



PFLEGEPRÄVENTION UND -REHABILITATION ALS ZUKÜNFTIGE SOZIALPOLITISCHE HANDLUNGSFELDER

PAPER ZUR VERANSTALTUNG
AM 24.11.2009

Herzlich willkommen



Die Menschen werden immer älter, die Familienstrukturen ändern sich. Der Bedarf an Pflege und Betreuung wird stark wachsen.

Viel zu wenig zerbrechen wir uns den Kopf darüber, wie wir alle damit fertig werden.

Daher kommt unsere Veranstaltung gerade richtig. Im Mittelpunkt stehen mögliche (Zukunfts)Strategien in den bisher ungenutzten Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung, der Pflegeprävention und der Pflegerehabilitation.

Dieser Blick darauf ist wichtig: einzelne Betroffene haben einen Nutzen, sozialer Fortschritt und auch volkswirtschaftlicher Gesamtnutzen sind erzielbar – etwa durch spürbare Einsparungen bei den Kosten im Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereich.

Ich wünsche den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Veranstaltung bei uns im Haus der AK viel Energie für mutige Lösungsvorschläge.

A handwritten signature in blue ink that reads "Siegfried Pichler". The signature is fluid and cursive.

Siegfried Pichler
AK-Präsident

Pflegeprävention und -rehabilitation als zukünftige sozialpolitische Handlungsfelder

Paper zur Veranstaltung am 24.11.2009

I Problemaufriss

Demografische Prognosen gehen davon aus, dass durch die Zunahme der Anzahl älterer Personen und die Änderung der Familienstrukturen der Bedarf an Pflege und Betreuung in den nächsten Jahrzehnten ansteigen wird. Während die Neuorganisation und –strukturierung sowie die Finanzierung unseres Pflege- und Betreuungssystems zunehmend zum Thema der politischen, gesellschaftlichen und medialen Diskussion geworden sind, spielen Fragen, inwieweit Pflegeprävention und –rehabilitation dazu geeignet sind, Pflegebedürftigkeit zu reduzieren und / oder zumindest zeitlich hinauszuzögern noch kaum eine Rolle.

Derzeit leben in Österreich ca. **400.000 PflegegeldbezieherInnen** (rund 5 % der österreichischen Bevölkerung). Die Zahl der PflegegeldbezieherInnen in Österreich ist eine Messgröße, um die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit aufzuzeigen. Dabei ist insbesondere anzumerken, dass für die Pflegestufe 1 ein Mindestausmaß an Pflegebedürftigkeit von 50 Stunden monatlich vorliegen muss, daher Personen oftmals kein Pflegegeld erhalten und dennoch bereits auf Pflege- und Betreuungsleistungen angewiesen sind. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zahl – selbst unter moderaten Annahmen des Wifo - bis zum Jahr **2030 auf 536.000 PflegegeldbezieherInnen** erhöhen. Kritische Szenarien gehen davon aus, dass sich die Zahl der PflegegeldbezieherInnen im Jahr 2030 auf 623.000 Personen erhöhen wird. Gleichzeitig sinkt aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen die Zahl der pflegenden Angehörigen, zumeist Frauen, die heute immer noch 80 % der häuslichen Pflege übernehmen.

- Während im Jahr 1993 rund 254.000 Personen Zuwendungen nach dem Bundespflegegeldgesetz erhielten, lag deren Zahl im Dezember 2008 bereits bei 355.094. Ende 2007 bezogen weiters 62.411 Personen Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen.
- In Salzburg gab es im Jahr 2008 4.287 LandespflegegeldbezieherInnen und 18.974 BundespflegegeldbezieherInnen. In Summe ca. 23.000 Pflegegeld-bezieherInnen.

Statistische Daten PflegegeldbezieherInnen

II Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Österreich steht wie die anderen europäischen Wohlfahrtsstaaten insgesamt vor großen demografischen und gesellschaftlichen Herausforderungen. Die Bestimmungsfaktoren von Pflegebedürftigkeit sind einerseits demografische Faktoren (Änderung der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich des Alters) und nicht-demografische Faktoren (zB Arbeitsmarktbeteiligungsrate).

Die folgenden Fakten sollen dazu dienen, die Gründe für die zu erwartende erhöhte Nachfrage nach pflegerischen Leistungen und den dadurch einerseits notwendigen Ausbaus eines qualitativ hochwertigen und nachhaltig organisierten bzw. finanzierten Pflegesystems zu analysieren und andererseits verstärkt in Pflegeprävention und -rehabilitation zu investieren.

Es soll darauf hingewiesen werden, dass derartige demografische Prognosen immer mit *Unsicherheiten* behaftet sind. So lässt sich zB die Größe der Gruppe im erwerbsfähigen Alter und die Gruppe der älteren Menschen für die nächsten 20 Jahre anhand demografischer Modelle relativ genau prognostizieren, da die entsprechenden Bevölkerungsgruppen bereits geboren sind. Abweichungen können sich auch hier durch veränderte Zuwanderung bzw. höhere oder niedrigere Sterblichkeitsraten ergeben. Da sich bereits bei mittelfristigen Prognosen derartige Unsicherheiten ergeben, müssen längerfristige Prognosen bis zum Jahr 2050 als höchst spekulativ betrachtet werden.

Weiters ist es fraglich, wie sich die demografischen Entwicklungen hinsichtlich der Altersstruktur auf Gesundheit und Pflegebedürftigkeit auswirken werden. Die *Kompressionstheorie* geht zB davon aus, dass sich mit einer steigenden Lebenserwartung letzten Endes auch die Krankheitslast an das Lebensende verschiebt und damit die prognostizierte Zunahme von Pflegebedürftigkeit etwas gemildert werden könnte.

Der Demografiebericht 2008 des Landes **Salzburg** geht von zwei Trends der Bevölkerungsentwicklung des Landes Salzburg in den nächsten Jahren und Jahrzehnten aus:

1. Demografische Faktoren

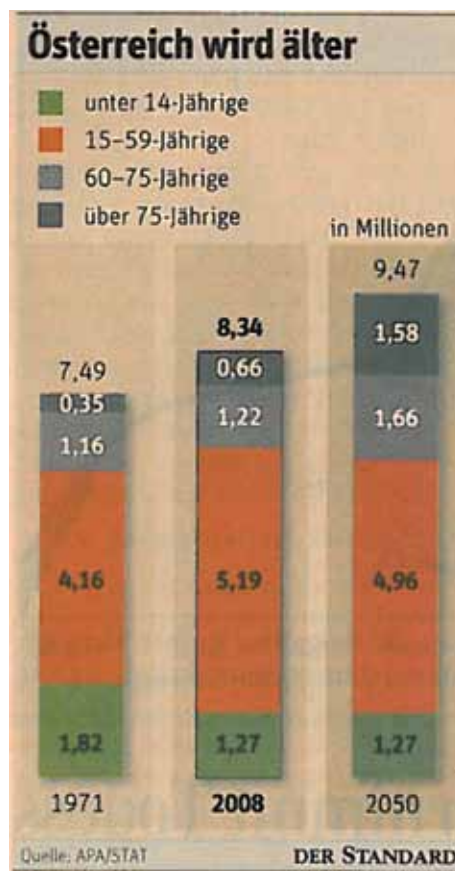
- 1. stark gebremstes Bevölkerungswachstum**
- 2. immer stärkere Alterung (sogar beschrieben als Überalterung) der Bevölkerung.**

Weitere wichtige Fakten für **Salzburg**:

- Die EinwohnerInnenzahl wird von ca. 530.000 EinwohnerInnen im Jahr 2007 auf ca. 580.000 EinwohnerInnen im Jahr 2050 anwachsen. (Zunahme von ca. 0,2 % pro Jahr).
- Zwischen 1981 und 2007 lag die Bevölkerungszunahme noch bei 0,7 % pro Jahr. Salzburg wird sich daher zu einem unterdurchschnittlich wachsenden Bundesland entwickeln.
- Ursachen: rückläufige Geburtenanzahl, geringer ausfallende Wanderungsgewinne
- Die Zahl der SeniorInnen (über 65jährige) wird von derzeit ca. 82.000 um 74 % auf ca. 143.000 im Jahr 2032 und auf ca. 168.000 im Jahr 2050 anwachsen. (dies kommt einer Verdoppelung gleich).
- Der SeniorInnenanteil wird von derzeit 15,5 % auf 28,9 % im Jahr 2050 ansteigen.
- Der Anteil der 85jährigen und Älteren wird von derzeit 1,7 % über 3,9 % im Jahr 2032 auf 6,8 % im Jahr 2050 ansteigen.
- Auch das Verhältnis der potenziell familiär / informell Pflegenden zu den potentiell Pflegebedürftigen wird sich ändern. Derzeit entfallen 3,3 potentiell pflegende Frauen auf eine pflegebedürftige Person im Alter von 80+; im Jahr 2050 wird es voraussichtlich nur mehr 1 Person sein.

Dieser Salzburger Trend zeichnet sich nach den Daten von Statistik Austria auch für **Gesamtösterreich** ab:

- Die österreichische Bevölkerung zählte im Jahr 2007 8,31 Millionen EinwohnerInnen, im Jahr 2050 werden es bereits 9,52 Millionen EinwohnerInnen sein (Zunahme um 15 %).
- Die Zahl der über 60jährigen wird von 1,88 Millionen im Jahr 2008 um 10 % auf 2,07 Millionen im Jahr 2015 ansteigen, bis 2050 um 72 % sogar auf 3,24 Millionen.
- Noch stärker verändern wird sich künftig Zahl und Anteil der über 75jährigen Bevölkerung. Die Zahl wird von 662.000 im Jahr 2008 um 54 % auf 1,02 Millionen im Jahr 2030 ansteigen. Bis 2050 steigt ihre Zahl auf 1,58 Millionen an, das entspricht einem Plus von 130 %.



- Eine große Herausforderung im Rahmen der demografischen Alterung der Gesellschaft ist auch die Demenz. Derzeit geht man von ca. 100.000 Erkrankten aus. Hochrechnungen der Wiener Gebietskrankenkasse gehen von einem Anstieg auf rund 270.000 bis 290.000 Erkrankte im Jahr 2050 aus.
- Demenzen sind heute schon in Österreich mit 43,2 % der häufigste Grund für die Einweisung in ein Pflegeheim.
- Zudem zeigen Studien, dass die Prävalenz der Demenz mit dem Alter stark ansteigt. So liegt die Krankheitshäufigkeit bei 60jährigen bei 1 %, bei 85jährigen bereits bei 21,6 % und bei über 95jährigen bei 34,7 %.

Es ist daher abzusehen, dass bei einem Anstieg der über 65 bzw. 80jährigen viele dieser Menschen täglicher Betreuung und Pflege bedürfen.

Erwerbsprognosen

- 2008 gab es in Salzburg ca. 263.000 Erwerbstätige, bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl auf ca. 245.000 sinken.
- Österreichweit gab es im Jahr 2008 4,05 Millionen Erwerbstätige. Auch diese Zahl wird bis zum Jahr 2050 auf 3,96 Millionen sinken.
- Nach dem Geschlecht differenziert wird die Zahl der Frauen auf dem Arbeitsmarkt stärker zunehmen als jene der Männer. Nach dem Jahr 2030 wird jedoch die Zahl der Erwerbspersonen beider Geschlechter sinken, jene der Frauen schwächer als die der Männer.
- Deutlich ändern wird sich die Altersstruktur der Erwerbspersonen, die parallel zur Gesamtbevölkerung altert. In Salzburg steigt der

2. Nicht-demografische Faktoren

Anteil der über 45jährigen Erwerbstätigen von 28,1 % im Jahr 2001 auf 40,6 % im Jahr 2050. (österreichweit von 28,2 % auf 39,8 %).

- Ca. 80 % der Pflege wird von nahen Angehörigen, zumeist Frauen, erbracht. Dieses „Pflegepotential“ der Frauen wird, insbesondere durch die höhere Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen (verbesserte Ausbildung von Frauen, höhere Löhne, Ausweitung des Dienstleistungssektors, Zunahme der Teilzeitbeschäftigung) sowie durch die Veränderung der Familienstrukturen und des Geschlechterverhältnisses abnehmen.

Haushaltsprognosen

- Die Zahl der Einpersonenhaushalte wird in Österreich langfristig rund viermal so stark ansteigen wie die Zahl der Mehrpersonenhaushalte und im Jahr 2050 einen Anteil von 41,3 % der Haushalte stellen.
- Während die Zahl der (Ehe)Paare ohne Kinder bis zum Jahr 2046 um 46 % (von derzeit 0,77 Mio auf 1,13 Mio) ansteigen wird, sind die Zahl der Familien mit Kindern und die Zahl der Kinder in einer Familie bereits jetzt rückläufig. Im Jahr 2030 wird die Zahl der Familien mit Kindern bereits um 9 % verglichen zur Volkszählung 2001 gesunken sein.

Diese Daten zeigen, dass aller Voraussicht nach das derzeitige Angebot an Pflege und Betreuung zur Versorgung der pflegebedürftigen Personen in Zukunft nicht ausreichend sein wird. Gerade die steigende Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen und die damit einhergehende Reduktion des familiären Pflegepotentials werden langfristig zu einer Erhöhung der Nachfrage nach formellen Pflegeleistungen führen.

Eine Studie des Wifo aus dem Jahr 2008 geht davon aus, dass unter Bedachtnahme auf unterschiedliche Zukunftsszenarien, zwischen 2006 und 2030 jedenfalls mit **Kostensteigerungen** des österreichischen Pflegesystems **zwischen 66 % und 207 %** zu rechnen ist:

3. Prognosen über Kostensteigerung im Pflegesystem

- Moderate Annahmen („lower bound Szenario“) gehen davon aus, dass im Jahr 2030 rund 536.000 Personen Bundes- oder Landespflegegeld beziehen. Insgesamt ist dabei mit realen Kostensteigerungen im Pflegesektor um 66 % zu rechnen (rund 36 % bei Geldleistungen und ca. 109 % bei Sachleistungen)
- Kritische Szenarien („Upper bound Szenario“) gehen von einem Anstieg der PflegegeldbezieherInnen auf rund 623.000 Personen aus, was zu einer realen Kostensteigerung im Pflegesektor von 206,5 % führen wird (davon 58,2 % Geldleistungen und rund 420,7 % Sachleistungen)
- Selbst ein Mittelszenario ergibt bis zum Jahr 2030 einen Anstieg der Pflegekosten um 159,7 %.

III Gesundheitsförderung, Pflegeprävention und -rehabilitation

Die psychische und physische Gesundheit bzw. der Ausschluss von lang andauernder Krankheit und Pflegebedürftigkeit hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab, in erster Linie vom sozioökonomischen Status – dh von Einkommen und Bildung, Arbeits- und Umweltbedingungen, sozialen Beziehungen und Lebensstil. Wichtig ist, dass diese Determinanten der Gesundheit Faktoren sind, die auch im Rahmen von Pflegeprävention beeinflusst werden können.

Unter **Pflegeprävention** werden Maßnahmen verstanden, die bereits vor Auftreten von Pflegebedürftigkeit ansetzen und daher die Vermeidung oder zumindest Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit zum Ziel haben. Maßnahmen der **Pflegerehabilitation** setzen beim bereits vorhandenen Zustand der Pflegebedürftigkeit an, um den Gesundheitszustand und damit die Pflegebedürftigkeit betroffener Personen einerseits zu verbessern oder zumindest die Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.

Hierbei ist festzuhalten, dass im Zusammenhang mit Pflegeprävention und somit der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit der Gesundheitsförderung generell eine wesentliche Rolle zukommt. Es bedarf daher umfassender Ansätze und Maßnahmen, die generell zu einem höheren Gesundheitsbewusstsein bzw. zu verbesserten Gesundheitsbedingungen in der Gesellschaft beitragen und vor allem die Gesundheitsvorsorge verstärkt ausbauen.

Dabei werden die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention oftmals synonym verwendet, sind in ihrer Ausrichtung jedoch unterschiedlich und müssen daher differenziert werden:

- **Prävention** zielt mit krankheitsspezifischen Maßnahmen auf die Senkung der Neuerkrankungen ab. Der Ansatzpunkt von präventiven Strategien liegt daher im Abbau von Krankheitsrisiken.
- Maßnahmen der **Gesundheitsförderung** sind nicht nur krankheitsspezifisch, sondern haben allgemeine, unspezifische Verbesserungen des Gesundheitszustandes zum Ziel.

Die WHO Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde am 21.11.1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet und ruft zum aktiven Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus auf. Laut WHO-Definition versteht man unter Gesundheitsförderung einen Prozess, der darauf abzielt Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Gesundheitsförderung der WHO

Die wichtigsten Forderungen dieser **WHO Charta zur Gesundheitsförderung** sind folgende:

- Die Verantwortung für Gesundheitsförderung muss nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen liegen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden hin.
- Voraussetzungen für Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.
- Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert laut WHO eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln, die weit mehr als medizinische und soziale Versorgung beinhaltet. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Nur koordiniertes Handeln durch koordiniertes Zusammenwirken von Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen.
- Gesundheitsförderung soll Menschen zu lebenslangem Lernen befähigen und ihnen dabei helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb

der Gemeinde erleichtert werden. Zum Handeln aufgerufen sind daher Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen, gemeinnützige Organisationen, Wirtschaftsgremien, öffentliche Körperschaften, Erziehungsverbände,

- Die Verantwortung für Gesundheitsförderung muss zwischen Einzelpersonen, den ÄrztInnen und anderen MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt werden.

Im Bereich der Gesundheitsförderung wurde durch diese Charta ein Paradigmenwechsel von der individuellen Krankheitsbekämpfung zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung eingeleitet. Diese Charta ist nach wie vor richtungsweisend.

IV Stellenwert und Umfang des pflegepräventiven und -rehabilitativen Ansatzes in Österreich

In seiner Gesamtheit ist das österreichische Pflegesystem noch nicht auf Pflegeprävention und –rehabilitation ausgelegt. Derzeit haben Pflegebedürftige mangels gesetzlicher Grundlage auch kaum einen Zugang zu Maßnahmen der Pflegeprävention und -rehabilitation.

Im Gegensatz dazu verankert **Deutschland** in der Sozialen Pflegeversicherung in § 5 SGB XI sehr wohl das Ziel der Pflegeprävention und medizinischen Rehabilitation. Dabei wirken die einzelnen Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention und Rehabilitation einzuleiten, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Trotz dieser gesetzlichen Verankerung gibt es auch in Deutschland eine Vielzahl kritischer Stimmen, die feststellen, dass Prävention und Rehabilitation in der Pflege in der Praxis kaum stattfinden.

Perspektivisch erscheint es aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen dringend notwendig, verstärkt auf Pflegeprävention und –rehabilitation zu setzen. Als Ziel sollte Prävention und Rehabilitation jedenfalls in der Art 15a B-VG Pflegevereinbarung verankert werden und durch die entsprechenden Bundes- und Landespflegegeldgesetze umgesetzt werden. Zusätzlich bedarf es grundsätzlicher Verbesserungen in der Prävention und Rehabilitation in Österreich, indem die gesundheitsfördernden Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebaut werden und in der Krankenversicherung als auch in der Pensionsversicherung ein individueller Rechtsanspruch auf Rehabilitation eingeführt wird.

So liegt gerade ein Schlüsselement zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit unseres Pflege- und Gesundheitssystems in der noch weitgehend ungenutzten Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention.

V Quellenverzeichnis

Ahrens, Dieter; Goldgruber, Judith; Erfkamp, Henning (2008) Evidenzbasierung gesundheitsbezogener Interventionen in Gesundheitsförderung und Prävention, in: SozSi 2008, 85

Arbeitskreis „Zukunft denken“ (2006) Pflege und Altenbetreuung. Abschlussbereich. 24.10.2006

BMSK (2008) 15 Jahre Pflegevorsorge. 1993 bis 2008. Bilanz und Ausblick. Oktober 2008

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2002) Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Freiburg

Hasseler, Martina; Meyer, Martha (2006) Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Hurrelmann, Klaus (2003) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. München: Juventa

Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003) Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Neumann, Thomas (2009) Zukunftsperspektiven für die österreichische Gesundheitspolitik, in: ZAS 2009, 20

Raos, Josef; Faschinger, Norbert (2008) Bevölkerung Land Salzburg & Regionen. Salzburg

Rupp, Bernhard (2009) Pflege und Betreuung in Österreich: Sind wir reif für S/HMO-PPP?, in: RFG 2009, 28

Wifo (09/2008) Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Wien September 2008

WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO. Verabschiedend am 21.11.1986



**Kammer für Arbeiter
und Angestellte**

Markus-Sittikus-Straße 10
5020 Salzburg

Tel.: 0662-8687-0

Fax: 0662-876258

www.ak-salzburg.at

kontakt@ak-salzburg.at

Bezirksstellen:

Pongau:

Gasteiner Straße 29

5500 Bischofshofen

Telefon: 06462-2415

Fax: 06462-3113-20

Pinzgau:

Ebenbergstraße 1

5700 Zell am See

Telefon: 06542-73777

Fax: 06542-74124-22

Flachgau:

Kirchenstraße 1b

5202 Neumarkt

Telefon: 06216-4430

Fax: 06216-7845-14

Tennengau:

Bahnhofstraße 10

5400 Hallein

Telefon: 06245-84149

Fax: 06245-84149-76

Lungau:

Schlossparkweg 6

5580 Tamsweg

Telefon: 06474-2349

Fax: 06474-2349-14