betriebswirtschaftlichen Logik teuer, unflexibel und weniger produktiv und innovativ. Hier müssen Wege gefunden, die Potentiale und Ressourcen des Alters, wie sie von der Gerontologie beschrieben werden, zu nutzen. Berufliche Weiterbildungen speziell für Menschen im mittleren Alter, betriebliche Gesundheitsförderung, die schrittweise Reduktion der Arbeitszeit sowie gezielte Änderungen im Tätigkeitsprofil können beispielsweise einen Beitrag zu einer Arbeitsumgebung leisten, in der ältere

Menschen produktiv tätig sind, ohne durch übertriebene oder einseitige Leistungsstandards überfordert zu werden.

5.5 Was kann die Politik für das gute Leben tun?

Das Thema Betreuung & Pflege hat mittlerweile einen fixen Platz auf der politischen Agenda in Österreich. Die Einführung eines bedarfsorientierten einheitlichen Pflegegelds im Jahr 1993, die schrittweise Stärkung der Rechte pflegender Angehöriger sowie die Einrichtung eines Pflegefonds ab 2011 waren wichtige Schritte, um Pflege von einem privaten Lebensrisiko in eine (teilweise) Zuständigkeit der Solidargemeinschaft zu transformieren. Die Erfordernis, Pflege als Ziel von Sozialpolitik anzuerkennen, ergibt sich aus geänderten demografischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen, aber auch aus einer ethischen Grundhaltung, wie sie von der katholischen Soziallehre eingefordert wird. Obwohl das österreichische Pflegesystem in einigen Punkten im internationalen Vergleich vorbildlich ist, bleibt vieles zu tun, um ein gutes Leben in Betreuung und Pflege zu ermöglichen. Dies betrifft einerseits die gegenwärtige Situation, vor allem aber auch die Zukunftsfähigkeit des Systems. Dabei geht es nicht nur um Fragen der Finanzierbarkeit und Effizienz, sondern auch um das Reagieren auf gewandelte Lebenslagen und Bedürfnisse gegenwärtiger und zukünftiger Generationen, die außerdem zahlenmäßig mehr werden. Isolierte Maßnahmen und Ad-Hoc-Reaktionen auf Einzelforderungen sind nicht ausreichend, um das Ziel, ein nachhaltig und ausreichend finanziertes, integriertes Pflegevorsorgesystem, das an den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen, informell Pfleger und professionell Pfleger ausgerichtet ist, zu erreichen. Im Sinne der katholischen Soziallehre ist es klar geboten, sich auch auf Ebene der Politik von einer Betrachtungsweise, die soziale Aufgaben der Solidargemeinschaft auf nackte Zahlen und Menschen auf Kostenfaktoren reduziert, zu lösen. Im politischen und medialen Diskurs stehen beim Thema Betreuung und Pflege meist wirtschaftliche Abwägungen im Vordergrund, während das Wozu aus dem Blick gerät. Politische Akteure und Akteurinnen sollten nicht aus den Augen verlieren, dass Fragen des guten Zusammenlebens und des ethisch Gebotenen nicht primär über ökonomische Größen diskutiert und ausverhandelt werden dürfen. Der Primat der Politik über die Ökonomie ist eine Forderung, die sich ganz klar aus dem Solidaritätsprinzip der katholischen Soziallehre ableiten lässt.

Von mehreren Regierungen eingesetzte Arbeitsgruppen und Forscherteams haben detaillierte Analysen zu den Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken des derzeitigen Pflegesystems erstellt und Reform- und Ausbauvorschläge entwickelt. Viele dieser Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen und die abgeleiteten Vorschläge decken sich vielfach mit den politischen Forderungen der Caritas Österreich und anderer Wohlfahrtsverbände.

In diesem letzten Abschnitt sollen, in Bestärkung und Ergänzung dieser Vorschläge, jene politikrelevanten Themen skizziert werden, die in den Interviews mit Betroffenen sowie in einschlägigen Studien zur Sprache gekommen sind und in denen deshalb offensichtlich dringender Handlungsbedarf besteht. Viele Punkte decken sich mit den schon artikulierten politischen Forderungen der Caritas Österreich, was darauf schließen lässt, dass im Feld „Betreuung und Pflege“ schon viel Wissen über Probleme und Schwächen vorhanden ist und artikuliert wird, jedoch nicht im selben Ausmaß in politische Reformen umgesetzt wird.

Wo es sinnvoll erscheint, werden einzelne gute Beispiele bzw. Vorzeigeprojekte angeführt, um aufzuzeigen, was alles möglich ist und angedacht werden könnte, wenngleich klar ist, dass die spezifisch österreichischen Strukturen nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Nicht alles, was andernorts erfolgreich ist, lässt sich einfach „verpflanzen“ und auch nicht jedes Modellprojekt ist auf ganz

Österreich übertragbar. Dennoch soll angeregt werden, die Strukturen in Angriff zu nehmen und, wenn angebracht, zu verändern, statt von vornherein nur an inkrementelle oder punktuelle Lösungen zu denken.

5.5.1 Politische Forderungen für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf

Ein gutes Leben für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf ist möglich, es bedeutet aber in jedem Fall mehr bzw. etwas anderes, als bloß „gut versorgt“ zu sein. Die Möglichkeiten, das eigene Leben selbstbestimmt zu leben und an der Gesellschaft teilzuhaben, brauchen Ermöglichungsbedingungen, die politisch gestaltet werden müssen. Dabei sollten soziale Dienstleistungen auch aus ökonomischer Sicht nicht nur als Kosten- sondern auch als Wirtschaftsfaktor gesehen werden, die besonders in ländlichen Gegenden zu stabiler Beschäftigung und lebendigen Regionen beitragen können.

Wie sich in den Interviews zeigte, ist Wissen ein großes Thema bei Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Für das gute Leben ist Wissen einerseits entscheidend, um schon frühzeitige Prävention (Stichwort: Demenz) und adäquate Selbstpflege zu ermöglichen und damit Pflegebedarf zu reduzieren oder aufzuschieben. Die Vermittlung von Wissen über Altern muss als öffentliche Bildungsaufgabe verstanden werden und dementsprechend in der Schul- und Erwachsenenbildung verankert werden. Hier besteht noch großes Potential für politisches Handeln. Andererseits geht es auch um Wissen, wie man mit einem schon vorhandenen Pflegebedarf bestmöglich umgeht und bestehende gesellschaftliche und politische Unterstützungsangebote nutzt. Sich sicher und gut informiert zu fühlen, trägt unmittelbar zum guten Leben bei. Auch was Beratungsangebote betrifft, besteht noch vielerorts Ausbaubedarf. Das Ziel sollte sein, die Inanspruchnahme von Beratung und Unterstützung beim Thema Betreuung und Pflege zu normalisieren, wie es in anderen Bereichen (z. B. werdende Elternschaft) schon der Fall ist. Dazu braucht es jedoch gezielte Anstrengungen durch die Politik in Form von Öffentlichkeitsarbeit und niedrigschwelligen, gemeindenahen und teilweise auch aufsuchenden Beratungsangeboten, da es sich bei Altern und Pflegebedürftigkeit häufig noch immer um verdrängte, tabuisierte und mit negativen Gefühlen belastete Themen handelt, denen man sich solange wie möglich entzieht. Die Arbeit mit pflegenden Angehörigen ist in Österreich zum Großteil der Privatinitiative von Einzelpersonen, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbänden überlassen. Öffentliche Finanzierungen von Angehörigenarbeit gibt es nur in sehr kleinen Dosen.

Dass es durchaus möglich ist, Menschen mit (zukünftigem) Betreuungs- und Pflegebedarf zu erreichen, zeigt ein Beispiel aus Finnland. Das dortige Modell der „nachgehenden Beratung“ sieht vor, dass allen Personen über einem gewissen Alter, die noch keine pflegerischen Dienstleistungen in Anspruch nehmen, von der Gemeinde durch direkten Kontakt ein kostenloser, präventiver Hausbesuch angeboten wird. Dieser dient der Information über alle vorhandenen Möglichkeiten im sozialen und medizinisch-pflegerischen Bereich, über Möglichkeiten der selbstständigen Gesundheitsförderung sowie in der Adaption des Eigenheims. Außerdem schätzt die Person den Betreuungsbedarf ein, um die Planung der Gemeinde in Bezug auf soziale Dienstleistungen zu erleichtern. Dadurch können verschiedenste Risiken, insbesondere auch falsche Medikation, Sicherheitsmängel im Wohnumfeld, Ernährungsmängel, Informationsdefizite und Vereinsamungsgefahr, aufgezeigt und behoben werden. Ein ähnliches Modell wurde mittlerweile in Tirol getestet und seit Anfang 2014 in den Leistungskatalog der Sozialsprengel aufgenommen. Eine österreichweite Einführung einer solchen Dienstleistung hat großes Potential. Eine solche Beratung sollte jedoch unabhängig von einer eventuellen PflegegeldEinstufung erfolgen, damit kein Kontrollgefühl entsteht, das der Annahme des Angebots entgegensteht. Formen der aufsuchenden Beratung sollten dann aber auch für jene Personen, die schon Pflegegeld beziehen, regelmäßig angeboten werden.

Entsprechend dem Wunsch der allermeisten älteren Menschen, in den eigenen vier Wänden wohnen zu können, gilt in Österreich der Grundsatz: „ambulant vor stationär“. Damit dies überhaupt eine realistische Option sein kann, wurden während der letzten Jahre zusätzliche Mittel in den Dienstleistungssektor im Pflegebereich investiert. Um diesen Weg weitergehen zu können, ist eine Überführung des Pflegefonds in ein Steuerungs- und Finanzierungsinstrument zentral. Außerdem stehen politische Vorgaben dem oben angeführten Grundsatz in vielen Fällen noch immer direkt entgegen und schränken die Wahlfreiheit der Betroffenen erheblich ein. Regelungen, die die maximale geförderte Inanspruchnahme von mobilen Diensten auf 1,5 oder zwei Stunden pro Tag beschränken, haben zur Folge, dass finanziell schlecht gestellte Menschen in eine stationäre Einrichtung umziehen müssen, da sie sich die private Bezahlung darüber hinausgehender und notwendiger Dienste nicht leisten können – auch wenn eine mobile Versorgung möglich und insgesamt sogar kostengünstiger wäre. Was fehlt, sind flächendeckende, leistbare Angebote für stundenweise, Halbtags-, Wochenend-, Abend- oder Nachtbetreuung. Es liegt in der Verantwortung der Bundesländer, dieses Dienstleistungsangebot zu ermöglichen. Um sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken, sollten die Kostenbeiträge für Pflegedienstleistungen individuell für den jeweiligen Fall berechnet werden, wobei nicht nur die Einnahmen, sondern auch die Ausgaben berücksichtigt werden sollen, wie das aktuell schon in Wien der Fall ist (vgl. Fonds Soziales Wien).

Aus Fairnessgründen ist eine gewisse Einheitlichkeit des Pflegedienstleistungsangebots hinsichtlich Personal- und Qualifikationsschlüsseln, Zuzahlungskosten, geförderte Stundenanzahl und Qualitätsstandards geboten. Aktuell hängt es vom Wohnort ab, welche Konditionen man vorfindet, was in einem kleinen Staat wie Österreich sachlich nur schwer zu rechtfertigen ist. Es sollten mit einem Rechtsanspruch verbundene Mindeststandards und Höchstbeitragsgrenzen festgelegt und umgesetzt werden, ohne die Subsidiarität auszuhebeln. Die politischen Gemeinden sollten dem Prinzip der Subsidiarität entsprechend in allen Bundesländern Spielraum haben, ein bedarfsgerechtes Angebot auf Basis dieser Standards zu schaffen, ohne jedoch durch ein Missverhältnis aus hohen Anforderungen und zu geringen Mitteln überfordert zu werden.

Da man mittlerweile weiß, dass Pflegebedarf sich durch passende Maßnahmen verhindern, hinauszögern oder auch wieder reduzieren lässt, sollten pflegerische Dienstleistungen verstärkt therapeutische, präventive und rehabilitative Maßnahmen umfassen:

Zudem kann aus anderen vorhandenen Daten eines klar abgeleitet werden: Erst mit 80plus steigt das Risiko einer Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit deutlich. Das ergibt einen klaren Auftrag an die Politik: Gesundheitsvorsorge und Reha müssen für die heutigen 60plus dringend und umfassend ausgebaut werden. Nur so wird es gelingen, deren Pflegebedürftigkeit in 20 Jahren weiter nach hinten zu verschieben. (Seniorenbund, Website)

Aktuell sind der Zugang und die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen stark von der privaten Finanzkraft und dem sozialen Status abhängig. Hier braucht es entsprechende Anreize und finanzielle Unterstützung für soziale schwächere Gruppen.

Die organisatorische Trennung des Gesundheits- und Pflegesystems in Österreich erschwert eine integrierte, kontinuierliche Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen. An Schnittstellen zwischen diesen Systemen kommt es deshalb in der Praxis oft zu Versorgungslücken (z.B. hinsichtlich Akutgeriatrie, Remobilisation, Kurzzeit- und Übergangspflege) und Unklarheit über die Zuständigkeiten bei der Kostenübernahme. Gerade bei multimorbiden, pflegebedürftigen Menschen könnte eine stärkere Verschränkung des Gesundheits- und Pflegesystems das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in hohem Maß positiv beeinflussen. Die Reformarbeitsgruppe Pflege, bestehend

aus Vertreter und Vertreterinnen des Bundes, der Länder und der Kommunen, forderte dementsprechend, diese Lücken und Unklarheiten zu beseitigen und ein optimales Betreuungsnetz festzulegen (vgl. Reformarbeitsgruppe Pflege 2013, 10).

Das Pflegegeld bildet den Kern des österreichischen Pflegesystems. Verbesserungsbedarf besteht beim Pflegegeld sowohl hinsichtlich der Höhe als auch des Einstufungsverfahrens. Eingeführt, um die Kosten für pflegebedingten Mehraufwendungen partiell abzudecken, kann es diesen Zweck mittlerweile mangels regelmäßiger Valorisierung immer weniger erfüllen. Eine jährliche indexgebundene Anhebung des Pflegegelds ist geboten, um den tatsächlichen Wertverlust auszugleichen.

Das Pflegegeldeinstufungsverfahren hat im österreichischen Pflegesystem eine Bedeutung erlangt, die weit über den Zweck der Zuerkennung von Pflegegeld hinausgeht. Der Grund liegt darin, dass für alle sozialpolitischen Maßnahmen, die auf das Kriterium „Pflegebedürftigkeit“ abstellen, die Pflegegeldstufen als Maß der Pflegebedürftigkeit herangezogen werden. Die Pflegegeldeinstufung wird zur Messlatte, anhand derer entschieden wird, wer welche Leistungen erhält. Dabei geht es etwa um die Inanspruchnahme von Pflegekarenz und Pflegezeit samt Pflegekarenzgeld, den Zugang zu Förderungen in der 24-Stunden-Betreuung, um die sozialversicherungsrechtliche Absicherung unversicherter pflegender Angehöriger oder um den Zugang zu finanzieller Unterstützung bei Urlaub oder Verhinderung der pflegenden Angehörigen. Deshalb ist es notwendig, dass der tatsächliche individuelle Betreuungs- und Pflegebedarf fachlich korrekt und zeitgerecht festgestellt wird, was gegenwärtig nicht der Fall ist. Es fehlen einheitliche Verfahren und die Anwendung wissenschaftlich fundierte Assessment-Instrumente. Der Pflegebedarf wird nicht auf Basis der notwendigen Pflegehandlungen im konkreten Fall, sondern aufgrund von Richt-, Mindest- und Pauschalwerten in der Einstufungsverordnung bestimmt, die jedoch wissenschaftlich kaum begründbar sind, da sie sich nur an Tätigkeiten orientieren, ohne Bezugnahme auf den Grund des Unterstützungsbedarfs (vgl. Bartholomeyczik 2007). Die Analyse der Gründe (z.B. eingeschränkte Mobilität oder Inkontinenz) für und Ziele von Pflegehandlungen würde eine wesentlich bessere Bestimmung des Pflegebedarfs ermöglichen, als die Beschreibung von Pflegehandlungen (vgl. Bartholomeyczik/Hunstein 2000). Die Erhebung des Unterstützungsbedarfs erfolgt außerdem sehr selektiv, da die psychische und soziale Dimension der Pflegesituation weitgehend unberücksichtigt bleibt und der Fokus zu eng auf (körperlichen) Defiziten liegt. Als Folge werden beispielsweise körperlich fitte Menschen mit demenziellen Erkrankungen systematisch zu niedrig eingestuft. Die seit 1.1.2009 geltende Erschwerniszulage bei demenziell erkrankten Personen von 25 Stunden kann diesem Problem nur bedingt entsprechen. Auch die Beziehungsgestaltung, welche die Basis für jede körperbezogene Pflegemaßnahme bildet, bleibt unterbelichtet. Die Defizitorientierung führt dazu, dass Ressourcen und Potentiale zu wenig berücksichtigt werden, wodurch auch Möglichkeiten für Prävention, Aktivierung und Gesundheitsförderung ungenutzt bleiben.

Eine wichtige Frage ist die, wer Pflegegeldeinstufungen vornehmen kann. In den Interviews wurde von professionell Pflegenden mehrfach betont, dass die derzeitige Form der Einstufung qualitativ unzureichend ist und sie sich als Expertinnen und Experten der Praxis nicht oder nur ungenügend eingebunden und nicht wertgeschätzt fühlen. Seit 2012 können zwar neben Medizinerinnen und Medizinerinnen auch unabhängige diplomierte Pflegekräfte Höhereinstufungen ab einem schon festgestellten Pflegebedarf von 180 Stunden vornehmen, jedoch keine Grundeinstufung. Problematisch ist außerdem, dass Gutachter oft nicht ausreichend geschult sind und auch kein systematischer Einsatz von Spezialisten und Spezialistinnen für die jeweilige Erkrankung bzw. Einschränkung erfolgt. So wäre es im Bereich der demenziellen Erkrankungen dringend erforderlich, spezialisierte Fachärzte für Neurologie oder Psychiatrie und spezialisierte diplomierte Pflegepersonen

einzusetzen sowie regelmäßige verpflichtende Fortbildungen für Gutachter und Gutachterinnen vorzusehen. Würden pflegerische Fachkräfte in Pflegegeldeinstufung, insbesondere auch beim Erstantrag, umfassend einbezogen, bestünde auch die Möglichkeit, die Begutachtung gleich mit einer Beratung und Schulung der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen zu verbinden und so das vielfach diagnostizierte Informationsdefizit vermindern. In Südtirol wird dieses Modell aktuell praktiziert. Die Pflegegeldeinstufung wird dort durch ein speziell geschultes Einstufungsteam bestehend aus einer Krankenpflegeperson und einer Sozialfachkraft auf Basis eines vorausgegangen ärztlichen Gutachtens und im Beisein der Hauptpflegeperson, seien dies nun informell oder professionell Pflegenden, vorgenommen (vgl. Leidl/Richter/Schmid 2010, 141–143). Für die Planung und Steuerung der erforderlichen Betreuungs- und Pflegeleistungen braucht es eine klare, vollständige Datenlage hinsichtlich der gewährten Betreuungs- und Hilfestellungskategorien und der Anspruchsbegründungen. Diese ist aktuell nicht vorhanden.

Es ist eine politisch-gesellschaftliche Aufgabe, die Lebenswelt so zu gestalten, dass soziale und kulturelle Teilhabe gemäß den individuellen Bedürfnissen möglich bleibt. Betreuung und Pflege sollte deshalb nicht am Rand oder auf „Inseln“, sondern in der Mitte der Gesellschaft erfolgen und die Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf müssen als politische Akteure in sie betreffende Entscheidungen einbezogen werden. Da die Gesellschaft sich weiterentwickelt und ausdifferenziert, ist es notwendig, darauf politisch zu reagieren und beständig zu prüfen, welche Auswirkungen diese gesellschaftlichen Veränderungen und politischen Maßnahmen für ältere Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf haben.

Ein zentrales Thema für älter werdende Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf ist das Wohnen. Alltag bedeutet für sie vor allem Wohnalltag. Ältere Menschen leben oft in zu großen, zu kostspieligen, nicht barrierefreien Wohnungen, wodurch die Gefahr von Armut und Isolation zunimmt und die eigenen Handlungsmöglichkeiten stark eingeschränkt werden. Die Schaffung von geeignetem Wohnraum muss deshalb eine politische Priorität sein ebenso wie die Förderung innovativer Wohnformen. Wohngemeinschaften oder betreubares Wohnen können praktikable, alltagsnahe Alternativen darstellen. Zwar nimmt die Umzugsbereitschaft im Alter erwiesenermaßen ab, man weiß jedoch mittlerweile, dass organisatorische und technische Hilfe sowie Überzeugungsarbeit durch Personen des öffentlichen Lebens, zu denen Vertrauen besteht (z.B. Bürgermeister und Bürgermeisterinnen im ländlichen Raum), diese wieder erhöhen können. Die Länder und Gemeinden sind aufgefordert, Mittel aus dem Pflegefonds verstärkt für innovative Projekte, die eine nicht stationäre Abdeckung von Betreuungs- und Pflegebedarf ermöglichen, abzurufen.

Das Bedürfnis, Teil der Gemeinschaft zu sein, umfasst nicht nur Teilhabe, im Sinne der Inanspruchnahme von Angeboten, sondern auch Teilgabe, in Form eines Beitrags. In der Praxis gibt es bereits vielfältige Initiativen zur Stärkung bürgerschaftlichen Austauschs, die das ermöglichen. Innovative Projekte brauchen jedoch oft politische Unterstützung in Form von Anschubfinanzierung, öffentlicher Wertschätzung und Rechtssicherheit für diese Initiativen. Ein Beispiel sind Talente-Tauschkreise oder Seniorengenossenschaften. In letzteren unterstützen sich Senioren und Seniorinnen gemäß ihren Kapazitäten gegenseitig im Alltag und können sich die so erarbeiteten Stunden entweder auszahlen oder auf ein Zeitkonto gutschreiben lassen. Diese Stunden können dann in Anspruch genommen werden, wenn man später selbst Unterstützung benötigt. Die Tätigkeiten sind ergänzend zu ambulanten Pflegediensten und umfassen typischerweise Haushaltshilfe, Besorgungsdienste, Fahrdienste oder Besuchsdienste. Die Mitglieder der Genossenschaft können dadurch oft bis zum Lebensende in ihrem Wohnumfeld bleiben, auch wenn sie nicht über ein unterstützendes familiäres Netz oder große finanzielle Ressourcen verfügen.

Wie aber können beratende und pflegerische Einrichtungen und Dienstleistungen so gestaltet werden, dass sie Teilhabe fördern? Es wurde schon thematisiert, dass Betreuung und Pflege nicht isoliert stattfinden sollen. Ein gutes Beispiel, wie das in der Praxis umgesetzt werden kann, ist das Haus der Generationen in Götzis, in dem eine Vielzahl gemeindenaher Dienstleistungen gebündelt wird. Beratungseinrichtungen, ein Pflegeheim, betreute Wohneinheiten, ambulante Betreuungsdienste und Tagesbetreuung befinden sich unter einem Dach mit einer Kinderbetreuungseinrichtung, einer Schülerbetreuung und einer Einrichtung für offene Jugendarbeit. Hinzu kommt eine Gemeinschaftspraxis mehrerer Ärzte und Ärztinnen. Viele Angebote im Haus der Generationen richten sich an alle Einwohner und Einwohnerinnen der Gemeinde. Es gibt einen gemeinsamen Mittagstisch sowie die Möglichkeit für Kurzzeitpflege. Ähnliche Einrichtungen finden sich auch in anderen österreichischen Gemeinden, jedoch bei Weitem nicht flächendeckend.

5.5.2 Politische Forderungen für pflegende Angehörige

Obwohl allgemein bekannt ist, dass informell Pflegende, vor allem pflegende Angehörige, weiterhin das Rückgrat des österreichischen Pflegesystems darstellen, stellten sie bis vor wenigen Jahren keine eigenständige Zielgruppe von Pflegepolitik dar. Soziale Rechte für pflegende Angehörige waren nur in Ansätzen vorhanden, wodurch die Übernahme von Pfl egetätigkeiten ein massives Armuts- und Ausgrenzungsrisiko darstellte. Hinzu kommt ein erhebliches gesundheitliches Risiko: Pflegende Angehörige erkranken häufiger und leiden öfter an stressbedingten Krankheiten als die Gesamtbevölkerung, sie erleben erhebliche psychische Belastungen und leiden besonders unter sozialer Isolation, die sich durch die zeitliche Gebundenheit an das häusliche Umfeld ergibt (vgl. Pochobradsky et al. 2005, 42-46). Die Pflege nahe stehender Personen wird allerdings weiterhin als wichtig und wertvoll erachtet und die meisten informell Pflegenden würden es auch wieder tun. Viele sind jedoch überfordert und schädigen ihre eigene Gesundheit durch lange und intensive Pfl egetätigkeit ohne die passende Ressourcen- und Unterstützungsausstattung. Damit steigt wiederum für diese das Risiko von physischer und psychischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

Mittlerweile besteht ein Konsens, dass es für informell Pflegende als „größtem Pflege- und Betreuungsdienst“ der Nation gezielte politische Maßnahmen und Angebote braucht, um die Erhaltung dieses informellen Pflegepotentials zu gewährleisten. Betrachtet man die Gruppe der pflegenden Angehörigen aus der Perspektive des guten Lebens ergeben sich noch weitere Erfordernisse hinsichtlich der Rahmenbedingungen informeller Pflege, aber auch hinsichtlich einer echten Wahlfreiheit. Der Ausbau pflegerischer und entlastender Dienstleistungen sollte nicht als Unterminierung des informellen Pflegepotentials, sondern als Ergänzung und Stabilisierung desselben verstanden werden. Internationale Studien zeigen, dass professionelle Pflege die informelle nicht verdrängt, sondern ergänzt (vgl. Motel-Klingebiel et al. 2005, zit. in Schneider). Auch gilt es zu beachten, dass es volkswirtschaftlich nicht in jedem Fall sinnvoll sein muss, Pflege ausschließlich im familiären Rahmen zu erbringen, beispielsweise wenn damit die Aufgabe der Erwerbstätigkeit einhergeht. Die Kosten werden dann auf die privaten Haushalte und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen verschoben und können insgesamt auch höher sein als bei alternativen Pflegearrangements (vgl. Schneider and Österle 2003, 240).

In einer Gesellschaft, die immer wieder als fragmentiert und individualisiert beschrieben wird, könnte der politische Verweis – abgesichert durch entsprechende materielle Angebote – auf Wahlfreiheit auch auf Seiten der Betreuungspersonen viel mehr bewirken als womöglich ein ledigliches Beharren auf der Erfüllung intergenerationaler Pflichten [...]. (Österle/Hammer 2004, 103)

Für ein solches Pflegearrangement, das Alternativen und Kombinationsmöglichkeiten bietet und an die konkrete Situation angepasst ist, braucht es den Ausbau pflegerischer und unterstützender Dienstleistungen in Verbindung mit Beratung und Öffentlichkeitsarbeit.

Zentrale politische Forderungen in Bezug auf informell Pflegende beziehen sich deshalb zuerst auf drei Aspekte, die alle primär die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme und erst in zweiter Linie die Qualität dieser Dienstleistungen betreffen.

1. Grundlegende Unterstützungsleistungen sind nicht überall flächendeckend und zu vergleichbaren Tarifen und Qualitätsstandards verfügbar. Ein quantitatives und qualitatives Mindestangebot an Leistungen mit transparenten, einheitlichen und nach Einkommen gestaffelten Selbstbehalten muss in ganz Österreich vorhanden sein. Der Wohnort darf nicht entscheidend dafür sein, welche Dienstleistungen zu welchem Preis in Anspruch genommen werden können.
2. Bestimmte, dringend benötigte Entlastungsleistungen sind inexistent, nicht ausreichend oder nicht passgenau vorhanden. Dies betrifft beispielsweise die flexible stundenweise Betreuung, Wochenendbetreuung oder die ambulante Betreuung in der Nacht. Modellprojekte sind vorhanden, beispielsweise das Pilotprojekt „Pflegeentlastungsdienst“ der Caritas Oberösterreich im Bezirk Steyr Land. Ohne entsprechende Bezuschussung durch die öffentliche Hand sind diese Angebote jedoch für die Betroffenen nicht leistbar. Die Bundesländer sind hier aufgefordert, diese Lücken durch innovative und vor allem leistbare Angebote zu schließen.
3. Schließlich nutzen viele informell Pflegenden die vorhandene Angebote nicht oder nur wenig. Dies betrifft nicht nur mobile Dienste, sondern auch Entlastungsangebote wie Beratung, Besuchsdienste, Pflegestammtische, Pflegeauszeit oder Angehörigenbegleitung. Entlastung für die informell Pflegenden könnte auch heißen, einen Teil des Pflegegelds für eine Reinigungskraft zu verwenden. Studien und Pilotprojekte sind jedoch immer wieder auf die Tatsache gestoßen, dass Leistungen auch in Bereichen, wo offensichtlich Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht, nicht oder erst dann angenommen werden, wenn die eigenen Grenzen schon überschritten worden sind. Die Gründe sind fehlendes Wissen (insbesondere, wenn der Pflegebedarf plötzlich eintritt) über bestehende Möglichkeiten und die eigenen Grenzen, aber vor allem auch emotionale Barrieren wie Scham, Unsicherheit, sozialer Druck und Angst vor Stigmatisierung. Unterstützung von außen anzunehmen, ist im Bereich Betreuung und Pflege älterer Angehöriger in Österreich stark tabuisiert, insbesondere in ländlichen Regionen. Diese Grundhaltung muss mit bedacht werden und parallel zum Ausbau des Angebots durch gezielte Kampagnen und flächendeckende, zugehende Beratung verändert werden. Modellprojekte, beispielsweise „Namar“ – ein Netzwerk zur ehrenamtlichen Angehörigenbegleitung im alpenländischen Raum –, zeigen, dass pflegende Angehörige einerseits vielfach großen (unausgesprochenen) Unterstützungsbedarf haben und andererseits durchaus erreichbar sind. Allerdings bedarf es umfassender Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit (z. B.: lokale Pressearbeit, Unterstützung durch vorhandene Institutionen und Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinne), um solchen Angeboten ein „Gesicht“ zu geben und so Vertrauen zu schaffen. Es ist also eine vorrangige Aufgabe, die Inanspruchnahme von Unterstützung in der Pflege und Betreuung zu enttabuisieren. Dadurch könnte auch die präventive Wirkung von entlastenden Angeboten für Angehörige und ihre Selbstpflegefähigkeit erhöht werden, was für das gute Leben aller Beteiligten hilfreich ist. In den Interviews wurde immer wieder darauf verwiesen, wie hilfreich die Annahme von Unterstützung in verschiedenen Formen war, wenngleich es manche pflegende Angehörige große Überwindung kostete. Eine begleitende psychosoziale Beratung kann ein wirkungsvoller Schlüssel für den Zugang zu Unterstützung und Entlastung sein.

Grundsätzlich sollte angestrebt werden, dass Betreuung und Pflege nicht rein vom „Fall“ der Person mit Pflegebedarf gedacht wird, sondern alle Betroffenen einbezieht. Angebote für informell Pflegenden und Menschen mit Pflegebedarf sollten nicht separiert erfolgen, sondern ineinander greifen. Dafür wäre es sinnvoll, das Tätigkeitsprofil von professionell Pflegenden in mobilen Diensten entsprechend auszuweiten und dafür auch Mittel zur Verfügung zu stellen. Beispielsweise könnte vermehrt präventive Familiengesundheitspflege (Family Health Nursing) zum Einsatz kommen und ein stärkerer Fokus auf Case-Management gelegt werden. Auch der verstärkte Einsatz von Fach- und Diplomsozialbetreuern und -betreuerinnen für Altenarbeit wäre in diesem Zusammenhang ein guter Schritt. Denkt man Betreuung und Pflege in diesem umfassenden Sinn, ist klar, dass zu den grundlegenden Unterstützungsleistungen, die flächendeckend und leistbar vorhanden sein sollen, auch spezielle Angebote für informell Pflegende gehören müssen. Besonders dann, wenn Pflege über lange Zeiträume erforderlich ist, sind regelmäßige, temporäre Entlastungsleistungen erforderlich. Das könnten beispielsweise psychosoziale Beratung sowie adäquate Ersatzpflege für Urlaubs- oder Erholungszeiten sein.

Allerdings kann der große Unterstützungsbedarf informell Pflegender nicht vollständig durch öffentliche Dienstleistungen abgedeckt werden. Um wirksame Entlastung für informell Pflegende zu ermöglichen, braucht es eine Kombination aus professionellen Dienstleistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, und lokalen, weitgehend selbstorganisierten Unterstützungsnetzwerken, die etwa ehrenamtliche Angehörigenbegleitung übernehmen. Auch diese brauchen jedoch ein Mindestmaß an professioneller Betreuung und Koordinierung sowie finanzieller Grundausstattung. Die gesellschaftliche und die politische Ebene müssen also eng verschränkt sein, damit von einer guten Gesellschaft die Rede sein kann – genau so, wie es in der katholischen Soziallehre eingefordert wird.

Die Interessen informell Pflegender gilt es auch im politischen Prozess zu berücksichtigen, wenn es um die Verteilung von Mitteln und die Ausgestaltung von Maßnahmen geht. Oft können kleine, praktische Änderungen für die Betroffenen eine große Erleichterung bedeuten. Eine Interviewpartnerin berichtet uns beispielsweise, dass die Vereinfachung der Anmeldung von 24-Stunden-Betreuerinnen und -Betreuern durch Meldeamt und Bezirkshauptmannschaft in ihrem Heimatbezirk den Betroffenen nun die 14-tägigen bürokratischen Verpflichtungen erspart.

Ähnliches gilt für die Schnittstelle zwischen den Bereichen Gesundheit und Pflege. Eine pflegende Angehörige erklärt beispielsweise, wie viel Stress es für sie bedeutete, kurz vor dem Wochenende noch Rezept und Medikamente für eine neue Medikation der von ihr gepflegten Person zu organisieren, die gerade aus dem Krankenhaus entlassen worden ist. In diesem Fall wäre es eine große Erleichterung gewesen, wenn sie für das Wochenende noch Medikamente vom Krankenhaus bekommen hätte, was aber in der gegenwärtigen Organisationsform nicht möglich war. Ein anderes Thema betrifft das plötzliche Auftreten von Pflegebedarf nach einem Krankenhausaufenthalt. Beratungsangebote für zukünftig informell pflegende Personen sollten über die Gesundheitsinstitution Krankenhaus automatisch vermittelt werden, damit die Betroffenen gut informiert in die Pflegesituation einsteigen. Dafür braucht es eine integrierte Vorgehensweise und entsprechende politische Rahmenbedingungen. Nach wie vor gibt es etwa in vielen Spitälern kein Entlassungsmanagement.

Ein weiteres Erfordernis betrifft die regelmäßige Erhebung von Daten zur Lage von pflegenden Angehörigen, um eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für passgenaue Maßnahmen zu haben. Es muss bedacht werden, dass informelle Pflege im Wandel begriffen ist. Beispielsweise könnten Mehrfachbelastungen durch das höher werdende Durchschnittsalter für Kinder zunehmen, wenn in Folge die Pflege der Eltern zeitgleich mit der Kindererziehung notwendig wird. Auch ist es denkbar, dass in Zukunft informelle Pflege vermehrt von nahestehenden Personen ohne Verwandtschaftsverhältnis ausgeführt wird, beispielsweise durch Mitbewohner und Mitbewohnerinnen in Wohngemeinschaften.

Aktuell sind in Österreich, anders als in Deutschland, fast alle Leistungen für informell Pflegende auf (nahe) Angehörige beschränkt. Angesichts kleiner werdender Familien erscheint diese Einschränkung nicht mehr zeitgemäß. Leistungen und soziale Rechte (z. B. sozialrechtliche Absicherung) sollten, bis auf begründbare Ausnahmen, prinzipiell an alle informell Pflegende gerichtet sein.

Die sozialen Rechte pflegender Angehöriger wurden während der letzten Jahre gestärkt. Besonders gilt es hervorzuheben, dass pflegende Angehörige ab der Pflegestufe 3 des betreuten Angehörigen die Möglichkeit einer kostenlosen Selbst- oder Weiterversicherung in der Pensionsversicherung haben. Die seit Anfang 2014 bestehenden Möglichkeiten, Pflegekarenz und Pflegeteilzeit in Anspruch zu nehmen, stellen jedoch kein Recht dar, sondern bedürfen der Zustimmung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers. Pflegende Angehörige sollten jedoch einen Rechtsanspruch auf diese Regelungen haben.

5.5.3 Politische Forderungen für professionell Pflegende

Die Pflegenden sind als Expertinnen und Experten der Praxis entscheidend, um ein gutes Leben für Menschen, die auf pflegerische und betreuerische Unterstützung angewiesen sind, sicherzustellen. Dabei geht es auch darum, öffentliche Mittel möglichst effektiv zur Erreichung dieses Zieles einzusetzen. Starke Signale vonseiten der Politik, dass man auf Pflegende als Berufsgruppe und Experten baut und ihre Interessen ernst nimmt, können hilfreich sein, um ein entsprechendes Selbstbild zu entwickeln. Dadurch könnte wiederum die Attraktivität von Pflegeberufen erhöht werden, was dringend notwendig ist, um dem sich verschärfenden Personalmangel entgegenzuwirken. Ein gutes Leben für jene professionell Pflegenden, die schon in der Praxis sind, hängt entscheidend davon ab, dass es gelingt, mehr Menschen für pflegerische Berufe zu interessieren. Andernfalls wird der beständige und sich potentiell noch verschärfende Personal- und damit Zeitmangel für Pflegende und Menschen mit Pflegebedarf gleichermaßen zum Stolperstein werden. In den Interviews wurde sehr klar ausgedrückt, dass nicht nur politische Rahmenbedingungen ausschlaggebend dafür sind, wie hoch die Zufriedenheit im Beruf ist. Viele Faktoren können durch die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen gestaltet werden. Die Unternehmenskultur, die Führungspersönlichkeit, die Zusammenarbeit verschiedener Professionen im Team wie auch unternehmensinterne Regelungen zu Weiterbildungen, Dienstplangestaltung und Gesundheitsförderung machen oft den Unterschied. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass auch hier der Spielraum im Bereich Betreuung und Pflege wesentlich von der Politik vorgegeben wird. Politische Forderungen beziehen sich neben der Berücksichtigung im politischen Prozess insbesondere auf die Bereiche der Ausbildung und der Arbeitsbedingungen.

Über die Notwendigkeit einer Ausbildungsreform im Bereich der Pflegeberufe entwickelte sich über die Jahre ein breiter Konsens. Diese soll einerseits die Attraktivität dieser Berufe durch bessere Einstiegs-, Umstiegs- und Höherqualifizierungsmöglichkeiten steigern und andererseits auch auf geänderte, vielfältigere berufliche Anforderungen reagieren. Bei der langfristigen Betreuung und Pflege alter Menschen hat beispielsweise die Zunahme chronischer und dementieller Erkrankungen sowie die größere (kulturelle) Pluralität zu neuen, spezialisierten Ausbildungserfordernissen geführt, die entsprechend berücksichtigt werden müssen. Professionell Pflegende dürfen nicht mit einem überdimensionierten und sich verändernden Tätigkeitsbereich allein gelassen werden, sondern müssen auf diese Aufgaben schon in der Ausbildung gut vorbereitet werden. In den Interviews wurde deutlich, dass die pflegerische Tätigkeit im Bereich Altenpflege immer eine Bandbreite an Aufgaben entlang eines Kontinuums zwischen Lebensbegleitung im weiten Sinn und Pflege im engen Sinn umfasst. Aus diesen Gründen spielen bei der Altenarbeit auch die Sozialbetreuungsberufe eine wichtige Rolle, und sie müssen folglich eng an die Pflegeberufe gekoppelt werden. Eine erhöhte Durchlässigkeit zwischen diesen unterschiedlichen Ausgansberufen durch flexibel wählbare modulare

Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten bis hin zur Akademisierung, wie von der Caritas (2013) gefordert, könnte diesen Anforderungen besser gerecht werden als die derzeitige starre Trennung zwischen Sozialberufen auf der einen und Gesundheits- und Krankenpflegeberufen auf der anderen Seite. In den Interviews kam zur Sprache, dass bestehende Kompetenzabgrenzungen oft in der Praxis nicht sinnvoll sind und zu einer Verkomplizierung der Versorgung führen. Durch entsprechende Zusatzausbildungen sollten Heim- und Pflegehilfen zusätzliche Kompetenzen eröffnet werden, damit autonomes Handeln und gemeindenaher extramuraler Versorgung gut möglich sind. Durch Zusatzqualifikationen müssen auch entsprechende praktische Handlungsberechtigungen erworben werden können. Dadurch verbessern sich die Perspektiven für horizontale Karrieren, wodurch unterschiedliche Settings von Betreuung und Pflege möglich werden.

Im Pflegebereich, wo Beziehungsorientierung und Lebensbegleitung so zentrale Aspekte sind, sollte die Bedeutung von moralisch-reflexiven und personalen Kompetenzen gegenüber medizinisch-pflegerischem Wissen sowohl in der Grundausbildung wie auch in den Weiterbildungserfordernissen stärkeres Gewicht bekommen. Ethische Dilemmata, denen professionell Pflegenden immer wieder gegenüberstehen, bedürfen eines praktischen Handwerkszeugs, das durch die gesamte Ausbildung hindurch entwickelt und dann im Berufsleben immer wieder auch reflektiert und gefestigt werden muss. Die Entwicklung ethischer Urteilskraft braucht Kontinuität in der Auseinandersetzung, weshalb Ethik nicht nur als eigener Ausbildungsblock Teil des Lehrplans von Grund- und Weiterbildungen sein sollte. Die ethische Dimension sollte, ähnlich einem Unterrichtsprinzip im Schulsystem, auch in der Vermittlung medizinisch-pflegerischer Inhalte immer reflektiert werden. Verpflichtende Ethikfortbildungen können zur langfristigen Sicherung respektive Erhöhung der Pflegequalität beitragen. Ethik in der Pflege ist aktuell bei den Gesundheits- und Krankenberufen als fakultative Weiterbildung gelistet. Ethische Handlungskompetenz ist jedoch keine Spezialisierung, sondern die Basis jeder erfolgreichen pflegerischen Handlung.

Problematisch ist auch in diesem Bereich die Uneinheitlichkeit der Berufsregelungen für Sozialbetreuungsberufe auf Länderebene. Der Notwendigkeit, die Ausbildungen laufend weiterzuentwickeln, um auf Veränderungen reagieren zu können, könnte durch eine einheitliche Zuständigkeit des Bundes wesentlich besser entsprochen werden.

Die Betreuung und Pflege älterer Menschen ist ein zukunftsreiches und tendenziell krisenfestes berufliches Tätigkeitsfeld. Inhaltlich werden die Aufgabengebiete vielfältiger, spezialisierter und anspruchsvoller, während zugleich der zentrale Stellenwert von Beziehung ein hohes sinnstiftendes und motivierendes Potential besitzt. Jedoch sind die Arbeitsbedingungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich oft belastend. Zentral sind zwei Faktoren, die durch politische Rahmenbedingungen wesentlich bestimmt werden: Zeit und Personal. Zeitdruck entsteht einerseits aufgrund von personeller Unterbesetzung, aber auch durch unverhältnismäßig enge Zeitvorgaben, die sich auf standardisierte Tätigkeiten ohne Bezugnahme auf den Grund des Unterstützungsbedarfs beziehen. Hinzu kommen die gestiegenen Anforderungen an die Dokumentation pflegerischer Handlungen, die oft als zeitliche Belastung wahrgenommen werden. Als ungerecht und sachlich nicht nachvollziehbar werden auch hier die großen Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich Personal- und Qualifikationsschlüsseln wahrgenommen. Um gute Arbeitsbedingungen gewährleisten zu können, braucht es demnach offensive Maßnahmen, um das Arbeitskräftepotential im Pflegebereich auszuschöpfen und zu erhalten sowie die tatsächlich erforderliche Begleitung und Pflege als Ausgangspunkt für die Personalbemessung anzuerkennen. Und, nicht zuletzt aufgrund des hohen Frauenanteils in diesem Bereich ist es notwendig, generell die Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wesentlich zu verbessern und weiter zu entwickeln.

Die eingeforderte Flexibilisierung und Diversifizierung der Ausbildung wird die Attraktivität dieser Berufsfelder nur dann erhöhen, wenn neue, spezialisierte Berufsgruppen auch besser in den Personalschlüsseln berücksichtigt werden. Wenn tendenziell in der Pflege primär Pflegehilfen vorgesehen sind und anders bzw. höher Qualifizierte dann als solche arbeiten und bezahlt werden, wird eine Ausbildungsreform ihre Ziele nicht erreichen können. Klar ist außerdem, dass die Bezahlung von vielen in der Pflege Tätigen aktuell nicht als adäquat beurteilt wird, wengleich diese nur einer von mehreren Stellschrauben ist, um mehr Menschen für pflegerische Berufe zu begeistern.

5.6 Zusammenfassung

Wenn es darum geht, förderliche Bedingungen für ein gutes Leben in Betreuung und Pflege zu schaffen, sind alle Mitglieder und Institutionen einer Gesellschaft angesprochen. Je nach Fähigkeiten, gesellschaftlicher Position und Lebenslage gestalten sich die Einflussmöglichkeiten jedoch verschieden und es entstehen unterschiedliche Pflichten. Fest steht jedoch, dass Menschen mit Pflegebedarf ebenso Verantwortung für ein gutes Leben übernehmen müssen wie deren Familien und ihnen nahe stehende Menschen, Professionalisten und Professionalistinnen, verschiedene gesellschaftliche Akteure und Akteurinnen sowie Politiker und Politikerinnen. Den größten Handlungsauftrag hat die Politik, da vor allem dort jene strukturellen Änderungen angelegt werden müssen, die nachhaltige und großflächige Verbesserungen herbeiführen können. Alle anderen Forderungen, die sich an pflegebedürftige Menschen, ihre Familien, professionell Pflegenden sowie die Gesellschaft als Ganze richten, müssen folglich immer vor dem Hintergrund dieser strukturellen Veränderungen verstanden werden.

NACHWORT: DIE KRAFT DER VERLETZLICHKEIT

Prof. DDDr. Clemens Sedmak

Pflegebedürftige Menschen wie pflegende Angehörige stehen in einer „äußeren Situation“ (Strukturen und Rahmenbedingungen) und auch in einer „inneren Situation“ (Haltungen und Einstellungen). Jede Pflegesituation ist einzigartig, wie auch die in diesem Bericht gesammelten Interviews gezeigt haben. Dennoch zeigen sich strukturelle Gemeinsamkeiten. Die äußeren Rahmenbedingungen können politisch gestaltet werden und sind für die Gesamtbefindlichkeit von großer Wichtigkeit. Die innere Situation mit Hoffnungen und Überzeugungen, Motivationen und Sinnempfinden liegt eher in der Verantwortung der einzelnen Personen, hat aber auch mit dem Rahmen zu tun. Die Katholische Soziallehre, die den Hintergrund für die Arbeit der Caritas bietet, ist bemüht, diese beiden Dimensionen zusammen zu bringen. Ein Aspekt dieser Bemühungen sind politische Forderungen, die mit der nachhaltigen Alltagstauglichkeit einer langfristigen Pflegesituation zu tun haben; ein anderer Aspekt ist der Hinweis auf die Pflege der spirituellen Tiefe von Menschen. Gerade pflegebedürftige Menschen, die die Verletzlichkeit von uns Menschen in besonderer Weise zeigen, lehren Wichtiges über das Menschsein. In diesem Sinne kann man die Ansprache von Johannes Paul II. am 11. September 1983 im „Haus der Barmherzigkeit“ in Wien verstehen, wenn der Papst, noch zwei Jahre zuvor selbst schwer verletzt und Patient, zu den Bewohnern und Bewohnerinnen sagt: „Die Krankenzimmer dienen einem Volk nicht weniger als die Klassenzimmer und die Hörsäle“. Dieser Dienst besteht in der Erinnerung an die Würde des Menschen auch in widrigen Situationen, an die Lehre der Zusammengehörigkeit und des Angewiesenseins, an ein würdevolles Leben im Leiden: „Jugendliche können nicht stark werden und Erwachsene nicht treu bleiben, wenn sie nicht gelernt haben, ein Kreuz anzunehmen.“ Diese Aussagen sind Teil der Katholischen Soziallehre, die den pflegebedürftigen Menschen auch als Lehrer und Lehrerin sieht, auch als eine Person, deren Gebet, wie Johannes Paul II. bei der erwähnten Gelegenheit sagt, „besonderes Gewicht“ hat.

Diese „Pädagogik des Verletzlichen“, diese Erziehung durch das vermeintlich Schwache, ist ein Anliegen christlichen Denkens. Der Pastoraltheologe Ottmar Fuchs schreibt an einer Stelle, dass Jesus in den Evangelien von den Kranken wichtige Inhalte erwartet, indem er ihnen Fragen stellt. Die Katholische Soziallehre lädt zu diesem Blickwechsel ein: Ein Mensch, der pflegebedürftig ist, ist so viel mehr als ein pflegebedürftiger Mensch; er ist auch Mysterium („das Mysterium des Leidens“), er ist auch lehrend und gebend, zeigt die Kraft der Veränderung. Viele Menschen wurden durch Issa transformiert. Dietrich Bonhoeffer hatte im Gefängnis von der „Polyphonie des Lebens“ gesprochen, die auch unter verengten Umständen nicht aufhört, zu sein. Diese Polyphonie gilt auch in einer Pflegesituation: Ein pflegebedürftiger Mensch ist so viel mehr als das.

Das gute Leben nach christlichem Verständnis ist ein Leben, das aus der Kraft der Liebe gestaltet wird; in einer Pflegesituation ist ein Aspekt von Liebe die „Sorge“ – der amerikanische Philosoph Harry Frankfurt charakterisiert die Liebe als „starke Sorge“ (robust concern“); sie zeigt sich in Verantwortung und Bindung trotz widriger Umstände, in Wertschätzung, Achtsamkeit und Aufmerksamkeit, in einem Blick für Details, der nicht nur das „Was“ des Handelns, sondern auch das „Wie“ des Tuns im Blick hat; es ist ein Unterschied, ob ein Auto oder ein Mensch gewaschen wird.

Dieser Unterschied liegt wesentlich im „Wie“. Papst Franziskus hat in seiner Botschaft zum 22. Welttag der Kranken zwei wichtige Aspekte erwähnt: Die Kirche erkennt in den Kranken „eine besondere Gegenwart des leidenden Christus“; das ist eine Nähe, die in Mt 25 ausgesprochen wird. Und: Zweimal ruft Franziskus zu „Zärtlichkeit“ im Umgang mit den Kranken auf und charakterisiert sie als „respektvolle, feinfühlig Liebe“. In den Evangelien sehen wir diese Zärtlichkeit, Berühren und respektvolles Fragen, immer wieder im Handeln Jesu; etwa in Mk 1,31, Mk 5,41, Mk 7,33. Diese

Kategorie der Zärtlichkeit ohne Scheu in den Diskurs über Pflege und als Haltung in die Realität einer Pflegesituation einzubringen, ist ein Anliegen, das mit dem christlichen Verständnis von gutem Leben zusammenhängt. Das hat mit einer sorgenden Einstellung zu tun – „Caring“ kann verstanden werden als „Antwort auf die Bedürfnisse einer Person, deren selbstgewählte Ziele man versteht“. Ein anderer Aspekt von Liebe in einer Pflegesituation ist das liebevolle „Geschehenlassen“, die Anerkennung von Abhängigkeit, die Ausbildung der Tugend der Geduld. Die Schweizer Bischofskonferenz hat in einer Botschaft vom 3. März 2014 von Geduld als Mutter der Tugenden gesprochen, der die „Töchter der Geduld nach und nach zu Hilfe kommen. Es sind dies Sanftmut, Bescheidenheit, Akzeptanz, vor allem aber Glaube und Hoffnung“. Die Bedeutung der spirituellen Dimension zu unterstreichen, auf den Anker der christlichen Hoffnung in einer Pflegesituation hinzuweisen, ist Ausdruck der angesprochenen „inneren Situation“ des Menschen.

Freilich: Die oftmals bittere Realität einer Pflegesituation darf nicht im Modus eines „spirituellen Zynismus“ klein geredet werden. Das hat der vorliegende Bericht deutlich gemacht. Damiano Modena, der Kardinal Martini in dessen letzten Lebensjahren begleitet hat, schreibt in seinem Buch Wenn das Wort verstummt über das Leben als Subtraktion: „Was nach einer Addition aussieht, ist in Wahrheit oft eine Subtraktion. Man kann zum Beispiel alle möglichen Titel erwerben und ist doch erst dann wirklich Mensch, wenn man lernt, diesen Ballast abzuschütteln, wie sich ein Hund nach einem unerwarteten Regenguss vom Wasser befreit.“ Kardinal Martini verlor durch seine Parkinson-Erkrankung mehr und mehr die äußere Kontrolle über sein Leben; es war nach Modenas Schilderung „nicht schön“ anzusehen.

Gerade in einer Pflegesituation zeigt sich vieles – in seiner Enzyklika Spe Salvi hat Papst Benedikt XVI. daran erinnert, dass sich das Maß der Humanität ganz wesentlich im Verhältnis zum Leid und zum Leidenden bestimmt. „Das gilt für den einzelnen wie für die Gesellschaft. Eine Gesellschaft, die die Leidenden nicht annehmen und nicht im Mit-Leiden helfen kann, Leid auch von innen zu teilen und zu tragen, ist eine grausame und inhumane Gesellschaft“ (Nr. 38). So gesehen ist der Umgang mit Pflegesituationen ein „Fenster“ in die ethische Beschaffenheit einer Gesellschaft. Die strukturellen Bedingungen erzählen dabei von der inneren Situation einer Gesellschaft. Nach christlichem Verständnis handelt es sich mit Blick auf eine Pflegesituation nicht um eine Aufgabenteilung von „Hier Gebende, dort Empfangende“, sondern um die Anerkennung von gemeinsamem Lernen durch Verbundenheit.

LITERATUR

- Aiginger, K. (2011): Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem. WIFO – Vorträge 111, abrufbar unter: http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQF-jAA&url=http%3A%2F%2Fwww.wifo.ac.at%2Fjart%2Fprj3%2Fwifo%2Fresources%2Fperson_dokument%2Fperson_dokument.jart%3Fpublikationsid%3D41727%26mime_type%3Dapplication%2Fpdf&ei=PeuFU9iLLanT7AaLzoDQDQ&usq=AFQjCNGV5Xcwdvln-Wg8zi1D0PBT2pV-pA&bvm=bv.67720277,d.ZGU [28.05.2014]
- Appelt, E./Fleischer, E. (2013): Familiäre Sorgearbeit: Österreich im europäischen Vergleich, in: Aulenbacher, B./Rieggraf, B./Theobald, H. (Hg.): Care im Spiegel soziologischer Diskussion, Sonderband 20 der Zeitschrift Soziale Welt 2013, Baden-Baden.
- Appelt, E./Reiterer, A. (2010): Demografische Grundlagen des Pflegebedarfs in Österreich. Status quo und Prognose, in: Appelt, E./Heidegger, M./Preglau, M./Wolf, M. A. (Hg.): Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive, Innsbruck, 129–143.
- Arendt, H. (1994): Vita activa oder Vom tätigen Leben, Neuausgabe 1981, 8. Aufl., München.
- Bachner, F./Ladurner, J./Habimana, K./Ostermann, H./Stadler, I./Habl, C. (2012): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, abrufbar unter: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site2/attachments/4/8/3/CH1066/CMS1382089784387/oesterreichisches_gesundheitswesen_im_internationalen_vergleich_2012.pdf [24.10.2013]
- Bartholomeyczik, S. (2007): Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung des Beziehungsprozesses, Vortrag in Will, Schweiz (11.05.2007), http://www.psychiatrie-nord.sg.ch/home/infos/publikationen/archiv-publikationen/_jcr_content/Par/downloadlist_2/DownloadListPar/download_0.ocFile/Bartholomeyczik.pdf [22.04.2014]
- Bartholomeyczik, S./Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege – Zu den Grundlagen einer Personalbemessung, in: *Pflege & Gesellschaft*; 5 (4), 105–109.
- Bauer, U./Büscher, A. (2008): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen, in: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 7-45.
- Behrens, J. (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege, in: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 180-211.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2007): Alter neu Denken, Gütersloh.
- Bieri, P., (2011): Wie wollen wir leben?, St. Pölten/Salzburg.
- Blinkert B./Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege, in: *APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte*: Wandel der Sozialen Arbeit. Frankfurt/Main. 12-13/2008.
- Blitzko-Hoener, M./Weiser, M. (2012): Soziale Ungleichheit und Geschlecht – Zur Situation von Frauen im Alter, in: Kleiner, G. (Hg.): Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden, 119–153.
- BMASK (2009a): Freiwilliges Engagement in Österreich – 1. Freiwilligenbericht. Wien.
- BMASK (2009b): Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage, Wien.
- BMASK (2011): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011, Wien.
- BMASK (2012): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige, abrufbar unter: https://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/0/0/6/CH2081/CMS1357115447764/kinder_und_jugendliche_als_pflegerische_angehoerige_webversion.pdf [30.05.2014]
- BMASK (2013a): Höhe des Pflegegeldes, abrufbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html> [17.10.2013]
- BMASK (2013b): Informationen zum Pflegekarenzgeld, abrufbar unter: http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegekarenzgeld/ [17.10.2013]
- BMFSFJ (Hg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, abrufbar unter:

- http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bmfsfj.de%2FRedaktionBMFSFJ%2FAbteilung3%2FPdf-Anlagen%2Ffuenfter-altenbericht%2Cproperty%3Dpdf%2Cbereich%3D%2Crwb%3Dtrue.pdf&ei=XvOFU-K8Co6v7Aaz-voHoBw&usg=AFQjCNGB_2lwTjioJc9yKeC3TB2EJWbqAw&bvm=bv.67720277,d.ZGU [28.05.2014]
- BMFSFJ (Hg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [28.05.2014]
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/Main
- Bundesarbeitsgemeinschaft „Freie Wohlfahrt“ (BAG) (o.J.): Positionspapier der BAG – Gesundheits- und Pflegevorsorge in Österreich, abrufbar unter: http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/ueber_uns/Standpunkte/BAG_Arbeitsklausur_Positionspapier.doc [24.10.2013]
- Campbell, S./Roland, M./Buetow, S. (2000): Defining quality of care, in: *Social Science and Medicine* 51(11), 1611–25.
- Caritas (2004). Betreuung und Pflege alter Menschen. Positionspapier der Caritas, abrufbar unter: http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/ueber_uns/Standpunkte/positions-papier_pflege.pdf [30.05.2014]
- Caritas (2006): Zum Thema: Ehrenamt. Wien, abrufbar unter: http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/service_und_downloads/publikationen/zum_thema/ZT_1_06_Ehrenamt.pdf [28.05.2014]
- Caritas (2013): Positionspapier. Zur Ausbildung von Pflege-/Sozialbetreuungsberufen, 1-9.
- Chiumento, S. (2007): Happiness at Work Index. Research Report, London.
- Christl, C. (2009): Case Management in der Pflege – Eine Unterstützungsleistung pflegender Angehöriger, Diplomarbeit, Universität Wien.
- Davis, W. A. (1989): Inwardness and Existence, Milwaukee, MI.
- Domnowski, M. (2010): Burnout und Stress in Pflegeberufen – Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise, 3. aktualisierte Aufl., Hannover.
- Egger De Campo, M. et al. (2005): Lehrreiche Abweichungen – Ergebnisse der CARMA (Care for the Aged at Risk of Marginalization) Fallstudie, in: Egger de Campo, M./Posch, K. (Hg.): Strategien gegen soziale Ausgrenzung alter Menschen: Tagungsband. FH Joanneum, Graz, 19-61.
- Eichinger, T./Bozzaro C. (2012): Die bioethische Debatte um Anti-Aging als Lebensverlängerung. Bezugspunkte und Argumentationsmuster, in: G. Maio (Hg.), *Alterwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Freiburg/Brsg., 34-70.
- Engel, P. (2012): Geschlechtsspezifika Sozialer (Alten-)Arbeit, in: Gabriele Kleiner (Hg.): *Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Wiesbaden, 37–77.
- Ertl-Schmuck, R. (2000): *Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive*, Frankfurt/Main.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge.
- Fausser, C. (2012): Lebensereignisse im Alter unter geschlechtsspezifischer Perspektive, in: Gabriele Kleiner (Hg.): *Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Wiesbaden, 78–118.
- Fleischer, E. (2010): Organisation von Care. Kinderbetreuung und Altenpflege/-betreuung in Österreich im Vergleich, in: Appelt, E./Heidegger, M./Preglau, M./Wolf, M. (Hg.): *Who cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive*. Innsbruck/Wien/Bozen, 177–186.
- Fleischer, E. et al. (2013): Informelle Pflegenetzwerke in ausgewählten Gemeinden in Tirol – Bedürfnisse der Beteiligten. Explorative Pilotstudie. Innsbruck.
- Fonds Soziales Wien (o.J.). Kostenbeitragssystem, abrufbar unter: <http://pflege.fsw.at/finanzielles/kostenbeitragssystem.html> [28.05.2014]
- Fölsch, D. (2012) *Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*. 2. Auflage, Wien.
- Fölsch, D. (2013): *Ethik in der Altenpflege*, Wien.
- Frankfurt, H. (2007): *The importance of what we care about: philosophical essays*, 14. Auflage, Cambridge/New York.

- Gabriel, I./Papaderos, A. K./Körtner, U. H. J. (2006): Perspektiven ökumenischer Sozialethik. Der Auftrag der Kirchen im größeren Europa, 2. Auflage, Ostfildern.
- Gerlinger, T./Röber, M (2009): Die Pflegeversicherung. Lehrbuch, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Goettle, G. (2014): Gefährliche Zauberformel: Demografie als Angstmacher, TAZ. 28.01.2014, <http://www.taz.de/Demografie-als-Angstmacher/!131729/> [5.02.2014]
- Heimbach-Steins, M. (2004): Kirchliche Sozialverkündigung – Orientierungshilfen zu den Dokumenten, in: Heimbach-Steins, M. (Hg.): Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch. Bd. 1., Regensburg, 200-219, hier 208; Vgl. Paul VI in Octagesima adveniens 4.
- Heinze, R.G./Eichener, V./Naegele, G./Bucksteg, M./Schauerte, M. (1997): Neue Wohnung auch im Alter. Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft. Darmstadt, 102-170.
- Heusinger, J./ Klünder, M. (2005): "Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!" Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements, Frankfurt/Main.
- Hildebrandt, J. (2012): Lebenswelt im Wohnkontext, in: Kleiner, G. (Hg). Alter(n) bewegt, Wiesbaden, 195-204.
- Hilfswerk (2006). Neue Studie: 30 % der österreichischen Bevölkerung leidet an chronischen Schmerzen, Presseausendung, 18.04.2006, abrufbar unter: http://www.ots.at/presseausendung/OTS_20060418_OT0076/neue-studie-30-der-oesterreichischen-bevoelkerung-leidet-an-chronischen-schmerzen [30.05.214]
- Honneth, A. (1994): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/Main.
- Höpflinger, F. (2011): Demographische Alterung – Trends und Perspektiven. Online-Dokument, abrufbar unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Demografische-Alterung.pdf> [28.05.2014]
- Hörl, J. (2009a): Einsamkeit und Isolation, in: BMASK (Hg.) (2009). Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage, Wien, 291-308.
- Hörl, J.(2009b): Pflege und Betreuung I: informelle Pflege, in: BMASK (Hg.) (2009). Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage, Wien, 365-388.
- Hummert, M. L. et al. (1994): Stereotypes of elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. In: The Journal of Gerontology 49 (5), 240–249.
- IACS (2012): Verbesserung des Zugangs zu gemeindenaher Pflegeberatung für zu Hause lebende ältere Menschen. Empfehlungen, abrufbar unter: http://www.ropeskreuz.at/fileadmin/user_upload/LV/Wien/Metavigation/Forschungsinstitut/MitarbeiterInnen%20+%20Projektberichte/IACS_deutsche_Empfehlungen.pdf [30.05.2014]
- Klie, T. (2012): Pflege zu Hause im intelligenten Mix und geteilter Verantwortung, Vortrag im Rahmen der Tagung „Begleitung wirkt“, Salzburg. abrufbar unter: http://www.namar.at/fileadmin/user/salzburg/downloads_pdfs/NaMaR/Pflege_im_MIX_Salzburg_10.10.12._1.pdf [6.02.2014]
- Klie, T. (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, München.
- Kolland, F. (2011): Wandel der Gesellschaft und die Zukunft der Pflege, in: NÖ Patienten und Pflegeanwaltschaft (Hg.): Laut gedacht, St. Pölten.
- Körtner, U. (2013): Ist Pflege weiblich?, Radiosendung „Zwischenruf“ auf Ö1, 27.10.2013. abrufbar unter: <http://religion.orf.at/radio/stories/2611231/#> [10.01.2014]
- Krajasits, C. (2009): Ökologie im Alter – Der Zugang zur (sozialen) Infrastruktur der Wohnumgebung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Unterschiede und Besonderheiten, in: BMASK (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage, Wien, 91–101.
- Kray, J./Lindenberger, U. (2007): Fluide Intelligenz, in: Brandtstädter, J./Lindenberger, U. (Hg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Ein Lehrbuch. Stuttgart: 194–220.
- Kreimer, M./Meier, I./Sträußberger, M. (2010): Die Vereinbarkeit familiärer Altenbetreuung mit Erwerbsarbeit im Kontext der österreichischen Pflegepolitik, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Graz.
- Kruse, A./Wahl, H. (2010): Zukunft Altern – individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen, Heidelberg.
- Kruse, A. (2012): Sterben in Demenz, in: Anderheiden, M./Eckart, W. U. (Hg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Berlin, 649-670.
- Kruse, A./Schmitt, E. (2005): Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland, in: APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte, (2005) 49–50, 9–17.
- Krygier, M. (2005): Civil Passions: Selected Writings, Melbourne.

- Künemund, H./Kohli, M. (2010): Soziale Netzwerke, in: Aner, K./Karl, U. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, 309-314.
- Kytir, J. (2009): Demographische Entwicklung, in: BMASK (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage, Wien, 43–67.
- Lecheler, H. (1993): Das Subsidiaritätsprinzip. Strukturprinzip einer europäischen Union. Berlin.
- Lehr, U. (2003): Psychologie des Alterns, 10., korrigierte Auflage, Wiebelsheim,
- Leidl, I./Richter, V./Schmid, T. (2010): Armut macht krank – wissenschaftliche Begleitstudie: Endbericht, Projekt von Volkshilfe Österreich und der Sozialökonomischen Forschungsstelle.
- Lindner, B. (2012): Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege und Betreuung von älteren Menschen, Diplomarbeit, Universität Wien.
- Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hg.) (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Wien
- Maio, G (2012): Vom Sinn des Alters. Reflexionen zum Alter jenseits des Fitnessimperativs, in: ders. (Hg.): Alterwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin, Freiburg/Brs., 11-19.
- Manton, K. G./Gu, X./Lamb, V. L. (2006): Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by longterm changes in function and health in the U.S. elderly population, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 103, 18374–18379.
- Margalit, A. (1998): Politik der Würde. Frankfurt/Main.
- Matolyc, E. (2009): Kommunikation in der Pflege. Wien/New York.
- Matolyc, E. (2011): Pflege von alten Menschen, Wien/New York.
- Menche, N. (Hg.) (2004): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, 3. vollständig überarbeitete Auflage, München.
- Messner (2001): Kurz gefaßte christliche Soziallehre, Wien.
- Milisen, K./Maesschalck, L. de/Abraham, I. (Hg.) (2004): Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen: modern – wissenschaftlich – praktisch, Heidelberg.
- Mischke, C. (2012): Ressourcen pflegender Angehöriger – eine Forschungslücke? Gesundheitssoziologische und empirische Annäherung an ein bislang vernachlässigtes Forschungsfeld, in: *Pflege*; 25 (3): 163–174.
- Miske, A. (2008): Pflegebedürftig ... und trotzdem gut betreut, Stuttgart.
- Moers, M. (1994): Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel, in: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin, 159-174.
- Motel-Klingebiel, A./Tesch-Römer, C./Kondratowitz, H. J. (Hg.) (2005): Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses, in: *Ageing & Society*, 25: 863–882.
- Nell-Breuning, O. von (1977): Soziallehre der Kirche. Erläuterungen der lehramtlichen Dokumente. Wien.
- Netter, M. /Schweitzer, T. /Völkerer, P. (2008): Inwieweit wird Bildung vererbt, in: *Wirtschaft und Gesellschaft*, 34.Jahrgang, Heft 4, S. 475-506, Wien.
- Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, abrufbar unter: http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Alter_und_steigende_Lebenserwartung.pdf [28.05.2014]
- NPO-Institut (2004): Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich. Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven, Studie im Auftrag der BAG „Freie Wohlfahrt“, Wien.
- Nussbaum, M. (1999): *Der aristotelische Sozialdemokratismus*, in: Pauer-Studer, H. (Hg.): Gerechtigkeit oder Das gute Leben, Frankfurt/ Main.
- Nussbaum, M. (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit, Berlin.
- O’Neill, O. (2002): *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge.
- Orem, D. E. (1971): *Nursing: Concepts of Practice*, New York.
- Österle, A./Hammer, E. (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Wien.
- Pallinger, M./Pfeiffer, K. (2013): 20 Jahre Pflegegeld. Entstehung, Entwicklung und Zukunft des Pflegegeldes, in: *Soziale Sicherheit* 6/2013, 282-288.
- Parlamentskorrespondenz Nr. 621 (26.06.2014): Sozialthemen auf dem Prüfstand des RH-Ausschusses, abrufbar

- unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2014/PK0621/ [15.07.2014]
- Pfabigan, D. (2008): Pflegeethik – Interdisziplinäre Grundlagen. Wien.
- Pochobradsky, E./ Bergmann, F./ Brix-Samoylenko, H./ Erfkamp, H./ Laub, R. (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien: Österreichisches Institut für Gesundheitswesen, abrufbar unter: http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/0/6/CH2247/CMS1229093595174/situation_pfleger_angehoeriger.pdf [10.10.2013]
- Rabe, M. (2009): Ethik in der Pflegeausbildung, Bern.
- Rechnungshof (2009): Pensionsversicherungsanstalt: Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes, abrufbar unter: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2009/berichte/teilberichte/bund/bund_2009_09/bund_2009_09_4.pdf [23.04.2014]
- Rechnungshof (2014): Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2014/7, 5-134, abrufbar unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/III/III_00068/index.shtml [15.07.2014]
- Reformarbeitsgruppe Pflege (2013): Empfehlungen der Reformarbeitsgruppe Pflege, abrufbar unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/7/0/CH2081/CMS1356078635988/empfehlungen_der_reformarbeitsgruppe_pflege.pdf [3.05.2014]
- Remele, K. (2007): Zwischen Apathie und Mitgefühl: Religiöse Lehren aus tierethischer Perspektive, in: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Tierethik Heidelberg (Hg.): Tierethik. Erlangen, 254-270.
- Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln – Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft, Bern.
- Rentsch, T./Vollmann, M. (Hg.) (2012): Gutes Leben im Alter. Die philosophischen Grundlagen. Stuttgart.
- Rothermund, K./Brandstädter, J. (2003): Age stereotypes and self-views in later life, in: *In-ternational Journal of Behavioral Development*, 27 (2003) 6, 549–554.
- Rothermund, K./Mayer, A. (2009): Altersdiskriminierung: Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze. Stuttgart.
- Sam, A. (2009): Die Leiden einer jungen Kassiererin. München.
- Sandel, M. J. (2012): Was man für Geld nicht kaufen kann: die moralischen Grenzen des Marktes. Berlin.
- Schneider, U. (2006): Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht, *ZSR*, 52(2006), 493-520.
- Schneider, U./Österle, A. (2003): Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive, in: Rosenmayr, L./Böhmer, F.: Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis, Wien.
- Schneider, U./Österle, A./Schober, D./Schober, C. (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich – Ausgabenstruktur und Finanzierung, Forschungsbericht 02/2006, Institut für Sozialpolitik, WU Wien.
- Schneider, U./Trukeschitz, B./Mühlmann, R./Jung, R./Ponocny, I./Katzlinger, M. (2009): Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008 (Vienna Informal Carer Study - VIC2008. Studiendesign und deskriptive Ergebnisse. Forschungsberichte des Forschungsinstituts für Altersökonomie, 1/2009. Forschungsinstitut für Altersökonomie, WU Vienna University of Economics and Business, Wien.
- Schober, D./Schober, C./Kabas, J. (2007): Evaluierungsstudie über das Pilotprojekt „Beratungsscheck – Fachliche Erstberatung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.
- Scholta, M. (2009): Pflege und Betreuung – Vom Armenasyl zur Hausgemeinschaft: Gemeinschaftliches Wohnen bei Betreuungs- und Pflegebedarf, in: BMASK (2009): Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme, 2. Auflage, Wien, 403-428.
- Schroeter, K. R. (2008): Pflege in Figurationen – ein theoriegeleiteter Zugang zum ‚sozialen Feld der Pflege‘, in: Bauer, U./Büscher, A.: Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 49-77.
- Schwaiger, K. (2010): „Zukunft – Pflege – Österreich“, *pflegenetz* 04/2010, 1-7.
- Sedláček, T. (2011): Economics of Good and Evil. The Quest for Economic Meaning From Gilgamesh to Wall Street. Oxford.
- Sedmak, C. (2013a): Innerlichkeit und Kraft – Studie über epistemische Resilienz, Freiburg/Basel/Wien.
- Sedmak, C. (2013b): Mensch bleiben im Krankenhaus, Wien/Graz/Klagenfurt.
- Seidl, E./Rappold, E./Walter I. (2006): Pflegekonzept zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der

- Bevölkerung Österreichs, Studie im Auftrag des österreichischen Seniorenbundes, Universität Wien/Universität Linz.
- Senecura (23.08.2012): Neuauflage der österreichischen Studie zum Image des Pflegeberufs. abrufbar unter: [http://www.senecura.at/news/presseinformationen/news-detail/?no_cache=1&tx_news_pi1\[controller\]=News&tx_news_pi1\[action\]=detail&tx_news_pi1\[news\]=1263&cHash=bebe395ebbadce2071feec6f2d373d37](http://www.senecura.at/news/presseinformationen/news-detail/?no_cache=1&tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[action]=detail&tx_news_pi1[news]=1263&cHash=bebe395ebbadce2071feec6f2d373d37) [10.02.2014]
- Seniorenbund (2014). Trend beim Pflegegeld bestätigt. Von Zahlenexplosion weiter keine Spur, [http://www.seniorenbund.at/index.php?id=21&tx_news_pi1\[news\]=1114&tx_news_pi1\[controller\]=News&tx_news_pi1\[action\]=detail&tx_news_pi1\[day\]=13&tx_news_pi1\[month\]=3&tx_news_pi1\[year\]=2014&cHash=b5e209d801e934368f38157b1fb2d682](http://www.seniorenbund.at/index.php?id=21&tx_news_pi1[news]=1114&tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[action]=detail&tx_news_pi1[day]=13&tx_news_pi1[month]=3&tx_news_pi1[year]=2014&cHash=b5e209d801e934368f38157b1fb2d682) [30.05.2014]
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (2014). Bundespflegegeldgesetz. Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, https://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/0/6/CH2221/CMS1218189385405/auswertung_sb_11012013-06022014_normale_hb.pdf [22.04.2014]
- Spicker, I. (2001): Professionalisierung der Pflege - Die Sicht von Pflegenden in der Praxis, Diplomarbeit, Universität Wien
- Statistik Austria (2003): Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002, Wien, abrufbar unter: http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQF-jAA&url=http%3A%2F%2Fwww.statistik.at%2Fweb_de%2Fstatic%2Fhaushaltsfuehrung_kinderbetreuung_pflegergebnisse_des_mikrozensus_septe_024005.pdf&ei=ICWIU6H2BKLU0QXQtYDYDg&usq=AFQjCNGyWxsR920YuFKvrE14oPdRCgargg [30.05.2014]
- Statistik Austria (2012a): Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung und die drei Zielgruppen der Europa 2020-Strategie nach Alter, Geschlecht und Haushaltstyp, abrufbar unter: https://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_armuts-oder_ausgrenzungsgefaehrdung_und_die_drei_043950.pdf [24.4.2014]
- Statistik Austria (2012b): Pflege- und Betreuungsdienste der Bundesländer 2012, abrufbar unter: http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_pflege-und_betreuungsdienste_061948.pdf [02.06.2014]
- Statistik Austria (2013a): Pflege- und Betreuungsdienste, abrufbar unter: http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html [30.05.2014]
- Statistik Austria (2013b): Bevölkerungsentwicklung: Wanderungen, abrufbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/wanderungen/index.html [30.05.2014]
- Statistik Austria (2013c): Bevölkerungsstand, abrufbar unter: http://www.statistik.at/dynamic/wcms-prod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=154509&dDocName=074420 [30.05.2014]
- Statistik Austria (2013d): Bundespflegegeld, abrufbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/ [30.10.2013]
- Statistik Austria (2014a). Pflege- und Betreuungsdienste, abrufbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html [22.04.2014]
- Statistik Austria (2014b) Gender-Statistik: Pensionen, abrufbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/pensionen/ [30.05.2014]
- Stefan, H./ Allmer, F. et al. (2003): Praxis der Pflegediagnosen, Wien 2003.
- Steiner, M. (2011): Wohnen und Pflege für ältere Menschen in Österreich, Studie der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Taylor, C. (1996): Quellen des Selbst - Die Entstehung der neuzeitlichen Identität, Frankfurt am Main.
- Tesch-Römer, C./Andrick, R. (2010): Alter und Altern. Erfurt: Hessische Landes-zentrale für Politische Bildung.
- Vienna Institute of Demography (2013): Geburtenbarometer: Messung der Geburtenentwicklung in Österreich und Wien, abrufbar unter: http://www.oeaw.ac.at/vid/barometer/index_de.shtml, [30.05.2014]
- Volkshilfe (2010): Armut und Pflege. Fakten, Zusammenhänge, Forderungen, abrufbar unter:

<https://www.volkshilfe.at/cms/download.php?downloadId=113&languageId=1> [2.01.2014]

Wingenfeld, K. (2003): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. in: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe), Weinheim, 339-361

Worschech, S. (o.J.): Care Arbeit und Care Ökonomie: Konzepte zu besserem Arbeiten und Leben?, abrufbar unter: <http://www.gwi-boell.de/web/wirtschaften-care-arbeit-oekonomie-konzepte-worschech-3178.html#susann> [22.10.2013]

Wurm, S./Berner, F./Tesch-Römer, C. (2013): Altersbilder im Wandel, in: *APuZ - Aus Politik und Zeitgeschichte*, 4-5/2013.

Kirchliche Dokumente:

Caritas in Veritate (CV): abrufbar unter: http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate_ge.html [5.05.2014]

Centesimus Annus (CA): abrufbar unter: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_01051991_centesimus-annus_ge.html [5.05.2014]

Gaudium et Spes (GES): abrufbar unter: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_ge.html [5.05.2014]

Katechismus der Katholischen Kirche (KKK): abrufbar unter: http://www.vatican.va/archive/DEU0035/_INDEX.HTM [5.05.2014]

Kompendium der Soziallehre (KSL): abrufbar unter: <http://www.iupax.at/index.php/listekompendium/184-kompendium-der-soziallehre.html> [5.05.2014]

Ökumenischer Rat der Kirchen in Österreich (2003): Ökumenisches Sozialwort, abrufbar unter: <http://www.sozialwort.at/> [03.06.2014]

Quadragesimo Anno (QA): abrufbar unter: <http://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/texte/319.html> [5.05.2014]

Sollicitudo Rei Socialis (SRS): abrufbar unter: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_30121987_sollicitudo-rei-socialis_ge.html [5.05.2014]

IMPRESSUM

erstellt vom
internationalen forschungszentrum für soziale und ethische fragen (ifz)
in Kooperation mit der Caritas Österreich

Salzburg, 2015

Caritas-Projektbeirat:

Georg Schärmer – Caritas Tirol
Dr. Rainald Tippow – Caritas Wien
Mag. Gerhard Reischl – Caritas Oberösterreich
DSA Karin Thallauer – Caritas Niederösterreich
Gerhild Hirzberger, Akademische Gerontologin – Caritas Steiermark
Mag. Kurt Schalek – Caritas Österreich
Mag. Judit Marte-Hauinigg – Caritas Österreich

ifz-Projektteam:

Univ.Prof. DDDr. Clemens Sedmak
Dr. Gunter Graf
Elisabeth Buchner, MA
unter Mitarbeit von Dr. Martina Schmidhuber

Kontakt:

internationales forschungszentrum
für soziale und ethische fragen
Mönchsberg 2a
5020 Salzburg, Österreich
office@ifz-salzburg.at
www.ifz-salzburg.at

Caritas Österreich,
Albrechtskreithgasse 19 – 21
1160 Wien
office@caritas-austria.at
www.caritas.at

Das Projekt wurde dankenswerter Weise vom Verein der Freunde des
internationalen forschungszentrums finanziell unterstützt.