

HELMUT DORNMAYR

## Zukunftsmarkt Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe – Perspektiven und Probleme in Österreich

**D**ie Entwicklung der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe ist von einer ganz besonderen Wachstumsdynamik gekennzeichnet. Dabei steht dieses Arbeitsmarktsegment erst am Anfang eines Expansionstrends, der sowohl demografische Ursachen hat als auch einen gesellschaftlichen Wertewandel widerspiegelt.

Zur organisatorischen Unterstützung dieses erwartbaren Wachstums besteht in mehrfacher Hinsicht (vor allem politischer) Handlungsbedarf. Dies betrifft in erster Linie folgende Punkte: Ausweitung des Ausbildungsangebots, Erhöhung der Attraktivität der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Schaffung von Rechtssicherheit in der Berufsausübung, Qualitätssicherung.

### 1. Perspektiven

Im Wesentlichen beruhen die Entwicklungsmöglichkeiten in den Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen auf zwei außergewöhnlich starken gesellschaftlichen Trends:

#### *Trend 1: Steigender Pflege- und Betreuungsbedarf älterer Personen*

Bereits derzeit herrscht vielerorts ein akuter Mangel an Pflegepersonal (Stichwort: „**Pflegenotstand**“). Dabei wird die Zahl der pflege- und betreuungsbedürftigen älteren Personen erst in den nächsten Jahren und Jahrzehnten drastisch zunehmen.

Die Zahl der über 80-Jährigen wird von unter 300.000 Personen im Jahr 2000 auf rund 900.000 Personen im Jahr 2050 anwachsen (vgl. Grafik 1). Der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird im selben Zeitraum von 3,5 % auf 11 % steigen (vgl. Grafik 2).

Parallel dazu kommt es zu zusätzlichen den Pflege- und Betreuungsbedarf verstärkenden Entwicklungen, wie etwa die **steigenden Ansprüche** der Menschen an eine altersgerechte Versorgung und der **Rückgang der familiären Pflegekapazitäten** (z.B. in Form der Zunahme der Singlehaushalte).

#### *Trend 2: Zunehmendes Gesundheitsbewusstsein und boomender Gesundheitstourismus („Wellness“)*

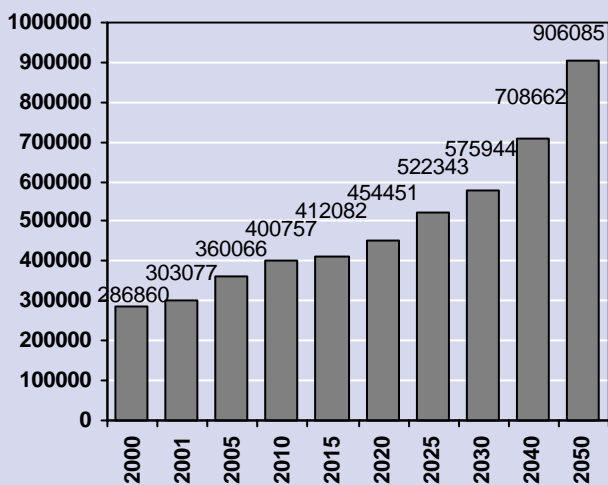
Kaum eine Branche war in den letzten Jahren von derartigen Veränderungen und einem grundlegenden Wertewandel betroffen wie die Gesundheitsbranche.

Im Mittelpunkt dieses veränderten Gesundheitsbewusstseins steht die zunehmende Bedeutung der Thematik „**Lebensqualität**“ und der Sicherung dieser Lebensqualität über einen (deutlich verlängerten) Lebenszeitraum („**Prävention**“).

Die zunehmende materielle Basisversorgung in den Industriegesellschaften westlicher Prägung kann gleichsam als die „quantitative“ Lebensdimension begriffen werden. Die Sicherung dieser quantitativen Lebensgrundlage rückt die unmittelbar daran anschließende Frage nach der Qualität und den Inhalten dieses Lebens in den Vordergrund. Lebensqualität wird somit zur Schlüsselfrage einer „postmateriellen“ und „postmodernen“ Gesellschaft.

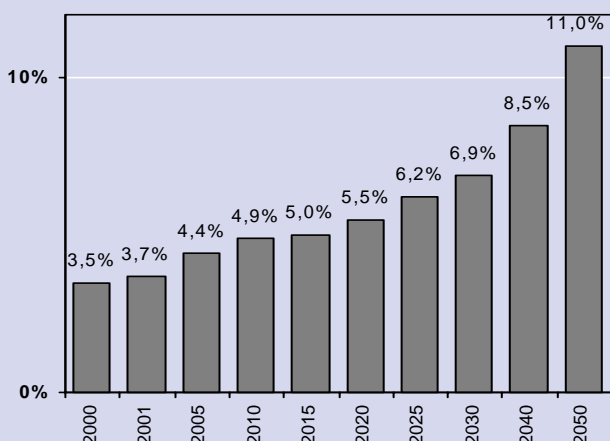
Dieser Wertewandel ist auch bereits in bemerkenswertem Maße verhaltensrelevant.

GRAFIK 1:  
Zahl der über 80-Jährigen



Quelle: Statistik Austria: Bevölkerungsvorausschätzung aus 2001 (Ohne Ergebnisse der VZ 2001)

GRAFIK 2:  
Anteil der über 80-Jährigen  
an der Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistik Austria: Bevölkerungsvorausschätzung aus 2001 (Ohne Ergebnisse der VZ 2001) + ibw-Berechnungen

Selbst das alltägliche Gesundheitsverhalten der Bevölkerung verändert sich – zwar langsam, aber kontinuierlich und nachhaltig. Das Mikrozensus-Sonderprogramm vom September 1999 (Quelle: Statistik Austria) zeigt, dass **nur mehr 29 %** der Personen ab 15 Jahren **keine gezielten Aktivitäten zur Förderung ihrer Gesundheit** bzw. zur Krankheitsvorbeugung setzen.

Dieser Anteil hat sich im Zeitraum 1991 – 1999 um (weitere) rund 4 % verringert.

Als die häufigsten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen erweisen sich gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivitäten.

In einem engen Zusammenhang mit dem veränderten Gesundheitsbewusstsein und -verhalten steht die außergewöhnliche Zunahme des **Gesundheitstourismus**.

Obwohl in diesem Tourismussegment vor allem Kurzurlaube immer beliebter werden, zeigt auch die Statistik der Urlaubsreisen mit 4 oder mehr Übernachtungen bereits das beeindruckende Wachstum des Gesundheitstourismus in Österreich:

Die Zahl der mindestens 5-tägigen Urlaubsreisen von Österreichern mit dem Hauptreisezweck Gesundheitsurlaub stieg innerhalb Österreichs von 73.000 im Jahr 1984 auf nahezu 170.000 im Jahr 2001 (siehe Grafik 3). Besonders beeindruckend sind die Steigerungsraten in den letzten Jahren (1999 bis 2001). Dies ist umso bemerkenswerter, als etwa 2001 die Zahl der Urlaubsreisen von Österreichern insgesamt rückläufig war.

Auch der relative Anteil erhöhte sich deutlich: 1984 erfolgten 3,6 % der von Österreichern im Inland durchgeführten Urlaubsreisen (4 oder mehr Übernachtungen) zum Hauptreisezweck Gesundheitsurlaub. 2001 betrug dieser Anteil an den Inlandsurlaubsreisen bereits 7,1%.

Hingegen erfolgte bei den Auslandsreisen keine relative Steigerung des Anteils der Gesundheitsurlaube. Dies verdeutlicht auch die Stärke und die hohe Qualität des österreichischen Gesundheits- und Wellness-tourismus.

### Arbeitsmarktentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen

Der Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe ist **einer der zentralen Wachstumssektoren** am österreichischen Arbeitsmarkt. Die Entwicklung der unselbständig Beschäftigten zeigt dies deutlich. Im Zeitraum 1995 bis 2002 ist die Zahl der Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ um mehr als 22 % gestiegen, die Gesamtbeschäftigung nicht einmal um 3 % (siehe Grafik 4).

## 2. Probleme und Handlungsbedarf

Von gesetzlicher Seite besteht durchaus Handlungsbedarf, um diesem Wachstumsmarkt entsprechende Qualifizierungskonzepte sowie klare und realitätsnahe rechtliche Rahmenbedingungen anbieten zu können. Nicht zuletzt ist generell im Gesundheitsbereich auch im Zuge der Europäischen Integration und aufgrund laufender Verfahren vor dem EuGH (z.B. MTD-Gesetz, Versandhandel mit Medikamenten etc.) mit erheblichen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zu rechnen, die in vielen Fällen wohl eine Liberalisierung implizieren.

Durch die hohe Komplexität und die Vielfalt der Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe, zu denen ja nicht nur die gesetzlich geregelten gezählt werden können, kann hier nicht auf die große Zahl spezifischer Probleme (z.B. Abgrenzungen, Berechtigungen etc.) eingegangen werden. An vorderer und übergeordneter Stelle für den angesprochenen Handlungsbedarf sind aber zu nennen:

- Hohe psychische und physische Belastungen
- Ungünstige/unregelmäßige Arbeitszeiten
- Eher niedrige Einkommen
- Geringe Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten

Viele dieser Umstände führen auch zu relativ kurzen Verweildauern in den jeweiligen Berufen.

### Defizite im Ausbildungsangebot

Defizite im Ausbildungsangebot bestehen u.a. in vielen gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen (z.B. Diplomierter PhysiotherapeutIn). Vor allem aber besteht in quantitativer Hinsicht ein **besonderer** (aktueller und noch stärker zukünftiger) **Bedarf** an Ausbildungsmöglichkeiten **in den Pflege- und (Alten-)Betreuungsberufen** (Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger, PflegehelferIn, AltenhelferIn, AltenfachbetreuerIn etc.).

Als zusätzlich erschwerend kommt hier hinzu, dass für die Sozialbetreuungsberufe (AltenhelferIn, AltenfachbetreuerIn, HeimhelferIn) noch keine einheitliche bundesweite Regelung existiert. Die Nachteile (keine einheitlichen Ausbildungsstandards, Hemmnisse für Mobilität, Flexibilität und Bedarfsplanung) dieser bundesländerspezifischen Gesetzgebung (in vielen Bundesländern gibt es auch gar keine gesetzliche Regelung!) sollen allerdings durch eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gem. Art. 15a B-VG behoben werden. Bei der Umsetzung dieser Vereinbarung ist aber sowohl in zeitlicher als auch organisatorischer Hinsicht noch mit einigen Hürden zu rechnen. Ziel ist eine bundesweit einheitliche Regelung in Form modularisierter Ausbildungen in zweistufiger Form (SozialfachbetreuerIn und Diplomierter SozialfachbetreuerIn) mit den Ausbildungsrichtungen Alten-, Familien- und Behindertenarbeit sowie Integrationspädagogik. Für die Ausbildungsrichtungen Alten-, Familien- und Behindertenarbeit ist auch die Integration der Ausbildung zur/zum PflegehelferIn nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) geplant, was für die beruflichen Einsatzmöglichkeiten und -berechtigungen der AbsolventInnen – insbesondere für die Arbeit mit kranken Menschen – von großer Bedeutung ist.

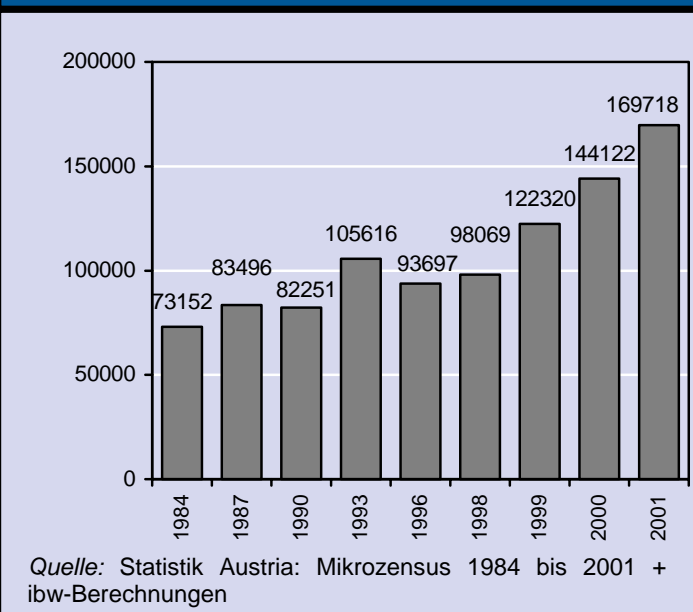
### Geringe Attraktivität der „Pflege- und Sozialbetreuungsberufe“

Die Attraktivität der Pflege- und Betreuungsberufe (Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger, PflegehelferIn, AltenhelferIn, AltenfachbetreuerIn, HeimhelferIn etc.) leidet unter einer Reihe von ungünstigen Rahmenbedingungen, wie z.B.:

Im Zusammenhang mit den geringen Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten ist vor allem auch die mangelhafte Einpassung und **fehlende Durchlässigkeit im Bildungssystem** zu sehen. Die fehlende Durchlässigkeit besteht sowohl „von unten“ als auch „nach oben“. „Von unten“ beschreibt den Umstand, dass die Ausbildungen nicht im direkten Anschluss an die Pflichtschule erfolgen können, sondern bestimmte Ausbildungs- (z.B. erfolgreiche Absolvierung von 10 Schulstufen für die Ausbildung zur/zum diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger) oder Alterslimits (z.B. 17 Jahre für die Ausbildung zur/zum PflegehelferIn, 18 Jahre gemäß dem Wiener Heimhilfegesetz) vorsehen. Fehlende Durchlässigkeit „nach oben“ meint die Tatsache, dass selbst die Ausbildung zur/zum diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger nicht mit einer Hochschulberechtigung (Matura) verbunden ist.

Darüber hinaus bestehen generell im tertiären Ausbildungsbereich gewisse Defizite. In Österreich wurde beispielsweise bis dato kein ordentliches Diplomstudium Pflegewissenschaften eingerichtet.

**GRAFIK 3:**  
Gesundheitsurlaube  
(Reisen mit mind. 4 Übernachtungen)  
**Urlaubsreisen von Österreichern im Inland  
mit dem Hauptreisezweck Gesundheitsurlaub**



## Rechtsunsicherheit der Berufsausübung im nicht gesetzlich geregelten Bereich

Die gängige Interpretation der österreichischen Rechtslage (Ärztegesetz etc.) ist, dass die Behandlung kranker Menschen ÄrztInnen bzw. den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen (Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Hebammen, Medizinisch-technische Dienste, Dipl. KardiotechnikerInnen, Sanitätshilfsdienste, SanitärerInnen, Medizinische und Heil-MasseurlInnen) vorbehalten ist.<sup>1</sup>

Dies führt in der Praxis zu erheblichen Rechtsunsicherheiten und Definitionsproblemen (Was ist „krank“?) in der Berufsausübung außerhalb dieser gesetzlich geregelten Berufe. Beispielsweise stellt sich die (nur scheinbar banale) Frage, ob ein(e) FitnesstrainerIn Tipps für die Behandlung von Verspannungszuständen geben darf.

Ganz besonders betroffen von dieser Rechtsunsicherheit ist der außergewöhnlich stark wachsende Bereich der sog. „**Alternativ- und Komplementärmedizin**“.

Hier ist auf Regelungen in anderen Ländern zu verweisen – beispielsweise Deutschland. Zweifellos war und ist die Einführung des Heilpraktikergesetzes (1939) in Deutschland als historisch belastet anzusehen.

Und es mag auch berechtigte Zweifel daran geben, ob es sinnvoll ist, schulmedizinische Kenntnisse als (noch dazu einziges) Kriterium für die Qualitätssicherung im alternativmedizinischen Bereich heranzuziehen.

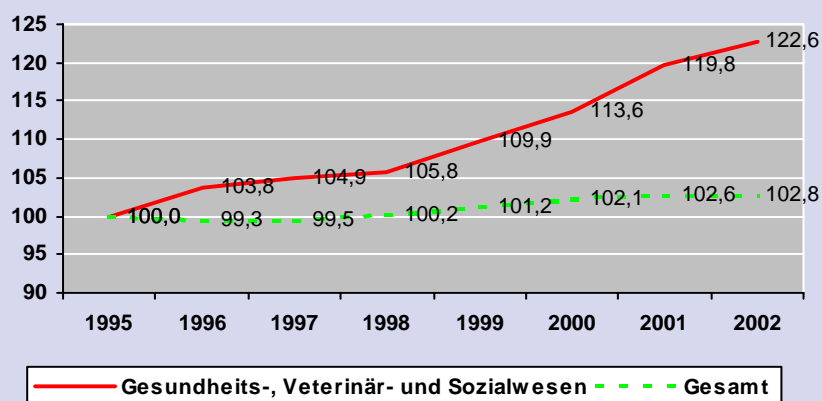
Tatsache und Konsequenz bleibt aber, dass in Deutschland neben ÄrztInnen auch HeilpraktikerInnen berufsmäßig Krankheiten diagnostizieren und therapieren dürfen und damit über eine entsprechende Rechtssicherheit in der Berufsausübung verfügen.

### Qualitätssicherung

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob Freiheiten der Berufsausübung zu Lasten der **Qualitätssicherung** gehen könnten/würden. Es darf aber bezweifelt werden, ob es eine sinnvolle Lösung ist, Qualitätssicherung über in der Praxis völlig unrealistische Tätigkeitsvorbehalte betreiben zu wollen. Denn es ist nun einmal naheliegend, dass alle im Gesundheitsbereich Tätigen in irgendeiner Weise auch mit kranken Menschen zu tun haben – ob sie dies nun (derzeit schon) dürfen oder nicht.

Zweifellos sollte die Diskussion über Qualitätssicherung ein vorrangiges Kernelement zukünftiger Reformüberlegungen sein. Es wäre aber ein Trugschluss, das Ausmaß an Qualitätssicherung automatisch und ausschließlich mit dem Grad an gesetzlichen Vorbehalten gleichzu

GRAFIK 4:  
Unselbständig Beschäftigte (Index; 1995 = 100)  
Wirtschaftsklasse „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“  
im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung (Jahresdurchschnitt)



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger + ibw-Berechnungen

setzen. Es gibt zum Beispiel in Teilen der Alternativ- und Komplementärmedizin auch derzeit schon nennenswerte selbstorganisierte Ansätze zur Qualitätssicherung (z.B. über Ausbildungsrichtlinien und Aufnahmekriterien von Dachverbänden, über markenrechtliche Ansprüche etc.).

Vor allem ist aber darauf hinzuweisen, dass eine **gesetzliche Anerkennung** und **eine entsprechende rechtliche Basis der Berufsausübung** nicht im Widerspruch zu Qualitätssicherung steht, sondern **erst die (auch gesetzlich geregelte) Etablierung adäquater Qualitätssicherungssysteme und -verfahren ermöglicht**. Die gesetzlichen Möglichkeiten der Qualitätssicherung bestehen von vornherein nur in legalisierten Bereichen und sind dort in jedem Fall größer als in „Grauzonen“. Dies gilt beispielsweise auch für Haftungsfragen. Aber auch andere Aspekte wie etwa die steuerliche Erfassung von Einkünften sind vom Aspekt der Rechtssicherheit unmittelbar betroffen. Die Vermutung ist naheliegend, dass die Bereitschaft, Einkommen aus Tätigkeiten, deren Ausübung rechtlich problematisch bzw. vielleicht sogar illegal ist, bei der Finanzbehörde bekanntzugeben, geringer ist als bei „regulären“ Einkünften. Insofern wäre die **Schaffung von Rechtssicherheit** in diesem Bereich auch ein wesentlicher **Beitrag zur Reduktion von „Schattenwirtschaft“**.

Dieser research brief ist eine Kurzfassung des soeben erschienenen *ibw-Forschungsberichts Nr. 125*. (EUR 8,00, Bestellung beim [ibw: \[bestellung@ibw.at\]\(mailto:bestellung@ibw.at\)](mailto:bestellung@ibw.at))

<sup>1</sup> Ähnlich zur Berufsausübung gibt es Vorbehaltsregelungen für den Ausbildungsbereich. Das sog. „Ausbildungsvorbehaltsgesetz“ untersagt die Ausbildung zu Tätigkeiten, die durch Rechtsvorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens geregelt sind, hierzu nicht berechtigten Einrichtungen. Das bedeutet in der Praxis, dass diese Ausbildungen in der Regel an oder in Verbindung mit Universitäten oder Krankenanstalten zu erfolgen haben.