

11. Alter – Pflegebedürftigkeit - Armut

Daniela Palk, Martin Schenk und Tom Schmid

In diesem Beitrag setzen wir uns mit der sozialen Lage älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen auseinander. Dazu wird im ersten Teil auf unterschiedliche Lebensstile im Alter eingegangen und der Zusammenhang mit dem sozialen Status hergestellt. Weiters folgt ein Überblick zur Pflege unter den Gesichtspunkten der sozialen Teilhabe, der Autonomie und des Sozialraums.

11.1. Das Dritte Alter

Erst mit der Entwicklung von Pensionssystemen bildete sich teilweise im 19. und vor allem im 20. Jahrhundert das „dritte Alter“ als eigenständige und allgemein gültige Lebensphase heraus, als klar abgegrenzter und mit einem Anfangsdatum versehener „Ruhestand“. Es entstanden somit klar voneinander geschiedene Lebensabschnitte, klare soziale Zäsuren im Lebensverlauf: Eintritt in die Schule, Beginn des Erwerbslebens, Eintritt in den Ruhestand¹. Tatsache und Zeitpunkt dieser Zäsuren wird vom Bildungswesen, vom Arbeitsmarkt und vom Sozialversicherungssystem bestimmt, aber nicht vom Zustand unserer körperlichen und geistigen Kräfte.

Das „dritte Alter“ (nach dem „ersten Alter“ der Kindheit und Jugend sowie dem „zweiten Alter“ der Erwerbstätigkeit) beginnt mit dem Wechsel in den Ruhestand und wird von einem biologisch definierten „vierten Alter“, meist in den Achtzigern des Lebens, abgelöst, das den letzten Lebensabschnitt physischen und psychischen Verfalles bezeichnet und weniger als eigener Lebensabschnitt erscheint denn als Vorstufe des Todes. (Ehmer 1990, 11) Heute erlebt eine große Zahl von Menschen dieses „dritte Alter“ in relativer körperlicher und geistiger Frische, aber außerhalb des Erwerbslebens. Bereits ab dem 55. und noch stärker ab dem 60. Lebensjahr sinkt die Erwerbsquote deutlich ab, nach dem 65. Lebensjahr ist kaum mehr jemand berufstätig².

Die Dauer des „Dritten Lebens“ hängt wesentlich von der zu erwartenden „restlichen“ Lebenserwartung ab. Man darf das „Dritte Alter“ jedoch nicht als eine homogene Phase verstehen. Es gibt unterschiedliche Ausprägungen und Lebensformen, abhängig von den eigenen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Voraussetzungen, vom Bildungsniveau, der Kultur und vielem anderen. Das „dritte Alter“ wird von Männern und Frauen unterschiedlich erlebt.

Eine Untersuchung aus 1990 über Menschen im Alter zwischen 55 und 70 Jahren nennt folgende unterschiedliche Gruppen von Lebensstilen im „dritten Alter“:

¹ Freilich sind dies stark männlich ausgerichtete Altersgruppierungen, wie ja auch der Sozialstaat nach wie vor hauptsächlich auf die männliche Erwerbsbiografie ausgerichtet ist. Weibliche Biografien sind viel gebrochener, viele Frauen der hohen Alterskohorten (Geburtsjahre vor 1945) erleben mangels eigener Versicherungszeiten eine eigene Pension erst mit dem Ableben des Partners (Witwenpension)

² Der größte Anteil älterer Berufstätiger findet sich bei Selbständigen und Landwirten

- Die "*aktiven neuen SeniorInnen*": Ihr Leben ist durch eine aktive Lebenseinstellung und durch soziale Teilnahme bei gleichzeitigem Ausstieg aus bisherigen Verpflichtungen und Zwängen gekennzeichnet. Das Genießen der Pension, Selbstverwirklichung, Kreativität und Aufgeschlossenheit für das Neue haben einen hohen Stellenwert. In dieser Gruppe findet sich hoher Bildungsstand und überdurchschnittliches Einkommen (ein Viertel der Befragten).
- Die "*sicherheits- und gemeinschaftsorientierten SeniorInnen*": Ihnen sind die Vorstellungen von einer schönen Pension mit Ruhe, Zurückgezogenheit, Hobby, Vereinsleben und Kontakte mit Nachbarn sowie dem Fernsehen wichtig. Sie leben in bescheidenen, aber nicht ärmlichen Verhältnissen (ein Drittel der Befragten).
- Die "*pflichtbewusst-häuslichen SeniorInnen*": Ihr Leben ist vom Wunsch nach emotionaler Sicherheit und Furcht vor Abhängigkeit von Anderen (und die Furcht vor dem Alters- bzw. Pflegeheim) geprägt. Hohen Stellenwert haben für sie Bescheidenheit, Sparsamkeit, die häusliche Umgebung, häusliche Pflichten und Gartenarbeit, der Besuch von Kindern und Enkeln (ein Drittel der Befragten, vor allem Frauen).
- Die "*resignierten Senioren*": Gesundheitsprobleme und Einsamkeit prägen ihr Leben. Sie verfügen über das niedrigste Einkommen. Hier ist Resignation und Angst vor dem Abgeschobenwerden ins Heim am größten. Es ist die älteste Gruppe und die mit den meisten Frauen (ein Sechstel der Befragten). (Borchert et.al. 1991, 82ff)

Die ersten beiden Gruppen (knapp mehr als die Hälfte der befragten alten Menschen) sind die eigentliche Zielgruppe für Angebote an die "neuen Senioren": Reisen, Hobbys, Literatur, Konsumgüter. Für traditionelle soziale Angebote (Pensionistenclubs, Vereinstätigkeiten) ist eher die zweite und dritte Gruppe ansprechbar, während die erste eher auf individuelle (und am wenigsten "seniorenspezifische") Angebote anspricht. In den letzten beiden Gruppen findet man einen Großteil der armutsbedrohten und von Armut betroffenen älteren Menschen.

Die Armutsgefährdung älterer Menschen (ab 60 Jahre) liegt nach EU SILC 2006 mit 16 % etwas über dem österreichischen Durchschnitt von 13 % (BMSK 2007). Allerdings unterzeichnen diese die Realität etwas, da in der EU SILC Stichprobe nur Privathaushalte erfasst werden, nicht aber so genannte „Anstaltshaushalte“, also auch nicht Alters- und Pflegeheime. Ein Großteil der Menschen mit Pflegegeldbezug – und das sind zu 80 Prozent Menschen über 60 Jahre (BMSK 2011) - haben ein Einkommen, dass die Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes nicht wesentlich übersteigt (Badelt et.al., 1997)³.

Steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenraten führen zu einem Anstieg des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung und stellen das gesellschaftliche System, die Wirtschaft, den Arbeitsmarkt und die soziale Sicherung vor neue Herausforderungen, die keineswegs allein auf den Aspekt der Finanzierbarkeit reduziert werden dürfen.

11.2. Pflegebedarf als Exklusionsrisiko im Alter

In den kommenden Jahrzehnten ist jedenfalls ein Anstieg des Anteils von hochaltrigen Personen zu erwarten. Damit wird der Pflegebedarf in den kommenden Jahren wachsen, unabhängig davon, ob man davon ausgeht, dass der zukünftige Fortschritt der Medizin zu

³ Leider liegen keine jüngeren Daten vor, aber die Proportionen dürften sich nicht wesentlich verschoben haben

einer Abnahme der Zahl multimorbider und pflegebedürftiger Menschen führt („*better life* – Ansatz“) oder ob Menschen zukünftig ihre Erkrankungen länger überleben werden und damit der Anteil multimorbider älterer Menschen wachsen wird („*longer life* – Ansatz“, siehe dazu BMAGS 1999).

Demenzerkrankungen sind ein wesentlicher Grund für hohen Pflege- und Betreuungsaufwand (insbesondere verursacht durch die Notwendigkeit ständiger Beobachtung) bei dementiellen Erkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer). Über wesentliche Entwicklungen, zum Beispiel die zu erwartende Entwicklung von Demenzerkrankungen, gibt es keine statistischen Informationen (vgl. Prochazkova/Rupp/Schmid 2008, 75). Wie insgesamt bei Behinderungen (vgl. Schmid 2008, 539ff) gibt es keine flächendeckenden Datensätze über das Auftreten dementieller Erkrankungen. In einer Annäherung an die Abschätzung dieser Zahlen mag das Konzept der Demenz-Prävalenz dienen (vgl. auch Rupp 2007). Als Prävalenz wird die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet.

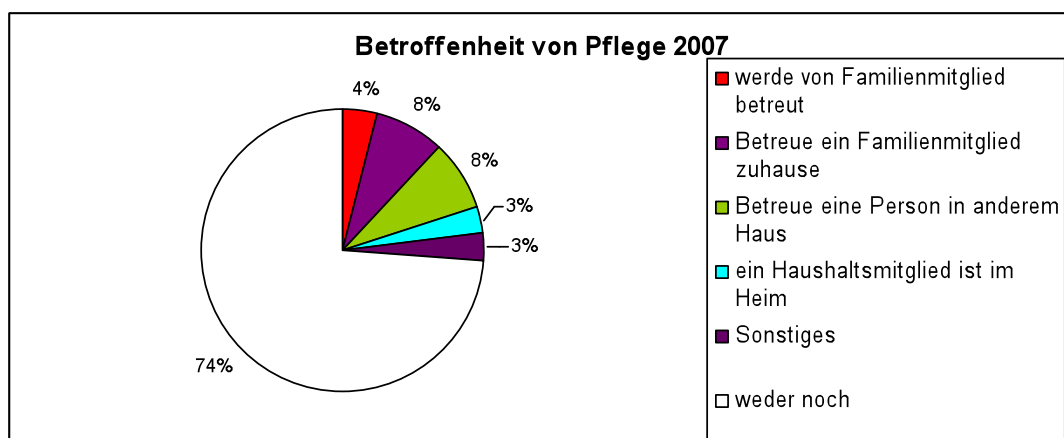
Nach umfangreichen Studien aus Industrieländern leiden zwischen 6,5 und 8,7 Prozent der Altenbevölkerung an einer Demenz, einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, von der vor allem Gedächtnis, Sprache und Orientierungssinn betroffen sind.

Ein möglicher Befund für die zukünftige Entwicklung findet sich beim Zukunftsforscher Horst W. Opaschowski. Er sieht für die Gruppe der so genannten „Hochaltrigen“, Menschen, die 80 Jahre und älter sind, folgende Entwicklung (Volkshilfe 2004):

- 75% der Hochaltrigen werden Frauen sein
- 33% der Hochaltrigen werden an Demenz, einer der Hauptgründe für Pflegebedürftigkeit, erkrankt sein
- 50% der Hochaltrigen werden pflegebedürftig sein

Genauso wichtig, um die Ausmaße des Problems „Pflegesicherung“ abzuklären, ist ein Querschnittsbefund. Dieser macht deutlich, dass gegenwärtig (Zahlen für 2007) rund ein Viertel der österreichischen Bevölkerung direkt oder indirekt vom Problem „Pflege“ betroffen ist.

Tabelle 1: Betroffenheit von Pflege 2007



Quelle; IFES Umfrage 2007 im Auftrag des BMSK

Situation und Handlungsbedarf kann daher wie folgt zusammen gefasst werden: Alter bedeutet nicht automatisch Pflegebedarf. Aber auch ohne Pflegebedarf braucht es mit steigendem Alter zunehmend haushaltsnahe Unterstützungen. Mit den soziologischen Veränderungen der Familien und den Veränderungen am Arbeitsmarkt sinkt die Zahl der Menschen, die in den eigenen Familien für Unterstützungen rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Insbesondere die steigende Erwerbsquote (höheres Pensionsalter, steigender Frauenerwerb⁴) verlangt und bedingt haushaltsnahe Unterstützung. Nötig und möglich ist die Schaffung neuer Arbeitsplätze (auch im nicht qualifizierten Bereich haushaltsnaher unterstützung) sowie die Erleichterung von Arbeitsmöglichkeiten von Frauen, insbesondere von Vollzeitarbeitsplätzen, durch Entlastung in Betreuungspflichten.

Mit der Einführung der Pflegesicherung im Jahr 1993, die aus einem siebenstufigen Pflegegeld, aus der Verpflichtung der Länder, bis 2010 soziale Dienste zur Pflege flächendeckend auszubauen, aus einem umfassenden Sozialversicherungsschutz für pflegende Angehörige und aus Strategien zur Qualitätssicherung besteht, wurde ein System zur Grundversorgung pflegebedürftiger Menschen in Heimen und zu Hause geschaffen. Ziel der Pflegesicherung ist, einen Beitrag zu „selbstbestimmten und bedürfnisorientierten Leben (§ 1 Bundespflegegeldgesetz) zu leisten. Das Pflegegeld als Kern des Systems der österreichischen Pflegesicherung deckt jedoch nur einen Teil der pflegebedingten Mehrkosten (so heißt es auch im Gesetzestext). Der Gesetzgeber hat 1993 offensichtlich billigend in Kauf genommen, dass nicht nur legal beschäftigte Pflege eingekauft wird, denn der Stundensatz des Pflegegeldes für den Zuschuss liegt bei etwa 3,- €, seit 2011 tw. darunter; die Kosten für angebotene Pflegedienstleistungen sozialer Wohlfahrtsorganisationen liegen hingegen bei rund 20,- € die Stunde.

Über die Pflege hinaus gehende Betreuung wird in der Pflegesicherung nicht (nicht ausreichend) angesprochen, wahrscheinlich war das der notwendige Kompromiss, um 1993 überhaupt eine einheitliche gesetzliche Pflegevorsorge zu ermöglichen. Außerdem ist zu beachten, dass das Pflegegeld, wie auch in der Einstufungsverordnung zu erkennen ist, nur den Mehraufwand der *Pflege*, nicht aber der *pflegeunterstützenden Betreuung* abdeckt. Dies schafft in vielen Familien mit einem oder einer Angehörigen mit niedrigem Pflegeaufwand aber hohem Betreuungsaufwand (etwa bei DemenzpatientInnen in frühen Phasen) Probleme – nicht nur durch unzureichende finanzielle Unterstützung, sondern auch weil die von Diensten erbrachte Leistungen oft in Ausmaß und Kosten an der jeweiligen Pflegestufe orientiert sind.

Es ist daher nötig, begrifflich zwischen Pflege und pflegeergänzender Betreuung zu unterscheiden. Unter Pflege verstehen wir hier „die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen die Pflege und Betreuung von behinderten Menschen, von Schwerkranken und Sterbenden sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation und an der primären Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und der Verhütung von Krankheiten sowie die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anleitung.“ (Sladeczek/Marzi/Schmiedbauer 2001:52). Alle anderen lebensbegleitenden Maßnahmen wie z.B. Haushaltsarbeiten, Einkaufen, aber auch Freizeitbegleitung oder Beaufsichtigung werden hingegen als pflegeergänzende Betreuung verstanden. In der Praxis ist die

⁴ De facto wird Betreuungsarbeit überwiegend von Frauen geleistet

Abgrenzung zwischen Pflege und pflegeergänzenden Betreuung im Einzelfall oft schwierig⁵, sie ist aber notwendig, will man nicht das gesamte Leben mit pflegebedürftigen Menschen als „Pflege“ bezeichnen, was wiederum Verständnis- und Abgrenzungsprobleme zum Verstehen von Hausarbeit für nicht pflegebedürftigen Personen⁶ bringen würde.

Mit der Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung im Jahr 2007 (siehe Rupp/Schmid, 2007, Prochazkova/Rupp/Schmid 2008, Prochazkova/Schmid 2009, Schmid 2009, 2010) wurden die Rahmenbedingungen geschaffen, um die von HausbetreuerInnen (meist aus Osteuropa) bisher illegal erbrachte pflegergänzende Arbeit in Privathaushalten zu legalisieren und die aus der Legalisierung entstehenden Mehrkosten entsprechend zu fördern.

11.3. Das Pflegeproblem und Armut

Mit der Pflegesicherung wurde 1993 ein abgestuftes, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht und als Antwort auf diese Problemlage der Zeit vor 1993 formuliert wurde. Das Pflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen ausbezahlt. Das zweite Standbein der Pflegesicherung wäre der flächendeckende Ausbau der sozialen Dienste.

Nicht befriedigend gelöst werden konnte bisher das Problem der über die Pflege hinausgehenden Betreuung, die oft rund um die Uhr erforderlich ist. Etwa 20.000 Familien nutzen zu diesem Zweck ausländische Betreuungskräfte, lange Jahre in rechtlich unbefriedigender Weise. Erst 2007 konnte mit dem Hausbetreuungsgesetz und den darauf aufbauenden Förderrichtlinien des Sozialministeriums eine Legalisierung dieser Betreuungsfälle erreicht werden (vgl. Prochazkova/Schmid 2006, Prochazkova/Rupp/Schmid 2008). Ungelöst ist aber nach wie vor das Betreuungs- und Beaufsichtigungsproblem in zahlreichen Familien (geschätzt wird ein Viertel aller PflegegeldbezieherInnen), wo keine ausländischen Betreuungspersonen zur Verfügung stehen (oder nicht bezahlt werden können): Dort liegt die Betreuung nach wie vor in den Händen der Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter (vgl. Badelt et.al. 1997, Hovorka et.al. 1996).

Obwohl das Pflegegeld altersunabhängig konzipiert wurde, sind etwa 80 % der PflegegeldbezieherInnen über 60 Jahre alt, etwa die Hälfte über 80 Jahre (vgl. BMASK 2011). Hier spiegelt sich vor allem die weit verbreitete Multimorbidität im Alter und die Verbreitung demenzieller Erkrankungen in den höheren Altersgruppen wider, aber auch die Tatsache, dass das Pflegegeld von der Konzeption her eher dem früheren „Hilflosenzuschuss“ im Pensionsversicherungsrecht folgt als den Bedürfnissen (jüngerer) behinderter Menschen nach selbstbestimmtem Leben, auch unterstützt durch persönliche Assistenz.

⁵ So hat z.B. die GUKG-Novelle von 2007 im Zuge der Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung den HausbetreuerInnen Tätigkeiten (unter Delegation) erlaubt, die ansonsten nur Pflegepersonen nach dem GUKG gestattet sind.

⁶ Dann würde etwa das Fensterputzen für eine/n PflegegeldbezieherIn als „Pflege“ bezeichnet, während das Fensterputzen für dessen/deren Kinder in der Nachbarwohnung als „Hausarbeit“ oder „haushaltsunterstützende Dienstleistung“ zu bezeichnen wäre.

PflegegeldbezieherInnen in Privathaushalten müssen mitunter – auf Grund ihrer geringen Einkommen und gleichzeitig hoher Ausgaben – mit einer überaus prekären Lebenssituation zurande kommen. Elf Prozent aller Pflegebedürftigen leben in feuchten, schimmeligen Wohnungen, 29 Prozent können keine unerwarteten Ausgaben tätigen, wie etwa eine kaputte Waschmaschine zu ersetzen. 32 Prozent der pflegebedürftigen Personen können es sich nicht leisten, Urlaub zu machen (Statistik Austria 2007). Armutsbetroffene werden im Alter öfter krank und pflegebedürftig sein als Ältere mit hohen Pensionen, aber gleichzeitig weniger Geld zur Bezahlung sozialer Dienstleistungen zur Verfügung haben. Mit geringerem Einkommen und geringerer Bildung steigt nicht nur das Sterberisiko, sondern auch die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung beziehungsweise der Pflegebedürftigkeit. Menschen mit geringem sozialem Status haben im Alter weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten als Menschen mit höherem sozialen Status (Doblhammer/ Kytir 1998). Männer und Frauen unterer Einkommensschichten sind im Durchschnitt gesundheitlich so sehr eingeschränkt, dass sie in ihren lebensnotwendigen Tätigkeiten auf fremde Hilfe angewiesen sind, wohingegen Männer und Frauen höherer Einkommensschichten im Durchschnitt kürzer pflegebedürftig sind. Armut macht krank und Menschen schneller zum Pflegefall. Gesetzlich Pflegeversicherte sind sechs Jahre jünger als privat Pflegeversicherte, wenn sie ihren ersten Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen (Yalinkilic 2005).

Die Phase des Alters wird im österreichischen Wohlfahrtsstaat durch eine sozialversicherungsbasierte Pension abgesichert. Sie ist erwerbs- und lebensstandardzentriert. Das heißt, durchgehende Erwerbstätigkeit und die Höhe der erzielten Erwerbseinkommen finden sich in der Höhe der Alterspension wieder. Was im Umkehrschluss bedeutet, dass unterbrochene Erwerbsbiographien und niedrige Einkommen zu niedrigen Pensionen führen. Das höchste Risiko im Alter auf eine Mindestpension angewiesen zu sein, haben Frauen, selbst wenn sie längere Versicherungsdauer aufweisen, aber in ihrem Leben niedrige Einkommen mit längeren Teilzeitphasen bezogen haben. Wichtigste Ursachen für Altersarmut sieht der Armutsforscher Richard Hauserdeshalb auch in mehreren Faktoren: „Fehlende Universalität der Alterssicherungssysteme; niedrige Erwerbseinkommen; längere Perioden der Arbeitslosigkeit; vorzeitige Erwerbsunfähigkeit; längere Krankheiten; Scheidungen; Zuwanderung im mittleren Alter, ohne dass bereits ausreichende Alterssicherungsansprüche erworben und mitgebracht wurden“ (Hauser 2008: 129). Dabei wird erneut deutlich, dass einerseits Armut das Risiko im Alter pflegebedürftig zu werden verstärkt, und andererseits gerade auch die Übernahme schlecht oder gar nicht bezahlter Pflegearbeit das Risiko im Alter in Einkommensarmut zu leben verschärft.

11.4. Soziale Teilhabe

Armut und soziale Benachteiligung sowie die Sorge bezüglich der drohenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und damit der finanziellen und persönlichen Abhängigkeit zählen zu den negativen und von Angst dominierten Altersbildern. Dass diese Angst empirisch nicht unbegründet ist, zeigen zahlreiche Studien über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit bzw. Armut und Lebenserwartung. (Doblhammer/Kytir 1998; Leidl/Richter/Schmid, 2010; Lampert et al. 2005) Die Ergebnisse einer Studie über PensionsbezieherInnen und ihren Umgang mit Krankheit von Monika Wukounig zeigen, dass Personen mit geringem Einkommen häufiger erkranken. Zugleich nehmen die ärmsten

PensionistInnen mit den meisten Erkrankungen Gesundheitsdienste weit weniger in Anspruch als Personen mit höheren Einkommen. Verschärfend kommt hinzu, dass Personen aus den unteren Einkommenschichten weit weniger Hilfe und Unterstützung suchen und den Anspruch auf Hilfe viel geringer artikulieren. (Wukounig, 2002; Kümpers/Heusinger, 2012) Damit wird deutlich, dass alte Menschen, die arm sind, sowohl mit der Armut als auch mit den krankheitsbedingten Einschränkungen umzugehen haben und einem erhöhten Risiko, pflegebedürftig zu werden.

Betrachtet man die BezieherInnen von Pflegegeld und deren monatliche Pension so zeigt sich, dass 23 % der BezieherInnen von Pflegegeld im Monat nicht mehr als € 570 (brutto) an Pension beziehen, ein weiteres knappes Drittel - 30 % - hat monatlich zwischen € 570 und 860 (brutto) zur Verfügung. (BMASK 2008:11) Im Rahmen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege wurden 2010 17.101 Personen mit Bezug von Pflegegeld besucht. Statistische Auswertungen dieser Besuche zeigen u.a., dass mehr als 40 % dieser BezieherInnen von Pflegegeld allein leben und dass nahezu drei Viertel (74,36 %) der besuchten Personen keine professionellen Dienste in Anspruch nehmen. (BMASK 2010:16ff)

Abgesehen von dem Umstand, dass arme alte Menschen zu einem überwiegenden Teil bereits ihr gesamtes Leben in Armut verbracht haben, ist mit dem höheren Risiko auf Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit auch ein höheres Risiko auf soziale Exklusion verbunden. Denn mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung verschärft sich unweigerlich die Frage nach Inklusion und Exklusion, "verstanden als Zugang zu bzw. Ausschluss von gesellschaftlichen Aktivitäten und Ressourcen" (Falk u. a. 2011). Menschen mit Einschränkungen und damit verbundenem Bedarf auf Barrierefreiheit und Unterstützungs- und Pflegeleistungen benötigen bei der Bewältigung des Alltags jedenfalls in Teilbereichen Hilfe - durch Technik und/oder Dritte. Um ihrem Anspruch auf selbstbestimmte, autonome Alltagsgestaltung und soziale Teilhabe gerecht zu werden, sind sie auf Unterstützung angewiesen, die ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht. Die Diskussion in der Öffentlichkeit in Bezug auf Unterstützungs- und Pflegeleistungen für Menschen im Alter wird aber kaum bis gar nicht unter dem Aspekt der Beibehaltung oder Erhöhung der Selbstbestimmungs-, Autonomie- und Teilhabechancen diskutiert, sondern nahezu ausschließlich über die "drohende Pflegelast" und die damit verbundenen Kosten.

Das siebenstufige, einheitliche Pflegegeld als soziale Grundsicherungsleistungen erhalten sowohl alte Menschen wie auch Menschen mit Beeinträchtigung. Ziel dieser Leistung ist es, einen Beitrag zu einem "selbstbestimmten und bedürfnisorientierten Leben" (§ 1 Bundespflegegeldgesetz) zu leisten. Dieses Pflegegeld deckt allerdings nur einen Teil der für ein selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben erforderlichen Leistungen durch Dritte ab.

Zwischen den Risikolagen Alter und Behinderung gibt es Überschneidungen, beispielsweise wenn alte Menschen behindert oder behinderte Menschen alt sind. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es vor allem für eine Debatte über Armut und Alter auch interessant, Ansätze der Behindertenbewegung ebenfalls für Menschen im Alter zu diskutieren, was in den USA und in Großbritannien bereits geschieht - in der kritischen Gerontologie einerseits und den disability studies (DS) andererseits. (vgl. Zander, 2009) Zwar werden Menschen mit Beeinträchtigungen und alte Menschen als getrennte Gruppen verstanden und wahrgenommen, dennoch zeigen sich ja auch in Österreich durch die Zuerkennung von

Pflegegeld sowohl für Menschen mit Beeinträchtigungen als auch für Menschen im Alter zur Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen strukturelle Gemeinsamkeiten. Beiden Gruppen ist gemeinsam, Unterstützung für die Bewältigung des Alltags durch Dritte in Anspruch nehmen zu müssen - für Begleitung, Betreuung und/oder Pflege. Und zur Finanzierung dieser Leistungen wird das Pflegegeld gewährt.

Die Soziologin und Krankenschwester Josefine Heusinger (2005) hat Pflegebedürftige in unterschiedlichen sozialen Milieus aufgesucht und ihre Situation verglichen. Im gehobenen Milieu ist genug Geld da, um sich die nötige Hilfe dazuzukaufen. Auf Qualität wird geachtet, gegenüber den Pflegediensten kann man selbstbewusst auftreten. Aus dem Freundeskreis wird Haushaltshilfe nicht angenommen, die FreundInnen sind für kulturelle Aktivitäten wie Theater oder Konzerte da. Dieses kulturelle Kapital ist eine wichtige Bewältigungsressource, die auch bei Pflegebedarf weiter verfolgt werden kann, im Gegensatz zu handwerklichen oder körperlichen Tätigkeiten, die mit fortschreitender Pflegebedürftigkeit schwerer auszuführen sind. Die Studie kommt hier zum Schluss: Alte Menschen im gehobeneren Milieu haben gute Chancen ihren Pflegealltag selbstbestimmt zu regeln.

Ganz anders stellt sich die Situation von Menschen, die in Armut leben dar.

Frau K. lebt von Sozialhilfe, ihre Pflegeversicherung geht vollständig an den Pflegedienst. Die alte Frau hat niemanden, der sich sonst um sie kümmert. Zu ihren Söhnen hat sie keinen Kontakt, manchmal schaut eine Nachbarin vorbei. Die einzige verlässliche Quelle für ihre Pflegeorganisation ist die öffentliche Fürsorge. Wahlmöglichkeiten hat sie keine. Individuelle Bedürfnisse und Autonomie reichen offensichtlich immer nur soweit, wie die Kaufkraft der Einzelnen oder deren Familie reicht.

Deswegen ist es auch nicht verwunderlich, dass Frauen mit geringem sozialen Status häufiger die Pflege übernehmen als Frauen mit höherem sozialen Status (Blinkert/Klie 2004). Die größte Bereitschaft zum Selberpflegen besteht beim ärmsten Teil der Bevölkerung. Moralische Erwägungen zählen da weniger als Kostenabwägungen. Wer kein Geld hat, dem bleibt keine Wahl. Wer Geld hat, zahlt sich eine Pflegekraft. Die gesellschaftlichen Eliten singen zwar im Fernsehen das hohe Lied der aufopfernden Angehörigenpflege, suchen sich selbst aber im echten Leben die notwendige Unterstützung, die auch die Ärmern bräuchten.

Ein Pflegenetz, das über die Familie hinaus reicht, wirkt entlastend und reduziert soziale Ungleichheiten. Weiters entscheiden die Kriterien des Zugangs, der Umfang der gewährten Dienstleistungen sowie Formen der Finanzierung, ob sich eine sozial ausgleichende Wirkung ergibt, oder eben nicht (Schenk/Moser 2010). Beispielsweise führte in Deutschland die getrennte Einrichtung einer – einerseits - sozialen Pflegeversicherung für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung und – andererseits - einer privaten Versicherung für Selbstständige, Beamte und höhere Einkommensbezieher zu einer geringeren Umverteilung der Ressourcen. Dieses Mehrklassensystem ist auch Ursache für die defizitäre Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Theobald 2004). Generell kann man in Europa den Trend erkennen, dass Länder mit hoher Steuer- beziehungsweise Beitragsleistung auch einen größeren Umfang an Leistungen für alle Pflegebedürftige bereithalten – egal ob arm oder reich.

Wenn Pflegedienstleistungen nicht leistbar oder nicht vorhanden sind, trifft das Personen mit geringem Einkommen doppelt. Zum einen weil sie die benötigten Betreuungsleistungen nicht

finanzieren können, zum anderen weil sie häufiger von chronischen Erkrankungen, insbesondere auch Demenz, betroffen sind (Lauterbach 2007).

Ein Recht zu haben ist das eine. Es in Anspruch nehmen zu können das andere. Alle Studien weisen darauf hin, dass die vielen Zuständigkeiten der je eigenen Kosten- und Leistungsträger sowie die Koordination des Wissens um die Möglichkeiten der Pflegegestaltung für viele große Zugangshürden darstellen. Ähnlich ist es bei der Einstufung in die richtige Pflegestufe in Österreich. Wer sich besser auskennt, besser artikulieren kann und aus der Familie Hilfe bekommt, hat höhere Chancen auf das begehrte Gut „Pflegestufe“. Der Pflegewissenschaftler Johann Behrens (2006/2008) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die Pflegestufe nicht allein als Indikator von Pflegebedürftigkeit gelten kann, sondern es sich vielmehr um einen Indikator für „Pflegebedürftigkeit plus kulturellem Kapital“ der Angehörigen handle. Die Hürden sind sozial nicht gleich aufgestellt. Personen mit geringerem sozialen Status tun sich schwerer, sich hier zu recht zu finden, wie alle Untersuchungen übereinstimmend ergeben.

11.5. Autonomie - soziale Teilhabe

In der breiten (internationalen) Diskussion wird das Recht auf Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und Inklusion nahezu ausschließlich für Menschen mit Beeinträchtigung diskutiert. Daher soll hier explizit der Blick darauf gelenkt werden, dass diese Rechte auch für alte Menschen mit Pflegebedarf sicher zu stellen sind, und erst recht für jene, die zudem arm sind. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze sollen der allgemeinen sozialen Unterstützung dienen. Dabei geht es um "diejenigen, die Hilfe in Bereichen wie Einkaufen, Hausarbeit, Beförderung, Selbstversorgung und anderen benötigen, um eine vollständigere Partizipation [Teilhabe] am Leben in der Gesellschaft zu erlangen." (Internationale Klassifikation, 2005:140)

Autonomie bedeutet seinem griechischen Ursprung nach "die Möglichkeit selbst zu entscheiden oder Entscheidungen (zeitweise) zu delegieren, unter der Voraussetzung, dass soziale Beziehungen und gesellschaftliche Strukturen dies unterstützen bzw. zulassen". (Falk u. a. 2011:16) Um seine eigenen Wünsche zum Ausdruck zu bringen, bedarf es womöglich bereits einer Unterstützung - technischer und/oder betreuerischer Art. Neben der Dimension, die eigenen Wünsche zum Ausdruck zu bringen, bedarf es aber auch einer Entscheidung, einer Wahl für die eine oder die andere Möglichkeit. Selbstbestimmung ist auch auf andere bezogen, sie wird in sozialen Beziehungen verwirklicht. Und Selbstbestimmung ist abhängig von der sozialräumlichen Umwelt. Diese kann Autonomie unterstützen und fördern oder aber behindern. Autonomie hat darüber hinaus aber auch eine subjektive Dimension, sie ist von den Individuen, ihren Werten, persönlichen Wünschen und Erfahrungen abhängig. Und damit gewinnt die Dimension der Wahlmöglichkeit ein zusätzliche Bedeutung. Die Wahlmöglichkeiten müssen für den/die einzelne/n persönlich auch tatsächlich relevante Wahlmöglichkeiten sein. Die vorhandenen Wahlmöglichkeiten sind aber wiederum stark von den sozialräumlichen, persönlichen und milieuspezifischen Ressourcen abhängig. (Falk u. a. 2011:16ff; Kümpers/Heusinger, 2012:21ff)

Alte Menschen verbringen einen Großteil ihrer Zeit in ihrer Wohnung, noch dazu, wenn sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Dies zeigt auch die Zeitverwendungsstudie der

Statistik Austria aus dem Jahr 2008/09. Zwar unterscheidet die Studie lediglich in vier Altersgruppen - 10 - 19, 20 - 39, 40 - 59 und 60+. Daher lässt sich für die ältere Bevölkerung keine detaillierte Aussage treffen. Aber bereits hier wird deutlich, dass Personen, die 60 Jahre und älter sind, durchschnittlich 4:14 Stunden für die Haushaltsführung pro Tag verwenden, Personen, die zwischen 40 und 59 Jahre alt sind hingegen um mehr als eine Stunde weniger - 3:07 Stunden - damit beschäftigt. Auch in der Kategorie der Freizeitaktivitäten wird deutlich, dass ältere Menschen mehr Zeit zuhause verbringen. Personen, die zwischen 40 und 59 Jahre alt sind, verbringen durchschnittlich 1:50 Stunden mit Fernsehen, Personen, die 60 Jahre und älter sind, verwenden über 2:54 täglich vor dem Fernsehgerät. Die Anzahl der Zeit pro Tag, die für soziale Kontakte, Kinderbetreuung und Freiwilligenengagement aufgebracht wird, ist bei den 40 - 59-Jährigen mit 1:39 Stunden nur um 3 Minuten länger als bei den Personen mit einem Alter ab 60 Jahren. (Zeitverwendung 2008/09, 2009) Auch wenn die Studie dabei nicht auf Einkommensunterschiede abstellt, so lässt sich doch vermuten, dass Personen mit geringen Einkommen und einem niedrigen sozioökonomischen Status tendenziell weniger außerhäuslichen Freizeitaktivitäten nachgehen (können). Die Mobilität dieser Personen ist vor allem aufgrund ihrer knappen finanziellen Ressourcen eingeschränkt.

Damit erhält die Dimension der sozialräumlichen Umwelt auf die Ausgestaltung der Autonomie eine besondere Bedeutung. Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status leben oftmals auch in benachteiligten Gebieten, sodass dadurch die individuellen Möglichkeiten zur Autonomie und sozialen Teilhabe eingeschränkt werden. Gebäude ohne Lift, Gebiete ohne Nahversorger, schlechter Ausbau des öffentlichen Verkehrs sind beispielsweise hemmende Umstände, die die Autonomie sowie die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe gleichermaßen einschränken. In Fortführungen dieser Strukturhemmnisse ließe sich vermuten, die eingeschränkte Mobilität und die damit verbundenen eingeschränkten Möglichkeiten auf Selbstbestimmung und Partizipation inklusiver körperlicher Bewegung und Aufenthalt im Freien könnten zu einem Anstieg der erforderlichen Unterstützung im Pflege- und Betreuungsbereich führen (zu wenig körperliche Bewegung, mangelhafte Ernährung, zu wenig soziale Kontakte, Isolation, Vereinsamung).

11.6. Sozialräumliche Herausforderungen

Das deutsche Forschungsprojekt "Neighbourhood" - durchgeführt vom Institut für Gerontologische Forschung (IGF) in Berlin und dem Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Forschungsgruppe Public Health - untersuchte, "wie ältere Menschen in sozial benachteiligten Quartieren im Falle von Pflegebedürftigkeit ihren Alltag weiterhin selbstbestimmt organisieren und auf welche Ressourcen in ihrem sozial-räumlichen Umfeld sie dabei zurückgreifen können." (Kümpers/Heusinger, 2012:45) Durchgeführt wurde die Studie anhand von drei Fallstudien in drei Gebieten, die als sozial benachteiligt bezeichnet werden können (Infrastruktur, soziodemografische Situation) - im Berliner Stadtteil Moabit - einem innerstädtischen Altbauquartier im Westen der Stadt, - die Ortsteile Marzahn Nord und Marzahn Mitte als Großwohnsiedlung am äußeren Stadtrand von Ostberlin und die ländliche Region Beeskow im Landkreis Oder-Spree in Brandenburg.

Als ein zentrales Ergebnis dieser Studie wurde deutlich, dass für einen Großteil der Befragten - pflegebedürftige, alte Menschen - wichtig war, ihre Selbstbestimmung zu

erhalten, und zwar vor allem durch eine weitere Teilnahme am Leben außer Haus und dadurch, informiert über die eigenen Belange entscheiden zu können. (Kümpers/Heusinger, 20012:45ff) Voraussetzung dafür ist, in erreichbarer Nähe die entsprechende Infrastruktur vorzufinden, die die Partizipation und die Information ermöglicht. Dies wird umso mehr für alte Menschen mit Pflegebedarf UND niedrigem Einkommen wichtig, da alte Menschen mit Pflegebedarf und höherem sozioökonomischem Status durch finanzielle Mittel, besseren Zugang zu Information oder soziale Beziehungen dieses Fehlen einfacher ausgleichen können.

Folgende sozialräumliche Bedingungen für den Autonomieerhalt pflegebedürftiger älterer Menschen wurden von den ForscherInnen als wichtig erachtet:

- Gestaltung der baulichen Umwelt und außerhäuslichen Mobilität
 - Alltagsversorgung und haushaltsnahe Dienstleistungen
 - Beratung und Information
 - ambulante medizinische und pflegerische Versorgung
 - Angebote für Geselligkeit und Teilhabe
- (Kümpers/Heusinger, 2012:47; vgl. auch Falk u. a. 2011)

Neben der Untersuchung dieser sozialräumlichen Gegebenheiten mittels der Analyse von Sekundärliteratur, Begehungen und eigener Recherchen wurden Befragungen von professionellen und ehrenamtlichen AkteurInnen durchgeführt, aber vor allem auch mit alten pflegebedürftigen BewohnerInnen dieser Gebiete, auch mit solchen mit Migrationshintergrund. Die Befragten alten Menschen waren mindestens fünfmal wöchentlich auf Hilfe angewiesen, der Großteil war in eine der drei deutschen Pflegestufen eingestuft. "Zentral war die Frage, wie das Zusammenwirken von sozialräumlichen und individuellen Ressourcen beeinflusste, ob und wie sozial benachteiligte alte Menschen Zugang zum Hilfesystem finden und ihre Selbstbestimmungschancen wahren können." (Pro Alter 2012:51)

Deutlich wurde, dass die älteren Menschen unterschiedliche Strategien anwandten und Ressourcen zum Einsatz brachten - abhängig vom Milieu - um ihre Selbstbestimmung trotz Pflegebedürftigkeit wahren zu können, wobei die Aufrechterhaltung der Mobilität eine große Bedeutung hatte, ebenso wie der Zugang zu Information und sozialer Teilhabe. Selbstbestimmte Mobilität - Einkäufe selbst erledigen zu können, soziale Kontakte pflegen zu können - stellte sich als der bestimmende Wunsch der älteren pflegebedürftigen Menschen in den untersuchten Gebieten heraus. Die Einschränkung der Mobilität birgt zusätzliche Risiken für Selbstbestimmung und Gesundheit, beispielsweise jene der Einsamkeit und Isolation. Klar ist, dass die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Mobilität von der räumlich-technischen Umwelt abhängig ist. Dies trifft wiederum Menschen mit geringem finanziellem Spielraum besonders, da sie mögliche schlechte bauliche und infrastrukturelle Gegebenheit kaum bis nicht durch Geld kompensieren können (kein eigenes Auto, kein Geld für Taxifahrten). Auch andere Unterstützungsmöglichkeiten konnten von sozial benachteiligten Personen nur bedingt zugekauft werden, wie beispielsweise Reinigungsdienste, Reparaturen im Haushalt etc. Die sozialen Kontakte und die Unterstützung im nachbarschaftlichen Umfeld gewinnen für diese Personengruppe daher an Bedeutung zur Kompensation ihrer Einschränkungen. "Zudem wurde deutlich, dass Betroffene aus einfachen Milieus Informationen über mögliche Zugänge zu Leistungen der Pflegeversicherung eher durch informelle MultiplikatorenInnen, Nachbarn oder Angehörige erhalten als über formalisierte

pflegespezifische Beratungsstellen." (Pro Alter 2012:52) Mangelnde Information über die vorhandenen Unterstützungs- und Hilfesysteme und die Zugänglichkeit zu diesen war auch typisch. Oftmals waren Notfälle ausschlaggebend, damit der Zugang zu entsprechenden Leistungen gesucht wurde.

In Bezug auf die soziale Teilhabe wurde deutlich, dass diese auch für alte Menschen mit Pflegebedarf einen hohen Wert darstellt. Niederschwellige Angebote für Gemeinschaft und Geselligkeit wurden gut angenommen, allerdings konnten diese aufgrund bauliche Barrieren (Stufen, Schwellen) oftmals nur in Begleitung von Nachbarn oder Verwandten aufgesucht werden. Allerdings zeigt sich auch, dass es zum Teil noch zu wenige, aber vor allem zu wenig differenzierte zielgruppenspezifische Angebote gab, die auch zu wenig auf die Bedarfe von alten Menschen mit Pflegebedarf Rücksicht nahmen. (Pro Alter 2012:53)

Auch wenn die Studie in der deutschen Hauptstadt und einer deutschen ländlichen Region durchgeführt wurde, lässt sich doch annehmen, dass für Österreich ähnliche Ergebnisse erzielt würden. Neben den tatsächlich fehlenden oder noch zu wenig ausgebauten Strukturen und Rahmenbedingungen, die Autonomie und Selbstbestimmung für alte Menschen mit Pflegebedarf fördern und unterstützen, fehlt es in Österreich primär vor allem auch noch an Sensibilisierung und Bewusstsein dafür, dass auch ältere Menschen und auch jene mit Pflegebedarf ein Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung haben. Dieser Umstand verschärft sich für alte Menschen im Pflegebedarf UND niedrigem sozio-ökonomischem Status, weil sie nicht bzw. weniger in der Lage sind die Einschränkungen zu kompensieren. Daher lässt die Altersarmut veränderte Anforderungen an die Altenhilfe und -pflege erwarten - auch in Österreich.

Literatur

Auer, Katharina / Schmid, Tom (2011): NÖ Plattform Pflegende Angehörige. Expertise. St. Pölten (Projektendbericht)

Badelt, Christoph / Badelt, Christoph / Holzmann-Jenkins, Andrea / Matul, Christian / Österle, August (1997): Analyse der Auswirkungen der Pflegevorsorge. Wien.

de Beauvoir, Simone (1993): Das Alter. Reinbek.

Behrens, Johann (2006/2008): Frühberentete ohne Rehabilitation.

Bickel, Horst (1999) Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, Hans et al. (Hrg.) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik, Therapie. Heidelberg.

Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr?

Borchert, Manfred / Derichs-Kunstmann, Karin / Gattol, Ernst / Rizy, Lisl (Hrg) (1991): Älterwerden - Lust oder Last. Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrg.) (1999): Älter werden in Österreich – Seniorenbericht des Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1999. Wien.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) (2007): EU SILK 2006. Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007. Wien.

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Wien.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010. Wien.
- Bundesministerium für Jugend und Familie (1998): Was können die Generationen einander bieten? Zweifel und Hoffnungen für das kommende Jahrhundert. Wien.
- Doblhammer, Gabriele / Kytir, Josef: Social inequalities in disability - free and healthy life expectancy in Austria. In: Wiener Klinische Wochenschrift 110/11. Wien 1998.
- Ehmer, Josef (1990): Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt/Main.
- Falk, Katrin et al.: Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin 2011.
- Hauser, Richard (2008): Altersarmut in der Europäischen Union, in: WSI Mitteilungen, S.129
- Heusinger, Josefine / Klünder, Monika (2005): Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen! Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Hovorka Hans / Bauer, Ingrid / Sigot, Marion / Schmid, Tom (1996): Familienpolitische Begleitstudie zum Pflegegeld (FAPFL), Endbericht, Wien - Klagenfurt/Celovec
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. World Health Organization. Genf 2005.
- Institut für Empirische Sozialforschung (IFES) (2007): Pflege und Betreuung. Bevölkerungsbefragung 2007. Pressepapier. Wien.
- Kümpers, Susanne / Heusinger, Josefine (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern 2012
- Kümpers, Susanne / Falk, Katrin / Heusinger, Josefine: Autonomieerhalt trotz Armut und Pflegebedarf? In: Pro Alter 1/2012 S. 50 - 54.
- Lampert, Thomas et al.: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Institutes zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin 2005.
- Lauterbach, Karl (2007): Der Zweiklassenstaat.
- Leidl, Ilse / Richter, Veronika / Schmid, Tom: Armut macht krank. Wissenschaftliche Begleitstudie. Endbericht. Wien 2010.
- Prochazkova, Lucie / Schmid, Tom (2006): Pflege und Betreuung im Spannungsfeld zwischen Nötigem, Wünschenswertem und Finanzierbarem. In: Soziale Sicherheit 11/2006. Wien. S. 454 -464
- Prochazkova, Lucie / Schmid, Tom (2009): Homecare Aid: A Challenge for Social Policy and Research. In: Ramon, Shulamit / Zavirsek, Darja (Eds.): Critical Edge Issues in Social Work and Social Policy. Ljubljana. S. 139 - 164
- Prochazkova, Lucie / Rupp, Bernhard / Schmid, Tom (2008): Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung, Endbericht. Wien.
- Rupp, Bernhard (2007): Demenz und Demenz-Prävalenz. Wien. Manuskript.
- Rupp, Bernhard / Schmid, Tom (2007): Die „Bis-zu-24-Stunden-Betreuung“ aus rechtlicher Sicht. In: Soziale Sicherheit 12/2007. Wien. S. 586 – 598

- Schenk, Martin / Moser, Michaela (2010): Es reicht. Für alle. Wege aus der Armut.
- Schmid, Heinrich (2000): Pflegesicherung zwischen Armutsvermeidung und „Selbstbestimmtem Leben“. In: Sallmutter, Hans (Hrg.) Mut zum Träumen. Bestandsaufnahme und Perspektiven des Wohlfahrtsstaates. Wien. S. 231 - 238
- Schmid, Tom (2008): Hochbetagte Menschen mit Behinderungen. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrg.): Hochaltrigkeit in Österreich,. Eine Bestandsaufnahme. Wien. S. 263 - 284
- Schmid, Tom (2008a): Armut und Behinderung. In: Knapp, Gerald/Pichler, Heinz (Hrg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt/Celovec. S. 536 - 554
- Schmid, Tom (2009): DienstleistungsnomadInnen. In: Dimmel, Nikolaus / Pichler, Wolfgang (Hrg.): Governance – Bewältigung von Komplexität in Wirtschaft, Gesellschaft und Politik. Frankfurt/Main – Berlin – Bern – Bruxelles – New Vork – Oxford – Wien. S115 – 132.
- Schmid, Tom (2010): Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung? In: Scheiwe, Kirsten / Krawietz, Johanna (Hrg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden. S. 151 - 170
- Sladecsek, Elmar / Marzi Leopold-Michael / Schmiedbaier, Thomas (2001): Recht für Gesundheitsberufe. Wien.
- Statistik Austria (2007): EU-SILC 2005.
- Theobald, Hildegard (2004): Care Services for the Elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups, SPI 2004-302.
- Volkshilfe Österreich (Hrsg.) (2004): Grenzenlose Pflege. Wien.
- Wukounig, Monika: Pensionsbezieher/innen und Umgang mit Krankheit. Diplomarbeit. Linz 2002.
- Yalinkilic, Michael (2005): Die Häufigkeitsverteilung der pflegebegründenden Diagnosen in den einzelnen Pflegestufen der privaten Pflegeversicherung. Dissertation.
- Zander, Michael: Soziales Modell und Persönliche Assistenz: Können diese Konzepte der Disability Studies auf den Bereich der Pflegeleistungen für Seniorinnen und Senioren übertragen werden? Halle/Saale 2009 (= Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften.49.)
- Zeitverwendung 2008/09. Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede. Endbericht der Bundesanstalt für Statistik Österreich an die Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst. Wien 2009.