



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN paper

29

Gesundheitsförderung als Beitrag zur Entwicklung der österreichischen Long Term Care?

Konzeptuelle Überlegungen und ExpertInnen-
einschätzungen

Karl Krajic und Carolin Schmidt

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dwi@oegkk.at

Linz 2010

stab
des Ludwig Boltzmann Institute
Health Promotion Research



Projektleitung:

Univ. Doz. Dr. Karl Krajcic

Projektmanagement:

Mag.^a Carolin Schmidt

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Mag.^a Carolin Schmidt

Univ. Doz. Dr. Karl Krajcic

Sekretarielle Unterstützung:

Gabriele Bocek

Danuta Fehrmann

In Kooperation mit:

GÖG – Fonds Gesundes Österreich

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

WIG - Wiener Gesundheitsförderung

Kontakt:

Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research

Karl Krajcic

Untere Donaustraße 47/3

1020 Vienna

T.: 01/ 21 21 493 – 10

office@lbihpr.lbg.ac.at

<http://lbihpr.lbg.ac.at>

Inhalt

1	Gesundheitsförderung in der Long Term Care	4
1.1	Warum eine Analyse über Bedarf und bisherige Initiativen für Gesundheitsförderung in der LTC?	5
1.2	Konzeptuelle Überlegungen zu „Long Term Care“	6
1.2.1	<i>Englische oder deutsche Begrifflichkeit?</i>	6
1.2.2	<i>LTC als wissenschaftlicher Begriff</i>	7
1.2.3	<i>Settings der LTC</i>	8
1.3	LTC in Österreich	8
1.3.1	<i>Bedarf nach LTC in Österreich – Entwicklung und Prognosen</i>	8
1.3.2	<i>Strukturen der LTC in Österreich</i>	9
1.3.2.1	Informelle, mobile und stationäre Betreuung	9
1.3.2.2	Personelle Ressourcen	10
1.3.2.3	Trägerorganisationen	11
1.3.2.4	Ausgaben	11
1.3.2.5	Wie ist die politische Verantwortung für LTC derzeit geregelt?	12
1.4	Was kann Gesundheitsförderung in der LTC bedeuten?	13
1.4.1	<i>Ein systemtheoretisch fundierter Vorschlag zum Verständnis von Gesundheitsförderung in organisationalen Settings</i>	14
1.4.2	<i>Exemplarische Konkretisierungen von GF für Settings der LTC</i>	17
1.5	Durchführung der Status Quo Analyse	20
2	Bedarf nach Gesundheitsförderung in der Long Term Care	22
2.1	Stationäres Setting	22
2.2	Teilstationäres Setting	24
2.3	Mobiles Setting	25
3	Initiativen zur Gesundheitsförderung in der Long Term Care	27
4	Welche Rahmenbedingungen hat / braucht Gesundheitsförderung in der LTC?	29
4.1	Fragmentierte politische Verantwortungen und Entscheidungsfindungen	29
4.2	Finanzierung	31
4.3	Professionalisierung	31
4.4	Wissenschaft und Forschung	33
5	Zusammenfassung und Fazit	34
	Literatur	37
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	39

1 Gesundheitsförderung in der Long Term Care

Dass Gesundheitsförderung eine Strategie ist, die im Gesundheitswesen, im System der Krankenbehandlung und seinen Organisationen sinnvoll eingesetzt werden kann, belegen Aktivitäten, Projekte und wissenschaftlichen Studien seit nunmehr 20 Jahren. Vor allem rund um das WHO Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ist ein Kommunikationszusammenhang entstanden, in dem sich schon lange nicht mehr die Frage stellt, ob ein Einsatz von Gesundheitsförderungsperspektiven und –strategien in diesem Kontext Sinn macht. Auch in Bezug auf das „Was“ und das „Wie“ der Gesundheitsförderung – vor allem in Akutkrankenhäusern – wissen wir schon einiges. Insbesondere ist bekannt, dass Gesundheitsförderung in (Qualitäts-) Entwicklungsstrategien im Gesundheitsbereich eingebaut werden kann – mit einem Spektrum von Einzelmaßnahmen bis zu umfassenden (Organisations-) Entwicklungsstrategien. Wir wissen auch schon einiges darüber, wie Krankenhäuser und Gesundheitsberufe prinzipiell dabei unterstützt werden können, Gesundheitsförderung sinnvoll zu nützen – auch wenn deren Potential noch in keiner Weise ausgeschöpft ist (zu einem Überblick vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Aber wie steht es mit dem Einsatz von Gesundheitsförderung in dem Bereich, der in der Alltagssprache „die Pflege“ genannt wird? Welche Rolle kann Gesundheitsförderung in der Entwicklung dessen, was in der Gesundheitssystemforschung „Long Term Care“ (LTC) genannt wird, in Österreich spielen? Dies zu untersuchen ist die Zielsetzung der Programmlinie „Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung und –pflege“ des 2008 neu gegründeten Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, die als neuer, innovativer Bereich die schon vergleichsweise etablierten Perspektiven zu Schulen und Krankenhäusern in der Forschung zur Gesundheitsförderung in organisationalen Settings ergänzen soll (siehe dazu auch die Website des Instituts <http://lbihpr.lbg.ac.at/>).

Der hier vorliegende Text stellt in seinem empirischen Kern Zwischenergebnisse einer im Jahr 2009 durchgeführten ExpertInnenbefragung dar. Inhaltlich geht es um Bedarf, bisherige Initiativen und förderliche / hinderliche Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in den unterschiedlichen Bereichen (Settings) der Long Term Care. Dabei werden unterschiedliche Perspektiven einbezogen: ExpertInnen aus dem politisch-administrativen System (insbesondere aus den Sozialabteilungen der Bundesländer), aus dem Bereich der Leistungsanbieter (große Trägerorganisationen) sowie aus relevanten wissenschaftlichen Disziplinen.

In einem ersten Schritt werden die Gründe für die Durchführung einer solchen Studie dargestellt. In einem zweiten Schritt wird der bisher noch nicht sehr verbreitete Begriff „Long Term Care“ erklärt. Im dritten Abschnitt findet sich ein Überblick über wichtige Merkmale der LTC in Österreich. Dabei geht es um Bedarf (Stand, Entwicklung und Prognosen), derzeitige Versorgungsstrukturen und politische Steuerung. Im vierten Teil wird ein Konzept von Gesundheitsförderung skizziert, das – aufbauend auf Literatur und theoretischer Entwicklungsarbeit - für den Sektor LTC angemessen erscheint und sich im Rahmen von Vorträgen und der ExpertInnenstudie als anschlussfähig gezeigt hat.

Im zweiten Kapitel werden die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung zum Bedarf nach Gesundheitsförderung für die relevanten Zielgruppen in den unterschiedlichen Settings der LTC darge-

stellt (stationär, teilstationär, mobil).

Im dritten Kapitel werden Grundzüge der aktuellen Projekt- und Initiativenlandschaft der GF in der LTC eingeschätzt, beziehungsweise werden die Grenzen der Leistungsfähigkeit der ExpertInnenbefragung für diese Analyse diskutiert.

Das vierte Kapitel stellt die ExpertInnenperspektiven zu den relevanten Rahmenbedingungen dar. Dabei wird spezifisch auf politische Steuerung, Finanzierung, Professionalisierung sowie Wissenschaft und Forschung eingegangen.

Das abschließende Fazit fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und versucht, Impulse für weitere Forschung und Entwicklung zu geben.

1.1 Warum eine Analyse über Bedarf und bisherige Initiativen für Gesundheitsförderung in der LTC?

Gesundheitsförderung in der LTC ist bisher wissenschaftlich und praktisch noch kaum entwickelt und erprobt. Oder anders formuliert: Das Potential von Gesundheitsförderung, die LTC beziehungsweise einzelne organisationale Settings der LTC in Richtung „mehr Gesundheit“ zu entwickeln, wurde noch kaum genutzt. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung in der LTC tatsächlich eine neue, innovative Strategie unter Nutzung des Settingansatzes dar. (vgl. exemplarisch Schaeffer/Büscher 2009; zwei Papiere zur Literaturanalyse, erstellt von der Universität Bielefeld als Partner des LBIHPR, erscheinen demnächst).

Wenn man eine Strategie in einem neuen Kontext umsetzen will – das ist die Perspektive insbesondere auch der Praxispartner des LBIHPR (Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wiener Gesundheitsförderung und Fonds Gesundes Österreich) – ist es ratsam, diese entsprechend anzupassen. Als Basis dafür wird benötigt: Wissen über wichtige Akteure (Personengruppen, Organisationen) und deren Perspektiven, über zentrale Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in Leistungserbringung und Steuerung, und über gesellschaftliche Wahrnehmung dieser Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Wenn man Entwicklungs- beziehungsweise Veränderungsstrategien anbieten will, ist es nützlich, zu verstehen, was im jeweiligen Bereich beziehungsweise seiner Umwelt problematisiert wird, wo Entwicklungs- beziehungsweise Veränderungsbedarf gesehen wird, und welche Potentiale für die angezielte / vorgeschlagene Richtung bestehen.

Dabei ist sowohl „universelles“ Wissen relevant – das sich auf LTC unabhängig vom spezifischen Kontext bezieht - aber auch Wissen über konkrete nationale, regionale und lokale Strukturen und Prozesse von LTC. Besonders wichtig ist es natürlich auch, zu klären, ob Gesundheitsförderung in diesem Kontext bisher schon angewandt wurde und was die Erfahrungen dabei waren – damit keine Verdoppelung, sondern Weiterentwicklung erfolgen kann. Und es ist auch wichtig, zu überprüfen, ob ähnliche / verwandte Strategien (auch wenn sie nicht unter dem Namen „Gesundheitsförderung“ laufen) eingesetzt werden, damit schon vorweg deutlich wird, wie Gesundheitsförderung einen „added Value“ erzeugt und nicht als Verdopplung oder nur als Umbenennung erscheint.

Für Österreich schien eine Status Quo Analyse als Ausgangspunkt umso notwendiger, als eine systematische, aktuelle Wissens- beziehungsweise Datenbasis über die LTC in der notwendigen Detailliertheit und Differenzierung erst im Entstehen begriffen ist.

Aus der Perspektive der (internationalen) Gesundheitssystemanalyse wird die Darstellung und

Analyse von LTC zunächst durch ihre Stellung im Übergangsfeld zwischen Krankenbehandlung und sozialer Hilfe mit ihren unterschiedlichen professionellen Konzepten, Handlungsschemata und Organisationsformen erschwert. Diese Mehrfachzuordnung schlägt sich meist auch im Bereich politischer Steuerung in Form von komplexen, häufig intransparenten Konstellationen nieder. Auch in Österreich ist LTC durch eine unübersichtliche verfassungsrechtliche Kompetenzsituation charakterisiert. Vor allem im Bereich der LTC für alte und hochaltrige Menschen gibt es ein komplexes Geflecht von Bundes-, Landes- und Gemeindekompetenzen. Für eine empirische Untersuchung heißt das: Es sind erhebliche regionale Unterschiede auch innerhalb Österreichs zu erwarten. Wir müssen beispielsweise mit Unterschieden zwischen den Bundesländern (in Regelung und Umsetzung) als auch innerhalb der Länder zwischen Gemeinden beziehungsweise Gemeindeverbänden (hier vor allem in Bezug auf Umsetzung) rechnen.

Das bedeutet auch, dass die Möglichkeiten des Bundesstaats, gemeinsame Perspektiven in Hinblick auf Qualität (Struktur, Prozess, Ergebnis) durchzusetzen, oder zumindest Transparenz in Bezug auf die Gesamt-Situation der LTC zu erzeugen, derzeit sehr begrenzt sind (vgl. dazu auch Kap. 1.3). Umso wichtiger ist daher die hier dargestellte Analyse mit ihrem spezifischen Fokus auf Gesundheitsförderung in der LTC, deren Ergebnisse im Rahmen dieses Berichts vor allem mit Blick auf die Gemeinsamkeiten dargestellt wurden.

1.2 Konzeptuelle Überlegungen zu „Long Term Care“

1.2.1 Englische oder deutsche Begrifflichkeit?

Warum wird in diesem Text primär der englische Begriff „Long Term Care“ beziehungsweise LTC verwendet und nur gelegentlich eine deutsche Übersetzung?

Wichtigstes Argument ist, dass es keine konsentrierte deutsche Übersetzung gibt. Wir sehen einen wichtigen Grund für diese Schwierigkeit zunächst in der Mehrdeutigkeit des englischen Begriff „Care“, der als Pflege, Betreuung oder auch Versorgung übersetzt werden kann – jeweils mit unterschiedlichen Konnotationen. „Pflege“ ist im Verständnis sehr nahe an der wiederum relativ stark körperlich / medizinisch orientierten Berufstätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflege geführt (im Englischen „Nursing“). Betreuung erscheint demgegenüber vorwiegend psychosozial konnotiert und hat damit ebenfalls einen Bias. Der Versorgungsbegriff impliziert aus unserer Perspektive eher stark eingeschränkte, eben versorgungsbedürftige PatientInnen oder KlientInnen (im Gegensatz zu vielleicht unterstützungsbedürftigen Menschen) und erscheint uns daher gerade im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung fragwürdig – auch weil er in Österreich so nicht etabliert ist. So wurde in der Diskussion in den letzten Jahren von der „Pflegevorsorge“ gesprochen, als Übertitel für alle Geld- und Sachleistungen rund um Unterstützungsbedürftigkeit. Dieser Terminus wird aktuell vor allem von (privaten) Versicherungen verwendet, die damit ihre Produkte zur Absicherung der vor allem finanziellen Auswirkungen von Risiken der Pflegebedürftigkeit beschreiben.

Für den aktuellen offiziellen Gebrauch kann man die Website des Bundessozialministeriums heranziehen, die vom Bereich „Pflege und Betreuung“ als Überbegriff für 24-Stunden Betreuung,

Betreuende Angehörige, Pflegegeld und Soziale Dienste spricht¹. In Deutschland scheint der Begriff „Langzeitversorgung“ geläufig und akzeptabel, in Österreich wird er aber eher selten verwendet– eine Ausnahme ist das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, das einen Arbeitsbereich „Alten- und Langzeitversorgung“ ausweist.

Vor diesem Hintergrund erscheint uns für den österreichischen Kontext eine Übersetzung ins Deutsche in der Form „Langzeitbetreuung und –pflege“ (in der Intensität aufsteigend formuliert) am ehesten angemessen. Für den wissenschaftlichen Gebrauch in diesem Text bleiben wir aber bei der englischen Fassung Long Term Care beziehungsweise LTC.

1.2.2 LTC als wissenschaftlicher Begriff

Ein aktueller, für den derzeitigen Stand der Diskussion in der Forschung typischer Definitionsversuch (Evashwick 2005), beschreibt LTC entlang folgender Linien:

- LTC umfasst ein breites Spektrum gesundheitlicher, gesundheitsbezogener und sozialer Einrichtungen, Dienste und Unterstützungsleistungen;
- LTC wird auf formeller (= als Berufstätigkeit) und informeller Basis erbracht;
- Zielgruppe der LTC sind Menschen mit mittel- und langfristiger funktionaler Beeinträchtigung, das heißt Beeinträchtigung in ihrer Selbständigkeit;
- Primäres Ziel von LTC ist nicht Heilung, auch nicht Versorgung, sondern eine Maximierung der Unabhängigkeit von NutzerInnen / KlientInnen / PatientInnen.

Schaeffer/Büscher (2009) argumentieren, dass ein solches Konzept von LTC aus Gesundheitsförderungsperspektive schon deshalb bedeutsam ist, weil es sich vom zumindest in Deutschland geläufigen Verständnis von Langzeitversorgung als „Restversorgung“ deutlich unterscheidet. In diesem Verständnis von Restversorgung wird – vereinfacht gesagt - mit der Hintergrundannahme operiert, dass im Pflegefall keine kurativen, präventiven oder gar gesundheitsförderlichen Potentiale mehr vorhanden sind. In einer „Restversorgung“ wäre die Frage nach Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der LTC zumindest für die Gruppe der NutzerInnen von vorne herein sinnlos.

Um welche Gruppen geht es in der LTC? Wenn man die Quelle von mittel- und langfristigen funktionalen Beeinträchtigungen unterscheidet, so sind der LTC prinzipiell die Bereiche Behinderung, psychiatrische Langzeitversorgung und Betreuung und Pflege für ältere Menschen zuzuordnen. Zusätzlich sind auch Menschen zu berücksichtigen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung (stark) funktional beeinträchtigt sind. Das betrifft natürlich wiederum vor allem ältere Menschen, bei denen chronische Krankheiten häufig zu einer beschleunigten funktionalen Beeinträchtigung führen, aber auch bei jüngeren Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen scheint es sinnvoll, von einer Zielgruppe der LTC zu sprechen.

Im Rahmen seines Forschungsprogramms hat sich das LBIHPR – in Abstimmung mit seinen wissenschaftlichen und Praxispartnern – entschieden, vor allem auf jene Settings zu fokussieren, in denen primär alte und hochaltrige Menschen leben beziehungsweise im Rahmen der LTC betreut werden – so auch der Fokus der in dieser Arbeit dargestellten ExpertInnenstudie.

1 <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0011> zuletzt abgerufen 2009-11-09

1.2.3 Settings der LTC

Die Gesamtausrichtung des LBIHPR an der Analyse von Gesundheitsförderung in organisationalen Settings führt zur Frage, welche Settings oder „Lebenswelten“ in der LTC unterschieden werden können. Dabei lassen sich folgende, vor allem (auch) für die Betreuung von alten und hochaltrigen Menschen relevante Bereiche identifizieren:

- Stationärer Sektor: Alten- und Pflegeheime; Betreutes Wohnen / Seniorenwohngemeinschaften; geriatrische Abteilungen von Akutkrankenhäusern, etc.
- Teilstationärer Sektor: Tagesbetreuungseinrichtungen für alte Menschen.
- Ambulanter / mobiler Sektor: institutionalisierte mobile Betreuung und Pflege; Informelle Betreuung und Pflege und Kombinationen.

1.3 LTC in Österreich

1.3.1 Bedarf nach LTC in Österreich – Entwicklung und Prognosen

Um festzustellen, wie hoch der Bedarf an LTC ist, bietet sich in Ländern wie Österreich als Indikator die Zahl der BezieherInnen von Bundes- oder Landespflegegeld an. Als pflegebedürftig gilt, wer aus der Perspektive eines ärztlichen Gutachters monatlich mehr als 50 Stunden Hilfeleistungen benötigt.

Die Größe dieser Gruppe ist beträchtlich: Unter Nutzung des Indikators „Pflegegeldbezug“ gab es in Österreich Ende 2007 411.976 „pflegebedürftige“ Personen, das waren fünf Prozent der Wohnbevölkerung (BMSK 2008).

Der überwiegende Teil – nämlich 82 Prozent - der PflegegeldbezieherInnen ist über 60 Jahre alt und gehört damit zur Gruppe der älteren, alten und hochaltrigen Menschen (ebd.).

Seit 1996 ist die Zahl der PflegegeldbezieherInnen um ca. 25 Prozent gestiegen (Mühlberger et al. 2008). Dieser Anstieg des Unterstützungs- und Pflegebedarfs hat sich auch in einer Steigerung der Ausgaben für die LTC niedergeschlagen. Eine Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts (Mühlberger et al. 2008) spricht von Ausgaben von Bund und Ländern² für den „Pflegebereich“ von 3,3 Mrd. €, mit einer Steigerung seit 1994 um 50 Prozent.

2 Der in diesem Bereich durchaus relevante Bereich der Gemeindeausgaben wurde von Mühlberger et al. 2008 aufgrund von Daten- und Zuordnungsproblemen nicht klar quantifiziert.

Tabelle 1: Prognose der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006		Landespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	
	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
2006	334.162	334.162			58.958	58.958		
2010	381.319	381.319	14,1	14,1	60.682	60.137	2,9	2,0
2015	401.569	419.355	20,2	25,5	60.460	62.156	2,6	5,4
2020	410.825	449.435	22,9	34,5	60.428	63.991	2,5	8,5
2025	435.226	493.752	30,2	47,8	62.805	65.760	6,5	11,5
2030	472.179	551.886	41,3	65,2	63.862	71.197	8,3	20,8

Q: WIFO-Berechnungen.

Quelle: Mühlberger et al 2008 S. 33

Für die 25 Jahre zwischen 2006 und 2030 sind nach dieser Studie erhebliche Bedarfs- und Ausgabenzunahmen zu erwarten. In Bezug auf die Zahl der betroffenen Personen wird mit einem Anstieg zwischen 41 Prozent und 65 Prozent gerechnet³ (vgl. Tabelle 1 unten).

1.3.2 Strukturen der LTC in Österreich

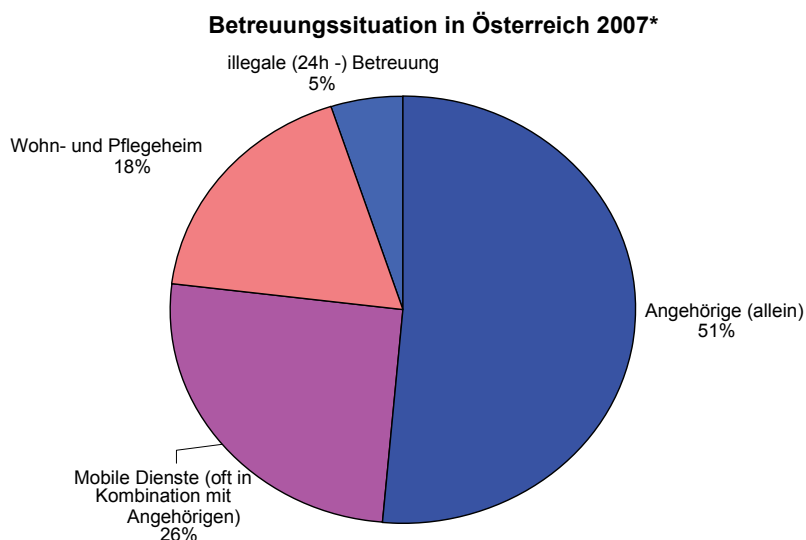
1.3.2.1 Informelle, mobile und stationäre Betreuung

82 Prozent der PflegegeldbezieherInnen werden in häuslicher Umgebung betreut beziehungsweise gepflegt (Schätzung; n = 390.000, Ruddy/Marschitz 2008, siehe Grafik 1 unten). Für den Personenkreis der häuslich Betreuten kann generell angenommen werden, dass in den allermeisten Fällen zumindest ein Teil der Betreuungsarbeit von sozialen beziehungsweise familiären Netzwerken übernommen wird. Knapp die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen wird dabei ohne die Inanspruchnahme institutioneller Betreuungsangebote betreut beziehungsweise gepflegt, bei einem Viertel oder ca. 100.000 Personen übernehmen mobile Dienste zumindest einen Teil der Leistungen.

Der Anteil der stationär untergebrachten PflegegeldbezieherInnen betrug 2007 etwa 18 Prozent. Es gab insgesamt ca. 70.107 Plätze in Wohn- und Pflegeheimen, dies entspricht einer Versorgungsdichte von 108 Plätzen pro 1.000 Personen über 75 J.

³ „Jene Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein – nämlich jene der über 80-Jährigen – wird bis 2030 am stärksten anwachsen. Während die Gruppe der 60- bis 79-Jährigen zwischen 2006 und 2030 um 50 % und jene der über 60-Jährigen um 55 % wachsen werden, wird sich die Alterskohorte der über 80-Jährigen im gleichen Zeitraum um 73 % erhöhen. Im Vergleich dazu wird sich die Bevölkerung unter 60 Jahre um 5 % reduzieren“ (S.16)

Abbildung 1: Betreuungssituation in Österreich 2007



1.3.2.2 Personelle Ressourcen

Eine Studie des ÖBIG berichtet für das Jahr 2002 über 21.000 vollzeitäquivalente Arbeitsplätze im stationären Bereich der LTC, und weitere ca. 8.000 Vollzeitäquivalente in den mobilen sozialen Diensten (vor allem von HeimhelferInnen) (Schaffenberger & Pochobradsky 2004). Eine weitere Studie des ÖBIG aus dem Jahr 2006 (Nemeth et al. 2006) versuchte eine detailliertere Rekonstruktion der Beschäftigung im LTC-Bereich mit Hilfe einer Einrichtungsbefragung; die Ergebnisse sind auf Grund des zwar für eine Befragung sehr guten, aber doch beschränkten Rücklaufs von knapp über 60 Prozent nicht direkt mit den oben genannten Werten vergleichbar. Die Beschäftigten kommen aus einer Vielzahl von Gesundheits-, aber auch Sozialbetreuungsberufen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht über die im Langzeitbereich hauptsächlich tätigen Berufsgruppen

Gesundheitsberufe	Sozialbetreuungsberufe
Diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen	Diplomierte BehindertenpädagogInnen
Dipl. psychiatr. Gesundheits- u. Krankenpflegeters.	Behinderten(fach)betreuerInnen
PflegehelferInnen	AltenfachbetreuerInnen
	AltenhelferInnen
	HeimhelferInnen
	FamilienhelferInnen

Quelle: (Nemeth et al 2006); Studie über Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006.

Zur Schätzung der Anzahl der pflegenden Angehörigen (ab 18 Jahren) kann auf den Mikrozensus 2002, eine repräsentative Befragung der Gesamtbevölkerung, zurückgegriffen werden. Auf dieser Basis wird die Zahl der Personen, die Angehörige „pflegerisch“ (im weiten Sinn) betreuen, auf 425.900 Personen geschätzt⁴ (das sind 6,7 Prozent der Bevölkerung ab 18 J.), 66 Prozent davon Frauen. Der Zeitaufwand für die Betreuung belief sich bei 75 Prozent der erfassten Personen auf mehr als 5 Stunden pro Woche, bei 25 Prozent auf mehr als 15 Stunden, wobei die Gruppe der weiblichen Betreuungspersonen einen deutlich höheren Zeitaufwand aufwies (Statistik Austria 2002).

In einer älteren Schätzung wurde argumentiert, dass die informell geleistete Betreuungsarbeit im Jahr 1997 etwa 261.075 fiktiven Vollzeitäquivalenten entsprach (Schätzung von U.Schneider und A.Österle, zitiert bei Krenn et al. 2004).

1.3.2.3 Trägerorganisationen

Stationäre Leistungen werden in Österreich primär von öffentlichen beziehungsweise gemeinnützigen Trägern organisiert: Im Jahr 2000 waren insgesamt 761 Wohn- und Pflegeheime in Österreich registriert, von diesen wurden 51 Prozent von öffentlichen, 27 Prozent von gemeinnützigen, und 22 Prozent von gewinnorientierten Trägern geführt (Nam 2003). Mobile Dienstleistungen wurden zu 90 Prozent von Wohlfahrtsverbänden (gemeinnützig - privat) erbracht.

1.3.2.4 Ausgaben

Die Verteilung der Gesamtausgaben für Langzeitbetreuung und -pflege auf Staat, Wohlfahrtsverbände und Private ist in einer Übersichtsform nicht verfügbar. Bislang wurde nur der öffentliche Gesamtaufwand berechnet: 2005 wurden insgesamt ca. 2,2 Mrd. Euro an öffentlichen Mitteln für das Langzeitbetreuungssystem ausgewiesen (BMSK, 2007), das entspricht ca. 0,9 Prozent des BIP. Die privaten Kosten der Pflege sind nicht genau bekannt, weder was konkrete monetäre Ausgaben für Sachleistungen, Medikamente etc. anbelangt, noch die indirekten Kosten, die unter anderem aus der Erbringung von unbezahlter informeller Betreuungsarbeit entstehen (Österle/Hammer 2004). Der Wert der informellen Pflege und Betreuung wird auf 2-3 Mrd. Euro geschätzt (Schneider et al. 2006). Der Anteil der Nutzerbeiträge an den Gesamtkosten der Sachleistungsausgaben, die sich 2004 auf 1,32 Mrd. Euro für stationäre und 444,7 Mrd. Euro für mobile Pflege und Betreuung beliefen, beträgt ca. 35 Prozent. Ein Erhebungsversuch bezüglich der Eigen-Beiträge der Wohlfahrtsverbände, die sich zum Teil auch über Spendengelder finanzieren, blieb im Rahmen der Studie von Schneider et al. 2006 erfolglos.

4 Diese geschätzte Anzahl der „pflegenden- beziehungsweise betreuenden“ Angehörigen wurde mittels Mikrozensusbefragung ohne Relation zu einem allfälligen Pflegegeldbezug ermittelt. Der genaue Wortlaut der Fragestellung war: „Betreuen Sie derzeit Angehörige/Bekannte mit länger andauernden gesundheitlichen Problemen?“ Die auf Basis der gleichen Mikrozensushebung geschätzte Anzahl der so betreuten Angehörigen betrug 464.800 Personen. Das sind deutlich mehr als die Pflegegeldbezieher, aber auch weniger als die Schätzung von Schneider et al 2006 – hier sind möglicherweise viele nicht einbezogen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen wohnen.

1.3.2.5 *Wie ist die politische Verantwortung für LTC derzeit geregelt?*

Die spezifische Situation der LTC wird durch einen Vergleich mit der Krankenbehandlung deutlich: (Akut-)Krankenbehandlung in Österreich ist ein Rechtsanspruch, der durch eine Kombination von Sozialversicherungs- und wohlfahrtsstaatlichen Elementen fast allen Mitgliedern der Wohnbevölkerung zur Verfügung steht. Die Politik engagiert sich ganz erheblich sowohl in Bezug auf rechtliche Regelungen, für öffentliche Finanzierung und schließlich auch Organisation von Gesundheitsdienstleistungen durch öffentliche Einrichtungen (diese Typologie politischer Interventionen in den Gesundheitsbereich übernommen von Forster et al. 2004). Die Privathaushalte beteiligen sich (über Versicherungsbeiträge und Steuern hinaus) im Rahmen von (einkommens-abhängigen) Selbstbehalten, durch den Zukauf von erweiterten Leistungen in Form von Privatversicherungen, durch Honorare für privat tätige GesundheitsdienstleisterInnen („WahlärztInnen“ und andere TherapeutInnen), durch privat bezahlte Medikamente etc. Beobachtbar ist also ein hohes Ausmaß an staatlicher Intervention, öffentlicher Verantwortungsübernahme und finanzieller Absicherung (ca. 70 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben; EHCI 2007). Dank jahrzehntelangem Ausbau und Modernisierungsaktivitäten verfügt Österreich heute über ein überdurchschnittlich ausgebautes, extensiv und intensiv genutztes Krankenbehandlungssystem, das vor allem im stationären Bereich im absoluten Spitzenfeld aller OECD Länder liegt.

Demgegenüber weist der LTC-Sektor in Österreich ein sehr viel geringeres Ausmaß an staatlicher Intervention auf. Viel Verantwortung bleibt bei den Betroffenen beziehungsweise deren Familien - der Zugang zu professionellen Leistungen ist deutlich schwieriger als in der Krankenbehandlung. Zugespitzt kann formuliert werden: „Pflegebedarf“ wird als privat abzusicherndes Risiko verstanden, und ein Großteil der Betreuungs- und Pflegeleistungen werden informell erbracht. In Bezug auf die oben angesprochene Trias möglicher politischer Interventionen in den Bereich – rechtliche Regelung, öffentliche Finanzierung und öffentliche Organisation von Leistungen – wird in Beschreibungen der österreichischen LTC vor allem der Finanzierungsaspekt als zentrales Charakteristikum der LTC Politik herausgestrichen – wir beschränken uns in der Darstellung deshalb primär auf diesen Aspekt.

Seit Anfang der 1990er Jahre werden die Betroffenen und ihre Familien durch das Pflegegeld unterstützt, das sind bedarfsabhängige Geldleistungen (in Nachfolge des früheren „Hilflosenzuschusses“ zu Pensionszahlungen). Pflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen ausgezahlt. Öffentliche Akteure sind darüber hinaus noch „subsidiär“ in der LTC engagiert: Wenn die finanzielle Leistungsfähigkeit der Betroffenen (Einkommen und Vermögen) die Kosten einer Betreuung im Rahmen der LTC nicht decken kann, springt die „öffentliche Hand“ zusätzlich – im Rahmen von Sozialhilfeleistungen - ein. Und schließlich ist die öffentliche Hand auch als Träger von LTC Organisationen (Investitionen und Abdeckung von Defiziten, vor allem im stationären Bereich) beziehungsweise (Teil-) Financier von privat erbrachten Leistungen (stationär und mobil) beteiligt.

Die Kompetenzlage stellt sich folgendermaßen dar: Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden primär auf Länderebene entschieden (im Rahmen des Sozialbereichs!) - nur in wenigen Bereichen hat der Bund Grundsatzkompetenzen. Die Durchführung von Sozialhilfe ist prinzipiell Aufgabe der Gemeindeebene, allerdings finanziert der Bund aus seinen Steuereinnahmen den überwiegenden Teil der Kosten der LTC (Verteilung der Steuereinnahmen im Zuge des Finanzausgleichs an Länder und Gemeinden). Bereitgestellt werden Betreuungs- und Pflegeleistungen

vor allem auf der Ebene der Gemeinden beziehungsweise Gemeindeverbände, (durch öffentliche Akteure beziehungsweise meist unter Beteiligung öffentlicher Akteure) mit unterschiedlich starker Involvierung der Länder.

Als These kann formuliert werden, dass die kompetenzrechtliche Situation eine – auch im Vergleich zum ebenfalls komplexen Krankenbehandlungssystem – ausgeprägt intransparente Situation erzeugt, in der mit starken Variationen von Zugänglichkeit, Qualität und Kosten von Leistungen gerechnet werden muss. Die Strukturen der formellen Betreuung und Pflege werden aus der Perspektive vieler Experten als nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht gestaltet und in vielen Bereichen auch nicht als flächendeckend aufgebaut bewertet.⁵ (siehe auch Kommentare der befragten ExpertInnen zu den Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung im Kapitel 4).

1.4 Was kann Gesundheitsförderung in der LTC bedeuten?

Braucht es eine spezifische Definition von Gesundheitsförderung für die LTC? Wie explizit muss diese sein, um für Analysen einerseits und Entwicklungsvorhaben andererseits nützlich zu sein? Und brauchen wir in diesem Zusammenhang auch einen expliziten Gesundheitsbegriff? Das sind wichtige wissenschaftliche Fragestellungen, die im Rahmen der hier vorgelegten primär empirisch orientierten Arbeit natürlich nicht endgültig beantwortet werden können - trotzdem war es uns wichtig, eine grundlegende Orientierung zur Diskussion zu stellen.

Wir folgen in den hier dargestellten Argumentations-Skizzen dem systemtheoretisch fundierten Vorschlag von Pelikan, Gesundheitsförderung nicht primär als politische Bewegung, auch nicht primär als wissenschaftliche Disziplin, sondern vor allem als komplexe (gesundheitsbezogene) Interventionsstrategie zu verstehen, vergleichbar mit Krankenbehandlung und Krankenpflege, mit Krankheitsprävention und mit Gesundheitsschutz (Pelikan 2007). Insbesondere, wenn eine solche vergleichsweise „neue“ Interventionsstrategie einem Bereich angeboten wird, in dem es schon bisher um Gesundheit beziehungsweise Krankheit gegangen ist, so stellt sich die Frage, was der spezifische Nutzen, der „added value“ sein kann, mit einer Gesundheitsförderungsperspektive auf den Bereich zu schauen, um bisherige Interventionsstrategien zu reflektieren und vielleicht zu verändern. Wir orientieren uns in diesem Abschnitt an der Argumentation, die Jürgen Pelikan in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in der Krankenbehandlung publiziert hat.

Eine erste wichtige Frage dabei ist, wessen Gesundheit durch Gesundheitsförderung verbessert werden soll. Eine erste Antwort darauf: Grundsätzlich ist von drei Hauptzielgruppen auszugehen, auf die gesundheitliche Effekte (intendiert oder nicht intendiert) erwartet werden können:

- NutzerInnen (BewohnerInnen / KlientInnen / PatientInnen / KundInnen)
- Angehörige (in ihren Rollen als informelle BetreuerInnen und als vom Schicksal der NutzerInnen prinzipiell Betroffene)
- MitarbeiterInnen

⁵ Nach den von Ungerson (2002) für internationale Vergleiche von Politiken im Feld der Langzeitbetreuung entwickelten allgemeinen Kriterien ist das österreichische Langzeitbetreuungssystem zum einen durch ein schwaches Ausmaß an staatlicher Regulierung, und zum anderen durch ein hohes Maß an informeller beziehungsweise wenig bezahlter bis unentgeltlich geleisteter Pflege- und Betreuungsarbeit zu charakterisieren (zit. nach Österle / Hammer, 2004).

Zusätzlich können auch indirekt Betroffene (Nachbarn von Pflegeeinrichtungen, BewohnerInnen der Gemeinden, etc.) als „By-stander“ in Analysen und allfällige Interventionen einbezogen werden. Gerade wenn man die möglichen Zielgruppen von Gesundheitsförderung in der LTC relativ weit fasst, und die Gesundheit der NutzerInnen mit einschließt, wird deutlich, dass eine Orientierung an der alltagssprachlichen Gleichsetzung von Gesundheitsförderung mit (Krankheits-) Prävention nicht sehr hilfreich ist. Folgt man den Darstellungen der gesundheitlichen Situation der NutzerInnen der LTC als einer Gruppe mit einer sehr hohen Prävalenz von chronischen Krankheiten (z.B. im Sammelband „Alter, Gesundheit und Krankheit“ von Kuhlmeier, Schaeffer 2008), so macht es wenig Sinn, Gesundheitsförderung in diesem Bereich primär als Strategie zur Vermeidung von (Neu-) Erkrankungen anzubieten (im Sinne von Gesundheitsförderung als neuer Form, zumindest neuer Name für Krankheitsprävention). Damit wäre die Mehrzahl der NutzerInnen als Zielgruppe ausgeschlossen. Im gleichen Band wird aber – in mehreren Beiträgen – auf Konzepte verwiesen, an die hier in einer systematischen Weise angeschlossen wird: auf das Konzept der funktionalen Gesundheit, auf das subjektive Wohlbefinden und nicht zuletzt auf die Bedeutung sozialer Integration. Wir greifen diese Konzepte in der Folge in einem integrierten Modell auf.

1.4.1 Ein systemtheoretisch fundierter Vorschlag zum Verständnis von Gesundheitsförderung in organisationalen Settings

Wie schon angedeutet, wird (in Übereinstimmung mit Pelikan 2007a und Pelikan 2007b) vorgeschlagen, Gesundheitsförderung als eine von mehreren spezifischen Interventionsstrategien zu verstehen, geordnet nach den vorgeschlagenen Dimensionen positiver Gesundheit und dem primären Bezug auf die jeweilige autopoietische Selbstreproduktion von Körper, Psyche und sozialem Status (entwickelt auf Basis von Pelikan 2009).

Pelikan unterscheidet dabei insgesamt vier Strategien, und zwar Krankheitsprävention und Krankenbehandlung als krankheitsorientierte Strategien, und „Schutz“ und „Förderung positiver Gesundheit“ als gesundheitsorientierte Strategien. Diese vier Interventionstypen können nach ihrer Interventionslogik prinzipiell unterschieden werden, auch wenn konkrete fallbezogene Maßnahmen häufig nicht eindeutig einem Interventionstyp zuzuordnen sind.

Diese Typenbildung geht im Anschluss an verschiedene Konzepte der WHO beziehungsweise aktuelle gesundheitswissenschaftliche Diskussionen davon aus, dass Gesundheit nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern eine Qualität, die Voraussetzung und Ergebnis, Input und Output für die normale Reproduktion des Lebens ist und deren spezifische Ausprägung beziehungsweise Variation auch unabhängig von allfälligen Krankheitszuständen beobachtet werden kann. Dieser Vorschlag wurde bereits von Bauer/Davies/Pelikan 2006 in einem Artikel in Health Promotion International und dann von Pelikan in weiteren Arbeiten (Pelikan 2007b; Pelikan 2009) ausgearbeitet und – zuletzt auch mit Bezug auf Vorschläge vor allem aus dem Bereich der Psychologie (z. B. Seligmann 2008) - als „Positive Gesundheit“ bezeichnet.

Der Vorschlag, „Gesundheit als eine prinzipiell beobachtbare Qualität eines Lebewesens (zu) verstehen, die von diesem als autopoietischem System innerhalb einer relevanten Umwelt ständig durch Reproduktion (mit-)erzeugt werden muss“ (S.32), erscheint auch in der LTC für alte Menschen bedeutsam.

In diesem Bereich gibt es zumindest eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung, nämlich die unterstützungs-, betreuungs- beziehungsweise pflegebedürftigen NutzerInnen (im stationären Bereich BewohnerInnen), die in aller Regel eine beziehungsweise mehrere (chronische) Erkrankungen aufweisen, also im klassischen Verständnis der Medizin (gesund = ohne Befund) nicht gesund sind. Effektive Krankheitsbehandlung beziehungsweise –management, ebenso wie Sekundär- und Tertiärprävention sind für diese Gruppe sinnvolle und wichtige Strategien zur Verbesserung des Gesundheitszustands. Auch die prinzipielle Sinnhaftigkeit von Sekundär- beziehungsweise Tertiärprävention beziehungsweise primärer Prävention von (weiteren) Erkrankungen beziehungsweise Gesundheitsschutzmaßnahmen erscheint wenig begründungsbedürftig. Weniger selbstevident scheinen Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Zielgruppe der NutzerInnen. Ein Ansatzpunkt für eine eigenständige Positionierung der Gesundheitsförderung ist nach Pelikan 2009 „...die Klärung des Verhältnisses von positiver Gesundheit und Krankheit als prinzipiell parallele Aspekte der (Selbst-)Reproduktion. Die beiden Qualitäten schließen sich nicht aus (anders als lebendig oder tot sein) – im Gegenteil, Krankheit setzt immer positive Gesundheit voraus. Sie sind auch nicht völlig unabhängig voneinander. Im Zeitverlauf beeinflussen sie sich vielmehr gegenseitig: Gute positive Gesundheit bietet Schutz vor der Entstehung von beziehungsweise ist eine Ressource für die erfolgreiche Bewältigung von Krankheit und verbessert damit Lebensqualität und Lebenserwartung. Umgekehrt kann Krankheit – unter bestimmten Bedingungen – als Form der Auseinandersetzung mit Bedrohungen zwar auch dazu beitragen, Gesundheit nachhaltig zu erhalten, häufig greift Krankheit aber positive Gesundheit an und reduziert sie“ (Pelikan 2009).

Pelikan schlägt drei voneinander unterscheidbare, aber in ihrer Reproduktion zum Teil zusammenhängende Gesundheitsaspekte vor: Funktionstüchtigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität. Diese drei Aspekte von Gesundheit sind für jedes der drei strukturell gekoppelten Systeme Körper, Psyche, Sozialstatus eigens zu spezifizieren.

- Funktionstüchtigkeit bezieht sich auf objektivierbares persönliches Funktionieren und Leisten;
- Wohlbefinden auf subjektives persönliches Erleben und Fühlen (der persönlichen und situativen Umstände);
- Persönliche Attraktivität stellt darauf ab, wie andere Akteure der relevanten Umwelt eine Person hinsichtlich deren persönlicher körperlicher, psychischer und sozialer Merkmale beziehungsweise deren Aussehen wahrnehmen und bewerten. Angenommen wird, dass von anderen wahrgenommene beziehungsweise zugeschriebene Attraktivität zusätzlich zu objektivierbarer Funktionstüchtigkeit und subjektivem Wohlbefinden und unabhängig von diesen zum qualitativen und/oder quantitativen Überleben beiträgt. Auch persönliche Attraktivität ist nicht einfach gegeben, sondern muss kontinuierlich reproduziert, das heißt gepflegt und repräsentiert werden (Pelikan 2009).

Auf eine Diskussion, wie sich die hier vorgeschlagene Benennung dieser Dimension zu anderen Vorschlägen verhält, wird in diesem Stadium ausdrücklich verzichtet. Als bearbeitungsbedürftig markiert soll an dieser Stelle nur beispielsweise das Verhältnis zum schon oben angesprochenen, von der WHO propagierten Konzept „funktionale Gesundheit“, die Relation von „Wohlbefinden“ und „subjektiver Lebensqualität“ (aber auch „Well-being“, Wellness etc.) werden, ebenso

die Frage, wie sich das Konzept „Attraktivität“ zu Begrifflichkeiten der (sozialen) „Identität“ verhält. Beide Punkte führen aber in komplexe Theorie- beziehungsweise Forschungsdiskussionen, die eine rasche Lösung nicht wahrscheinlich sein lassen.

Zum besseren Verständnis werden in der folgenden Übersicht für die drei Gesundheitsaspekte im Anschluss an die Vorschläge von Pelikan Spezifikationen jeweils für die Systeme Körper, Psyche und sozialen Status vorgeschlagen. Jede der neun dabei definierten Zellen der Matrix beziehungsweise der exemplarisch in den Zellen spezifizierten Themenbereiche kann prinzipiell zum Gegenstand / zum Ziel von gesundheitsbezogener Beobachtung beziehungsweise in der Folge von gesundheitsfördernden Maßnahmen werden – einzeln, in Kombination oder in einem umfassenden Sinn.

Tabelle 3: Exemplarische Spezifikation von Beobachtungskriterien für positive Gesundheit (entwickelt im Anschluss an Pelikan 2009)⁶

	Reproduktion der Systeme..		
Dimensionen positiver Gesundheit	Körper	Psyche	Sozialer Status
Funktionsstatus/ Leistungsfähigkeit von.. (durch Experten beurteilbar)	Sinnesorgane/ Nervensystem, Bewegungs- und Stützapparat, Stoffwechsel, Immunkompetenz	Mentale Leistungsfähigkeit <ul style="list-style-type: none"> • kognitiv • emotional • evaluativ 	Soziale Ressourcen: „Kapitalien“ (Bourdieu): ökonomisch, sozial (Netzwerke), kulturell
(subjektives) Wohlbefinden mit..	..der körperlichen Situation z.B. Schmerz(-freiheit)	der psychischen Situation	den verfügbaren ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen
Attraktivität des Individuums auf Grund von... (durch Andere wahrgenommen)	Schönheit, Leistungsfähigkeit, körperliche Gepflegtheit	Wahrnehmungsfähigkeit, Empathie, Unterscheidungsvermögen, Handlungsfähigkeit	Zugang zu sozialen Ressourcen: ökonomisch, sozial, kulturell

Schon ein rascher Blick auf die hier nur grob skizzierten Bereiche macht deutlich, wie – aus einem defizitorientierten Blickwinkel - prekär die gesundheitliche Situation von betreuungs- und pflegebedürftigen alten Menschen werden kann, beziehungsweise umgekehrt - ressourcenorientiert betrachtet – wie viele konkrete Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Interventionen für diese Gruppe gegeben sind.

In einem zweiten Schritt wird vorgeschlagen, Gesundheitsförderung in der LTC im Settings-Ansatz der Gesundheitsförderung zu konzipieren. Pelikan schlägt hier in seinem Beitrag „Gesund-

⁶ Darstellung geordnet nach den von Pelikan vorgeschlagenen Dimensionen positiver Gesundheit und dem primären Bezug auf die jeweilige autopoietische Selbstreproduktion von Körper, Psyche und sozialer Status.

heitsförderung durch Organisationsentwicklung“ vor, davon auszugehen, dass “[...] die Gesundheitsförderung in Settings darauf abzielt, in Individuen somato-psycho-soziale und in deren relevanten Umwelten materiell-kulturell-soziale, salutogene, das heißt ressourcenreiche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu stärken und zu entwickeln und gleichzeitig pathogene, das heißt riskante Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu schwächen.“ (Pelikan 2007a). Zugespitzt für organisationale Settings – das sind vor allem Settings oder Lebenswelten, die wesentlich durch Organisationen kontrolliert oder zumindest stärker beeinflusst werden – geht es um eine gesundheitsbezogene Optimierung in Bezug auf mehrere Aspekte:

- Gestaltung des Settings als „Lebensraum“ (Infrastrukturen und Kulturen für die Reproduktion von Personen) für alle Personengruppen, die sich dort mehr oder weniger lange aufhalten müssen und mehr oder weniger gesund körperlich und psychosozial reproduzieren können – wir haben die wichtigsten Zielgruppen für die LTC mit NutzerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörigen bereits oben benannt;
- Gestaltung der Organisationen als Arbeitsumwelt;
- Optimierung der geplanten Outputs an die Umwelt: Produkte und Dienstleistungen;
- Monitoring / Kontrolle der ungeplanten Outputs an die Umwelt beispielsweise Lärm, Abgase und Abfälle;
- Einflussnahme auf die Produzenten von Inputs.

(nach Pelikan 2007a, 79; explizite Unterscheidung geplante / ungeplante Outputs durch die AutorInnen)

Relevant für die Konzeptualisierung von Gesundheitsförderung in der LTC ist u.E. auch die von Leo Baric (1998) vorgeschlagene Unterscheidung „gesundheitsfördernder Settings“ von „Gesundheitsförderung in Settings“. Diese Unterscheidung bedeutet – einfach ausgedrückt – dass Gesundheitsförderung sowohl eine Gesamtentwicklung des Settings in Richtung auf Optimierung seines Gesundheitsimpacts bedeuten kann (z.B. nach den Prinzipien von Change Management, Organisationsentwicklung, etc.), als auch, dass das Setting zur Durchführung einzelner Gesundheitsförderungsinterventionen genutzt werden kann, ohne dass der Gesamtrahmen dadurch berührt werden muss.

Im Rahmen der Diskussion über Gesundheitsförderung in Settings wird argumentiert, dass eine wirksame und nachhaltige Implementierung von Gesundheitsförderung ohne (Mit-)Gestaltung des Kontextes wenig wahrscheinlich ist (z.B. bei Dooris et al. 2007), die Gesundheitsförderung also eine Präferenz für komplexe Interventionen haben sollte. Dieser Gesichtspunkt ist u.E. mit Blick auf die Reproduktionsbedingungen von Menschen, die von LTC betroffen / abhängig sind, besonders relevant – der nächste Abschnitt soll das verdeutlichen.

1.4.2 Exemplarische Konkretisierungen von GF für Settings der LTC

Wir skizzieren hier einige mögliche Konkretisierungen von Gesundheitsförderung in der LTC aus der aktuellen Literatur, um Problembezüge und Lösungsrichtungen deutlicher zu machen.

Wir fokussieren hier vor allem auf die NutzerInnen als Zielgruppe, weil es am wenigsten selbstverständlich erscheint, diese Gruppe mit einer Gesundheitsförderungsperspektive zu beobachten.

Damit soll die Bedeutung von spezifischer Aufmerksamkeit für die MitarbeiterInnen und die Angehörigen nicht in Frage gestellt werden (siehe auch die ExpertInnenperspektiven in den nächsten Kapiteln). Weiters fokussieren wir in der folgenden Darstellung vor allem auf den stationären Bereich der Altenbetreuung – weil in diesem Bereich die Annahme eines von einer Organisation dominierten und deshalb auch zentral beeinflussbaren Settings, mit relativ klaren Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen am klarsten anwendbar ist.

Wie produzieren LTC Einrichtungen ihren Gesundheitsimpact?

Es gibt eine Reihe von Gründen für die Annahme, es sei primär das „Leistungsgeschehen“ im Rahmen der Kern- und Support-Prozesse, über das die LTC Einfluss auf die Gesundheit der von ihr Betroffenen nimmt – durch das WAS sie in Ausübung ihrer Funktion tut (und unterlässt) und WIE sie das tut. Goffman (1961) hat am Beispiel der US-amerikanischen Psychiatrie der 50er Jahre das Konzept der „totalen Institutionen“ entwickelt, und auch wenn es in der dort beschriebenen Form heute unrealistisch scheint, zeigen Einrichtungen der stationären Altenbetreuung doch tendenziell solche Organisationscharakteristika – angesichts der starken Abhängigkeit der (besonders vulnerablen) BewohnerInnen sind Gesundheitseffekte wahrscheinlich. Eine Rekonstruktion wichtiger, gesundheitsrelevanter Aspekte von stationären Altenbetreuungseinrichtungen kann mit einer Analyse der Kernprozesse beginnen. Analysen aus dem Prozessmanagement (Grün 1998) stellen ein sehr vielfältiges Bild der Kernprozesse dar, die diese Organisationen sehr ähnlich multifunktionalen Systemen wie Haushalten erscheinen lassen - ohne klare Dominanz einer bestimmten Aufgabe – ein deutlicher Unterschied zu modernen Akut-Krankenhäusern. Zentral scheint dabei die Basisarbeit der Haushaltsführung (Wohnen, Ernährung) zu sein. Im Zuge abnehmender Mobilität der NutzerInnen erweitert sich dieser Aufgabenbereich auf Gestaltung eines überwiegenden Teils des Lebens (eine Form von „totaler Inklusion“ in einer „totalen Institution“). Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung wird angesichts eines aktuell konstatierten Trends zu immer älteren, kränkeren beziehungsweise funktional stärker eingeschränkten BewohnerInnen (Schaeffer & Büscher 2009) immer wichtiger.

Dass gesundheitlicher Impact primär durch das Leistungsgeschehen erzeugt wird, bedeutet: relevant ist das (Rollen-)Verhalten der MitarbeiterInnen (z.B. wie standardisiert vs. individualisiert ist der Umgang mit Bewohnern?), das (Rollen-) Verhalten der Angehörigen und nicht zuletzt auch der BewohnerInnen selbst. Relevant ist die Interaktion zwischen diesen AkteurInnen, und wichtig sind Möglichkeiten und Grenzen, die die räumliche und technische Gestaltung des Settings bieten.

Zwei exemplarische wissenschaftliche Perspektiven in Bezug auf den Gesundheitsimpact

Garms-Homolova 2008 hat in einer Arbeit zur „Prävention bei Hochbetagten“ die These vertreten, mangelnde präventive Orientierung sei eine wichtige Quelle suboptimaler Versorgungs- und Lebensqualität. Pflgetheorien würden zwar Prävention und Gesundheitsförderung prinzipiell stützen – aber in der Praxis sei der Weg noch weit. In der Praxis sei die Pflege krankheitsorientiert (bestenfalls unter Nutzung des Modells „Rekonvaleszenz“), Prävention und Gesundheitsförderung stünden unter hohem Legitimationsdruck - unter anderem, weil Prävention und Gesundheitsförderung oft appellativ und unkonkret bleiben. Als konkrete, operationalisierbare Zielset-

zungen schlägt sie vor: Orientierung an Vorbeugung von Verschlechterung und vor allem auch Vermeidung von durch Pflegeroutinen induzierte Risiken. Konkret wird postuliert, „das klinische Handeln der Pflegenden muss sich so verändern, dass diese die potentiellen Gefährdungen, die normalerweise von der Pflege selbst erzeugt werden, selbst aufspüren, korrigieren oder vermeiden“ (Garms-Homolova 2008).

Im zweiten Beispiel beziehen wir uns auf die Arbeit von Schaeffer & Büscher 2009. Unter dem Titel „Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen“ nennen die AutorInnen eine Reihe von Aspekten, die in Bezug auf eine präventive / gesundheitsfördernde Optimierung der LTC in Angriff genommen werden könnten. Sie verweisen zunächst darauf, dass für eine systematische Auseinandersetzung mit Ressourcenverlust beziehungsweise –erhaltung ein systematisches Gesundheits-Monitoring benötigt würde (z.B. mit Fokus auf Aspekte wie Sinne, Gang, Schmerzen...). Infrastrukturinvestitionen wie Wohnraum anpassen und Risiken beseitigen lassen für alle Settings der LTC einen Gesundheitsgewinn erwarten.

In Bezug auf organisatorische Prioritäten verknüpft mit dem professionellen Handeln der MitarbeiterInnen lassen sich eine Reihe von Ansatzpunkten nennen, die sich sinnvoll auf die oben dargestellten neun Felder der Förderung positiver Gesundheit in der LTC beziehen lassen (Zuordnung durch die AutorInnen):

Primärer Bezug auf Funktionsfähigkeit:

- Ausreichende und gesunde (attraktive, erwünschte, „normale“) Ernährung (die auch bei den NutzerInnen ankommt!);
- Angepasste Bewegungsförderung;
- Labilisierung verhindern, beispielsweise im Kontext akuter Krankheitsepisoden – Konzepte des „Trajektmanagements“ / Case Management;
- Edukative und verhaltensbezogene Strategien in Bezug auf individuelle Gesundheitskompetenz - Health Literacy;
- Resilienzförderung (z.B. durch psychoedukative Maßnahmen);
- Soziale Netze erhalten.

Primärer Bezug auf Wohlbefinden:

- Am Wohlbefinden der Betreuten arbeiten (Comforting);
- Ermöglichen des Erlebens von Vertrauen, Kontinuität, Sinnhaftigkeit, Wertschätzung, Respekt, Kohärenz.

Als Erfolgsvoraussetzungen für die nachhaltige Implementierung solcher Prioritäten nennen Schaeffer & Büscher organisatorische, qualifikatorische und strukturelle Veränderungen, ebenso wie systematische Forschung und Entwicklung. Denn gerade für die Gruppe von alten und hochaltrigen Menschen stehen noch viele Spezifikationen aus, und das Wissen über wirksame und nachhaltige Interventionen ist gering.

Beide aktuellen Arbeiten weisen darauf hin, dass Settings der LTC in vieler Hinsicht in präventiver oder gesundheitsförderlicher Hinsicht im Sinne besserer Gesundheit (und damit vielleicht

auch weniger akuter Krankheit) ihrer NutzerInnen weiterentwickelt werden können, und dass Handlungsmuster und Organisationsformen der Dienstleister eine wichtige Rolle dafür spielen, ob Potentiale genutzt werden können. LTC Einrichtungen können drei grundsätzliche, sinnvoll aufeinander aufbauende Handlungsstrategien wählen:

- Negative gesundheitliche Auswirkungen ihrer Leistungsprozesse, ihres normalen Operierens verhindern (= Vermeidung von ungeplanten negativen Effekten als Qualitätskriterium);
- Kernprozesse unter Berücksichtigung eines möglichst großen Beitrags zur positiven Gesundheit beobachten und weiterentwickeln (= Beitrag zu den verschiedenen Aspekten positiver Gesundheit als Qualitätskriterium);
- Neue, zusätzliche Dienstleistungen anbieten, die bestimmte Aspekte positiver Gesundheit explizit fördern sollen.

Damit spielen beispielsweise folgende Faktoren eine sehr wichtige Rolle bei der Produktion von Gesundheitsergebnissen (geplant und ungeplant - health impacts) in der LTC:

- lokale Organisationsformen (die z.B. Autonomie fördern oder Abhängigkeit verstärken),
- übergreifende professionelle Perspektiven (die Versorgung beziehungsweise Sicherheit oder Autonomie und Unterstützung bei Bedarf forcieren),
- und natürlich auch politisch entschiedene finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, die innovative Betreuungsvarianten fordern, ermöglichen oder eher verhindern.

Diese Faktoren wurden im Rahmen der ExpertInneninterviews häufig angesprochen (siehe Kapitel 4).

1.5 Durchführung der Status Quo Analyse

In Abstimmung mit den Praxispartnern der Programmlinie wurde entschieden, die Status Quo Analyse auf folgende Quellen zu stützen:

- Primärquelle der Studie sind ExpertInneninterviews (Einzel- und Gruppengespräche).

Ergänzungen durch:

- Publierte und „graue“ Literatur über LTC in Österreich;
- Beobachtung aktueller Tagungen und Konferenzen;
- Schriftliches Selbstdarstellungsmaterial von Praxisinitiativen, gesammelt im Rahmen von Tagungen und Konferenzen, übergeben im Rahmen von Expertinnengesprächen, etc.

Auf eine systematische, quantifizierende Erhebung auf der Ebene der LTC- Einrichtungen / Organisationen wurde, aus Zeit- und Ressourcenmangel beziehungsweise auf Grund der Präferenz von Seiten der Praxispartner für einen baldigen Beginn der Pilotprojekte / Interventionsstudien, verzichtet.

Damit ist die Reichweite, Verlässlichkeit und Differenziertheit der hier dargestellten Ergebnisse zum Bedarf nach Gesundheitsförderung beziehungsweise zu bisherigen Initiativen natürlich prinzipiell begrenzt, eine grundsätzliche Orientierung auf dieser Basis ist aber dennoch möglich.

ExpertInnenbefragung

Im Rahmen der hier dargestellten Untersuchung wurden bis Jänner 2010 insgesamt 21 Gespräche geführt, davon 19 Einzelgespräche und zwei Gruppeninterviews.

Prinzipiell angestrebt waren Interviews mit ExpertInnen aus dem Bereich Verwaltung, Anbieterorganisationen und Wissenschaft.

Tatsächlich durchgeführt werden konnten Gespräche mit den für Altenbetreuung zuständigen Sozialabteilungen oder mit von den Sozialabteilungen designierten Gesprächspartnern in folgenden Bundesländern:

- Wien, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Kärnten und Steiermark.
- Für Niederösterreich und Burgenland wurden vor Abschluss dieses Papiers ExpertInnengespräche vereinbart, aber noch nicht durchgeführt.

Auf der Trägerebene wurden die fünf großen, prinzipiell österreichweit tätigen Wohlfahrtsverbände angesprochen; mit vier Organisationen konnten tatsächlich Gespräche durchgeführt werden.

Auf der Ebene der Wissenschaft wurden vor allem Perspektiven der Gerontologie, Geriatrie, Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung einbezogen.

Insgesamt war festzustellen, dass die Bereitschaft, sich für diese ExpertInnengespräche zur Verfügung zu stellen beziehungsweise zum Thema „Gesundheitsförderung (und Prävention) in der Long Term Care“ Stellung zu nehmen, sehr unterschiedlich ausgeprägt war.

Im Bereich der Verwaltung erwies es sich teilweise als schwierig, Personen zu identifizieren, die sich für die Schnittmenge „Gesundheitsförderung“ und „Long Term Care“ zuständig / kompetent sahen.

Die Zuordnung der Altenbetreuung zum Sozialbereich (soziale Hilfe / Sozialhilfe) und (teilweise) unklare / schwierige Kooperationen zwischen dem Sozialbereich und Akteuren, die für Gesundheit und Gesundheitsförderung zuständig sind (auch innerhalb der Landesverwaltung) machten zudem die Vereinbarung von Gesprächen zu einer herausfordernden Aufgabe mit mehreren Mail- und Telefonkontakten.

Wenn die Gespräche zustande kamen, war es in der Regel aber sehr rasch möglich, sich über die Relevanz des Themas für den Gesprächspartner zu verständigen. Die Gespräche dauerten im Schnitt zwischen 60 und 90 Minuten und wurden in der Regel aufgrund zeitlicher Begrenzung und nicht wegen thematischer Erschöpfung beendet.

Sie wurden elektronisch aufgezeichnet und transkribiert. In einem Fall wurde um Übersendung des Transkripts für eine nachträgliche Autorisierung ersucht.

Mit den Trägerorganisationen war es – im Vergleich zur Verwaltung – leichter, sich über die Relevanz des Themas und den Gesprächsrahmen zu verständigen; die Gründe für das Nicht-Zustandekommen eines angefragten Gesprächs mit einer Organisation sind uns nicht nachvollziehbar. Gespräche mit wissenschaftlichen ExpertInnen wurden von unserer Seite aus Kapazitätsgründen beschränkt. Generell stießen wir in dieser Gruppe auf viel Interesse, Verständnis unserer Fragestellungen und auch Kooperationsbereitschaft.

2 Bedarf nach Gesundheitsförderung in der Long Term Care

Im Sinne des oben eingeführten Settings-Begriffs der Gesundheitsförderung wird im nachfolgenden Teil zwischen den drei verschiedenen Hauptsettings der LTC unterschieden, dem stationären, teilstationären und mobilen Bereich. Da Rahmenbedingungen und strukturelle Probleme jedoch nicht auf ein Setting beschränkt bleiben und sich quer durch den Sektor ziehen, werden diese in gesonderten Kapiteln behandelt und die Bezüge zu einzelnen Settings zum jeweiligen Thema hergestellt.

Der Bedarf nach Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung wird teilweise sehr explizit geäußert, vor allem bezüglich der MitarbeiterInnen im stationären sowie im mobilen Bereich. Auch die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen wird im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung sofort genannt. Oft wird Gesundheitsförderung von den ExpertInnen zunächst nur auf der Ebene der Verhaltensmodifikation angesiedelt, vor allem in Bezug auf die NutzerInnen, die weniger im Fokus sind. Sie werden seltener erwähnt, beziehungsweise weniger als Zielgruppe für Gesundheitsförderung angesehen. Wenn im Gespräch der Gesundheitsförderungsbegriff explizit um die Zielgruppe der NutzerInnen erweitert wurde, erfolgte in allen Fällen ein hohes Maß an Zustimmung über die Wichtigkeit dieser Perspektive seitens der befragten ExpertInnen. Nachdem dies zur Diskussion gestellt wurde, schlossen die GesprächspartnerInnen meist an Themen der Qualitätsdiskussion, der Wohnkonzepte und der Lebensqualität an und sahen vor ihrem jeweiligen Hintergrund das Gebiet der Gesundheitsförderung als ein Wichtiges und Ausbaufähiges an.

2.1 Stationäres Setting

Dem Thema Bedarf nach Gesundheitsförderung in stationären Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen nähern sich die befragten ExpertInnen von unterschiedlichen inhaltlichen Richtungen, die im Folgenden nachskizziert werden sollen.

Gerade im stationären Bereich ist aus einer Gesundheitsförderungsperspektive die Gestaltung des Settings enorm wichtig, da auf Grund des immer noch vergleichsweise totalen Charakters dieser Institutionen (Goffman 1961) anzunehmen ist, dass diese vergleichsweise stark auf die Gesundheitsoutcomes der in ihnen lebenden / agierenden Personen wirken.

Viele der settingsgestaltenden Aktivitäten werden nicht unter dem Titel der Gesundheitsförderung geführt, sind jedoch für die Gesundheitsoutcomes sehr wichtig, was auch von Seiten der ExpertInnen so gesehen wird. Daher wird von ihnen ohne Ausnahme zugestimmt, dass solche Veränderungen auch unter dem Gesundheitsaspekt gesehen und bewertet werden können (wie z.B. räumliche Gestaltung und Organisationskonzepte, die Pflege und Wohnen/Leben miteinander verschränken und nicht gegeneinander abgrenzen beziehungsweise ausspielen, etc.).

Der von den befragten ExpertInnen am häufigsten und unmittelbarsten mit Gesundheitsförderung in Bezug gebrachte Bereich ist jener der *MitarbeiterInnen* in stationären Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen. Diese werden als wichtige – und bedürftige – Zielgruppe für Verbesserungen der Arbeits(platz)bedingungen angesehen, worunter Gesundheitsförderung von den ExpertInnen für diese Zielgruppe häufig subsumiert wird. Dabei geht es in den Gesprächen weniger

um das singuläre Ziel der Verbesserung der individuellen Gesundheit am Arbeitsplatz als vielmehr um ein relativ vielschichtiges Bild an Problembeschreibungen, die häufig auch struktureller (gesellschaftspolitischer und finanzieller) Natur sind und nur teilweise innerhalb einzelner Einrichtungen zu lösen sind (siehe dazu Kapitel „Rahmenbedingungen“). Unter den befragten ExpertInnen herrscht weitgehender Konsens, den Bedarf nach Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen im Zusammenhang mit den für sie relevanten Umwelten, das heißt Rahmenbedingungen zu sehen, trotzdem stehen vor allem die Träger einzelner Einrichtungen vor der Herausforderung, unter den gegebenen Voraussetzungen ein möglichst gesundheitsförderliches Klima für alle Beteiligten zu gewährleisten – und das scheint aus ExpertInnenperspektive derzeit sehr unterschiedlich zu gelingen.

Die Themen bezüglich des Personals kreisen häufig um Arbeitszeiten, Teamzusammenstellungen, vorhandene, beziehungsweise nicht vorhandene professionelle Voraussetzungen, Zeitdruck, vorhandene beziehungsweise nicht vorhandene materielle und personelle Ressourcen und um die damit einhergehenden Belastungen. Neben diesen (teilweise strukturellen) Schwierigkeiten wird als ein Hauptproblem von MitarbeiterInnen gesehen, dass diese wenige Möglichkeiten haben, innerhalb ihres Arbeitsumfeldes Erfolgserlebnisse zu haben, die wiederum motivierend wirken würden. Dies müsste den ExpertInnen zufolge dem betreuenden und pflegenden Personal ermöglicht werden, was aber vor allem innerhalb der derzeit existierenden Strukturen als nur begrenzt möglich betrachtet wird.

Grundsätzlich wird das stationäre Setting als ein sich stark wandelnder Bereich angesehen, in dem sich gesellschaftliche und demographische Entwicklungen abzuzeichnen beginnen (siehe Schaeffer / Büscher 2009). Dies wirkt sich unmittelbar auf die MitarbeiterInnen von Altenwohn- und Pflegeheimen aus, die es mit einer zunehmend hochaltrigen und multimorbiden Klientel zu tun haben, die so lange wie möglich zu Hause betreut und versorgt wird, und erst mit dem nahenden Endstadium der stationären Pflege überlassen wird. Dies sorgt beim Personal von Einrichtungen, die größtenteils immer noch auf eine hotelartige Wohnsituation eingestellt sind, für enormen Stress und Druck.

Als wichtig für die gesundheitsförderliche Entwicklung dieses Bereichs nennen die ExpertInnen vor allem

- eine bessere Finanzierung,
- angepasste Personalschlüssel,
- realistischer Umgang mit zumutbaren Arbeitszeiten,
- eine bessere und passende fachliche Aus- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen.

Diese Faktoren können von einzelnen Trägern und Einrichtungen nur bedingt beeinflusst werden, vor allem wird hier auf ungünstige Rahmenbedingungen verwiesen. Die Managementstrukturen beziehungsweise die Qualifikation des Managements wird demgegenüber als in den letzten Jahren deutlich verbessert beschrieben.

Im Bereich des stationären Settings werden *Angehörige* kaum als Zielgruppe für Gesundheitsförderung gesehen. Zwar wird ihnen, so sie regelmäßigen Kontakt mit den BewohnerInnen von Altenwohnheim-/Pflegeeinrichtungen halten, ein wichtiger Status zuerkannt, trotzdem wird aus ihrer Funktion nicht unbedingt ein Bedarf nach Gesundheitsförderung abgeleitet, obwohl dies möglicherweise aus der Sicht der Betroffenen je nach Intensität des Kontakts und des gezeigten

Engagement notwendig wäre.

Auch die Bedürfnisse der *NutzerInnen* der betreffenden Einrichtungen scheinen nicht vordergründig im Fokus von Verantwortlichen und ExpertInnen zu liegen. Wird Gesundheitsförderung jedoch in Zusammenhang mit Prävention gebracht, berichten die ExpertInnen aus einer Versorgungslogik heraus, inwiefern in den Einrichtungen präventiv gehandelt wird, was meist an die pflegerische Leistungserbringung gekoppelt ist. Dabei wird thematisch häufig an die klassische Trias Bewegung – Ernährung – Psychosoziales angeschlossen und Beispiele aus dem physischen Bereich wie Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Inkontinenzprophylaxe, Mundgesundheit und ähnliches genannt.

Gesundheitsförderung im Bereich der *NutzerInnen* wird vor allem rund um bestimmte Pathologien gesehen, allen voran demenzielle Veränderungen. Hier herrscht in allen Bundesländern Einigkeit, dass dieses Themengebiet wichtig, schon massiv vorhanden und noch weiterhin im Kommen ist. Bezüglich der Demenz gibt es ein erhöhtes Problembewusstsein sowie Handlungs- und Umsetzungsbereitschaft.

In einem umfassenderen Sinn wird auf der Ebene der NutzerInnen als Maßnahme der Gesundheitsförderung vor allem die Wichtigkeit der Ressourcenstärkung und –erhaltung in Hinsicht auf Selbständigkeit und Autonomie betont. Hier wird vor allem auf die Heimstrukturen abgestellt, die eine vermehrte Passivität seitens der NutzerInnen fördert und teilweise überhaupt erst herstellt.

2.2 Teilstationäres Setting

Generell wird von den ExpertInnen der Bedarf betont, Tagesangebote mehr auszubauen. Das teilstationäre Setting in Form von Tageszentren, stationärer Kurzzeitpflege, Pflegeersatz und Angeboten im Zusammenhang mit einem Erholungsurlaub zur Entlastung pflegender Angehöriger ist nach der Diagnose der Befragten in Österreich noch unterrepräsentiert. Jedoch wird dieser Bereich als besonders wichtig angesehen, was spezifische Versorgungslücken (wie z.B. Entlassungs- beziehungsweise Schnittstellenmanagement) und die *Entlastung der pflegenden Angehörigen* betrifft, was sich den Befragten zufolge auch monetär auswirkt. Wäre dieser Bereich besser ausgebaut, könnten Personen generell länger zu Hause gepflegt werden. Außerdem könnten alte Menschen auch nach einem Krankenhausaufenthalt mit entsprechendem Übergangsmangement eher wieder zu Hause betreut anstatt im stationären Bereich untergebracht werden, was nach pflegeintensiven Krankenhausaufenthalten oft der Fall ist.

Besonders für die Gruppe der demenziell Erkrankten und deren Angehörige wird der Ruf nach neuen Angeboten im teilstationären Bereich laut. Hier wird die Hauskrankenpflege in der existierenden Form als unpassender Lösungsversuch beschrieben, da Pflegepersonen und Tageszeiten ständig wechseln. Dies führt bei den betroffenen Personen zu noch größerer Verwirrung und stellt keine Entlastung für pflegende Angehörige dar. Speziell auf die Bedürfnisse demenziell erkrankter Personen ausgerichtete Tageszentren scheinen hier mehr Abhilfe für die Angehörigen zu schaffen und auch der Isolation der Betroffenen besser vorzubeugen.

Diese Konzepte sind in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich weit ausgebaut und entwickelt, werden jedoch in allen Bundesländern als besonders wichtig und noch unterrepräsentiert dargestellt. In den geführten ExpertInneninterviews wird der Ausbau dieses Bereiches durchwegs als notwendige Innovation dargestellt.

2.3 Mobiles Setting

Im mobilen Bereich wird ein klarer Bedarf nach Gesundheitsförderung für die *pflegenden Angehörigen* gesehen. Sie leisten nach wie vor den größten Anteil an Pflege und Betreuung und werden als die am höchsten belastete Zielgruppe beschrieben. Das österreichische Pflege- und Betreuungssystem ist in seinem Fortbestand auf die Gruppe der pflegenden Angehörigen angewiesen, was im Gegensatz zu deren relativer Unsichtbarkeit und den damit verbundenen aus ExpertInnenperspektive viel zu geringen strukturell vorgesehenen Entlastungsmöglichkeiten steht. Grundsätzlich verfolgen die meisten Bundesländer die Strategie, Pflegebedürftige möglichst lange zu Hause zu versorgen. Das Problem dabei ist, dass als einzige entlastende Angebote für pflegende Angehörige derzeit mobile Heimhilfen und Hauskrankenpflege institutionalisiert zur Verfügung stehen. Diese werden aber von den ExpertInnen nur als geringe Entlastung angesehen, da sie viel zu kurz im Haushalt sind und nur ganz gezielte / vordefinierte Handgriffe verrichten. Nur wenn es tatsächlich um medizinische Schwierigkeiten, wie beispielsweise Wundversorgung geht, wird die Hauskrankenpflege als Unterstützung angesehen - allerdings nicht im Bereich der alltäglichen Pflege, sondern für ein zusätzliches Spezialproblem. Daher sollen sogenannte „niederschwellige Dienste“ ausgebaut werden, wie beispielsweise HaushaltshelferInnen, die länger anwesend und den Alltag begleiten sollen als oben genannte Berufsgruppen.

Im Zusammenhang von pflegenden Angehörigen und Gesundheitsförderung wird einerseits die Nutzung der richtigen Pflegehilfsmittel genannt, um körperlichen Belastungen vorzubeugen. Vor allem aber wird die noch unzureichend zugängliche Information, Aufklärung und Beratung thematisiert, die oftmals unter erheblicher Eigeninitiative der betroffenen Angehörigen beschafft werden muss. Von den befragten Personen wird mangelndes Wissen seitens der Angehörigen als nach wie vor größtes Problem dargestellt, das viele Folgeprobleme wie Überforderung, Isolation und Energieverlust nach sich zieht. Pflegende Angehörige brauchen Aufklärung, Unterstützung und Bestätigung für ihr tägliches Handeln in Form von Schulungen, Beratungsgesprächen und Gesprächskreisen, in denen sie ein Gefühl dafür entwickeln können, das Richtige zu tun.

Von ExpertInnenseite werden in Bezug auf die komplexe Situation der häuslichen Pflege Konzepte wie Case und Care Management oder Family Health Nursing genannt. Diese Ansätze werden als extrem wichtig beschrieben, da dadurch auch die Rolle der pflegenden Angehörigen und des Familiensystems ins Blickfeld geraten. Gleichzeitig führen sie aber die Limitierungen der professionell pflegenden MitarbeiterInnen von mobilen Anbietern vor Augen, denen es in ihrer knappen Arbeitszeit oft unmöglich ist, mit diesen Konzepten zu arbeiten – selbst wenn sie es wollten und könnten - und die die zweite belastete Gruppe bilden (siehe Kapitel „Rahmenbedingungen Politik sowie Professionalisierung“).

Das Setting der mobilen Pflege und Betreuung wird als *besonders belastend für das extramurale Personal* angesehen. Als zentrales Problem werden die engen Zeitvorgaben genannt, die es den MitarbeiterInnen oft unmöglich machen, oben genannte Konzepte zur Anwendung zu bringen, auch wenn sie dies gern tun würden und als notwendig erachten. Verschärft wird diese Situation noch durch die unterschiedlich hohen Kostenbeiträge, die dazu führen, dass KlientInnen und deren Angehörige einen erhöhten Druck auf das professionelle Personal ausüben, das Wichtigste in möglichst kurzer Zeit zu erledigen.

Auch andere Merkmale der Außendiensttätigkeit werden für mobiles Personal als belastender beschrieben als für MitarbeiterInnen im stationären Bereich. Neben verminderten Zulagen und Verdienst haben diese wenig bis keine Möglichkeiten zum fachlichen Austausch, zur Kommunikation im Team, zur gegenseitigen Unterstützung oder Entlastung.

Extrabelastungen für die MitarbeiterInnen mobiler Dienste ergeben sich auch durch räumliche und soziale Strukturierungen. In manchen Bereichen beispielsweise führt die Vielzahl an mobilen Anbietern zu Problemen von verschärfter Konkurrenz, aufwändigem Ressourceneinsatz oder Mehrfachnutzungen. In Bundesländern mit regional schwer zugänglichen Gebieten fahren oft verschiedene mobile Anbieter zur gleichen Uhrzeit in dieselbe Gemeinde. Eine Möglichkeit, hier effizienter, ressourcen- und kostenschonender vorzugehen, ist die regionale Koordination der privaten Träger auf Gemeindeverbundsebene, wovon positiv berichtet wurde. In manchen Gesprächen wurde auch auf Versuche hingewiesen, die Zusammenarbeit im Rahmen integrierter Sozial- und Gesundheitssprengel (auch Sozialräume genannt) zu forcieren.

3 Initiativen zur Gesundheitsförderung in der Long Term Care

In Bezug auf konkrete Praxisinitiativen beziehungsweise Modellprojekte im Bereich der Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung haben sich im Zuge der Status-quo-Analyse mehrere Erkenntnisse ergeben.

Wenn konkrete Gesundheitsförderungsinitiativen genannt werden, so handelt es sich meist um klassische BGF-Projekte, die sich ausschließlich an die MitarbeiterInnen der jeweiligen Einrichtungen richten. Ein weiterer Personenkreis, an den konkrete Gesundheitsförderungsprojekte gerichtet werden, sind die pflegenden Angehörigen. In diesem Zusammenhang werden vor allem entlastende Maßnahmen wie Angehörigenurlaub und kurzzeitige Pflegevertretung genannt. In Bezug auf die NutzerInnen ist festzustellen, dass es zwar einige Praxisinitiativen bezüglich der oben genannten Bedürfnisse und/oder Problemfelder in einzelnen Einrichtungen gibt, diese aber nicht unbedingt mit dem Label „Gesundheitsförderung“ versehen sind. Dies hat nach Aussagen der befragten ExpertInnen mehrere Gründe:

- Die Initiative wird nicht mit dem Gesundheitsbereich in Verbindung gebracht (z.B. bauliche Veränderungen für Menschen mit demenziellen Veränderungen, Programme zur sozialen Integration, etc.).
- Initiativen beziehen sich oftmals auf ein Problem einer bestimmten Zielgruppe und haben oft keinen komplexeren Zusammenhang (z.B. Sturzprophylaxe).
- Komplexere Initiativen, die sich auch auf die organisationalen Strukturen und -Abläufe richten, stehen meist in Zusammenhang mit der Qualitätsdiskussion oder sehen sich als eigenständige Reforminitiative und werden daher nicht primär als Beitrag zur Gesundheitsförderung angesehen (z.B. Eden-Alternative, Böhm, etc.).

Als großes Manko der von den ExpertInnen angesprochenen Maßnahmen wurde genannt, dass die meisten Initiativen auf Basis von Pilotprojekten lanciert werden, die nicht roll-out-fähig sind und daher nach einiger Zeit wieder abgesetzt werden. Dies sorgt für eine sich ständig wechselnde Landschaft von Initiativen und Projekten, die kaum zu überblicken ist und in dieser Form auch keine stabile Basis für längerfristige Gesundheitsförderungsbemühungen bildet.

Ein Hauptproblem bei den Gesprächen über konkrete Praxisinitiativen war jedoch, dass die angesprochenen ExpertInnen auf der Ebene der Sozialabteilungen der Länder und der großen bundesweit organisierten Wohlfahrtsverbände über Einzelinitiativen kaum Auskunft geben konnten. Modellprojekte liegen in der Verantwortung der jeweiligen Träger, das heißt primär der Gemeinden, beziehungsweise Sozialhilfeverbände oder den regionalen Sektionen der Wohlfahrtsträger. Diese Projekte werden jedoch selten systematisch dokumentiert oder beforscht, und es besteht kaum Austausch über die Gemeindeebene hinaus. Infolgedessen wissen weder die jeweiligen Sozialabteilungen der Länder noch die großen Wohlfahrtsverbände auf Bundesebene, was in den Gemeinden und Einrichtungen passiert und tun sich mit diesem Thema äußerst schwer, da hier eine nicht unerhebliche Wissenslücke herrscht, was zum Teil auch von den angesprochenen ExpertInnen beklagt wird.

Aus oben genannten Gründen wäre es im Sinne einer systematischen Bestandsaufnahme also notwendig, zumindest stichprobenartig eine österreichweite Erhebung auf Träger- (Gemeinden und Sozialhilfeverbände) und Einrichtungsebene durchzuführen, um ein schärferes Bild zu bereits durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekten zu erhalten.

4 Welche Rahmenbedingungen hat / braucht Gesundheitsförderung in der LTC?

Bezüglich der Rahmenbedingungen für die LTC wird einleitend in fast allen ExpertInneninterviews sofort auf Systemschwierigkeiten hingewiesen, vor allem in Bezug auf

- fragmentierte Politik, beziehungsweise Verwaltung,
- knappe Finanzierung,
- mangelnde Professionalisierung,
- fehlende Wissenschaft und Forschung.

Auf diese Felder soll im Folgenden genauer eingegangen werden. Grundsätzlich ist vorauszuschicken, dass die LTC in Österreich in unterschiedlichem Maß geplant und organisiert wird und dies sehr föderal in Abhängigkeit von der jeweiligen Ländergesetzgebung variiert. Damit einhergehend ist auch der Einsatz von Gesundheitsförderungskonzepten und –maßnahmen sehr unterschiedlich. Jedoch kann für die gesamte österreichische Szene gesagt werden, dass Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung (noch) nirgendwo standardmäßig und flächendeckend eingesetzt wird.

4.1 Fragmentierte politische Verantwortungen und Entscheidungsfindungen

Ein zentrales Problem der LTC besteht in der Fragmentierung der sie betreffenden Politik. Einerseits werden politische Entscheidungen von Bund, Ländern und Gemeinden getroffen, wobei die Konsequenzen des Föderalismus nur eine Schwierigkeit unter vielen darstellen. Andererseits wird vor allem die schon in der Einleitung dargestellte Trennung der Bereiche Gesundheit und Soziales von den ExpertInnen als äußerst problematisch dargestellt, da diese in der LTC gleichermaßen, aber in verschiedenen Kontexten zuständig sind und selten zusammenarbeiten. In Bezug auf Ausstattung und Ressourcen ist die LTC im Bereich Soziales angesiedelt und wird nicht als öffentliche, solidarisch zu erbringende Versorgungsleistung behandelt. Nach wie vor gilt die Pflegebedürftigkeit als privates Problem, bei dem die öffentliche Hand generell über Pflegegeld unterstützt beziehungsweise im Bedarfsfall zusätzlich subsidiär einspringt, außerdem werden generelle Organisationsleistungen zur Bereitstellung eines Angebots erbracht. Diese Situation wird von den angesprochenen ExpertInnen als problematisch dargestellt. Die Dienstleistungen der LTC erscheinen ihren Darstellungen zufolge als ein prinzipiell privates Gut beziehungsweise die Pflegebedürftigkeit als ein privates Risiko mit einigen öffentlich relevanten Aspekten. Die durch massiven Pflegebedarf entstehende faktische Enteignung der Pflegebedürftigen wird darüber hinaus mit ihren möglichen Folgen als wenig gesundheitsförderlich beschrieben. Diesbezüglich wird der reduzierte Regress auf die Angehörigen seit 2008 als massive Entlastung für die Angehörigen dargestellt.

Die Trennung der Bereiche Gesundheit und Soziales innerhalb der LTC ist jedoch nicht nur kritisch zu sehen. In Bezug auf die inhaltliche Ausgestaltung ist eine Abgrenzung zur Krankenbehandlung (Akutbereich) durchaus sinnvoll und notwendig. Eine Orientierung der Organisationen

an Normalitäts- und Lebensqualitätskonzepten kommen nach Experteneinschätzungen stärker aus dem Sozialbereich und werden hier viel eher vertreten, was im Behindertenbereich zu beobachten ist, in dem diese Konzepte schon viel besser verankert sind.

Es zeigt sich jedoch in den ExpertInnengesprächen, wie schwierig die Integration des Gesundheitsaspekts in einen Bereich ist, der zwar durch den Sozialbereich gesteuert ist, jedoch Zuständigkeit für eine gesundheitlich sehr vulnerable Zielgruppe hat.

Von den ExpertInnen wird als äußerst problematisch dargestellt, dass die Politik den Gesundheitsaspekt im Bereich der LTC primär in der Form verankert, dass diplomierte Pflegepersonen in den Einrichtungen in Leitungspositionen angestellt werden müssen, ohne jedoch dafür zu sorgen, dass diese mit adäquaten Ausbildungen und Handlungskonzepten ausgestattet werden, die auf den LTC Bereich zugeschnitten sind.

Als Beispiel im mobilen Bereich: Konzepte wie Family Health Nursing können unter anderem nicht angewandt werden, weil dafür keine Zeitfenster zur Verfügung stehen, das heißt diese nicht finanziert werden und es darüber hinaus auch keine SpezialistInnen gibt. Im stationären Bereich schlagen sich die politischen Entscheidungen dergestalt nieder, dass stationäre Einrichtungen wie Krankenhausabteilungen geführt werden anstatt wie Orte, an denen Menschen wohnen, auch für längere Zeit (siehe dazu auch Kapitel „Professionalisierung“).

Den Aussagen der InterviewpartnerInnen nach beginnt die Sozialpolitik, hier umzulernen, jedoch entsteht der Eindruck, dass die jeweilige Landespolitik und -verwaltung für diese Themen schon sensibler ist und mit dahingehenden Vorschlägen oft an den (auch gesetzlichen) Rahmenbedingungen scheitert. Genannt werden diesbezüglich vor allem:

- Starre professionelle Handlungskonzepte der diplomierten Pflege bezüglich
 - der Zeitkontingente,
 - der eingesetzten Methoden und Konzepte,
 - der Aus- und Weiterbildung.
- Fehlendes Verständnis oder Finanzierungsbereitschaft, v.a. von Seiten der
 - Träger, Gemeinden und Sozialhilfverbände,
 - Landesfinanzreferenten,
 - Bundespolitik im Rahmen des Finanzausgleichs.

In Bezug auf Gesundheitsförderung wird beklagt, dass die Politik die Gesundheitsgefährdung der pflegenden Angehörigen und auch die der MitarbeiterInnen im Bereich der LTC noch nicht realisiert hat. Vor allem in Bezug auf die Rolle der pflegenden Angehörigen werden die massiven Belastungen, die sich nicht nur körperlich, sondern auch sozial, psychisch und finanziell auswirken nicht ausreichend gesehen. Sozial schwache oder benachteiligte pflegende Angehörige benötigen das zugewiesene Pflegegeld nicht zuletzt zur eigenen Existenzsicherung, vor allem wenn die Pflege zu einer Reduktion oder Aufgabe der Erwerbsarbeit führt. Die Bereitschaft der Politik, diese Belastungen auszugleichen wird als zu gering erachtet, auch wenn punktuelle Maßnahmen, wie die Legalisierung der 24-Stunden-Pflege, erreicht wurden. In diesem Fall wird jedoch oftmals argumentiert, dass diese Form der Unterstützung tendenziell der „Mittelschicht“ zugute kommt, die sich diese finanziell und räumlich eher leisten kann. Zwar mag der Kreis der Personen, für die die 24-Stunden-Pflege in Frage kommt, durch die nunmehr mögliche Förderung etwas erweitert sein, trotzdem wird sie eher als marginale Sonderform beschrieben.

4.2 Finanzierung

Bezüglich der Finanzierung der LTC in Österreich wird immer wieder die drastische Differenz zum akutstationären Krankenbehandlungsbereich betont. Dies wirkt sich einerseits auf die verminderte Rekrutierungsmöglichkeit für Personal aus, vor allem auf Grund der schlechteren Bezahlung (mit Ausnahme von Wien).

Der mobile Bereich wird als ökonomisch ausgehungert beschrieben, was an folgenden Punkten festgemacht wird:

- Nicht erfolgte Valorisierung des Pflegegelds;
- Personal verdient im Schnitt weniger als im akut-stationären Krankenversorgungsbereich;
- Durch Abrechnungsmodalitäten entsteht ein extrem enges Zeitkorsett.

Im mobilen Bereich wird über einen noch immer steigenden Rationalisierungsdruck berichtet, der nach Aussage der ExpertInnen durch knappe Kalkulationen eigentlich schon ausgereizt ist. Dies steht den InterviewpartnerInnen zufolge im krassen Gegensatz zu dem komplexen Aufgabenbereich der extramuralen MitarbeiterInnen, die mit vielschichtigen Problemsituationen konfrontiert sind, die häufig aufwändige Kommunikationen benötigen (mit den NutzerInnen, deren Angehörigen, Hausärzten, mit der eigenen Organisation, etc.). Für diese notwendigen Kommunikationen ist jedoch keine Zeit vorgesehen, was zu massiven Folgeproblemen wie inadäquater Versorgung, Burnout, etc. führen kann.

Eine mangelnde Finanzierungsbereitschaft wird von den befragten ExpertInnen auch für den teilstationären Bereich attestiert, dessen Wichtigkeit zwar immer mehr an Bedeutung gewinnt, dessen Ausbau jedoch meist aus finanziellen Gründen scheitert.

Auch ein gutes Übergangs- und Entlassungsmanagement wird als eine wichtige Rahmenbedingung für Gesundheitsförderung betrachtet, was vielerorts jedoch nicht finanziert werden kann. Innerhalb eines Übergangs- und Entlassungsmanagements kann und sollte nach Aussage der ExpertInnen Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle spielen.

4.3 Professionalisierung

Die Anhebung und Verbesserung der Ausbildungsvoraussetzungen für zentrale berufliche Positionen wird nach Meinung der befragten ExpertInnen von der Politik nicht ausreichend als notwendige Investition in Struktur und Qualität verstanden, von der Effekte auf Prozesse und Ergebnisse erwartet werden können. Die gesetzlich vorgesehene Zuordnung von Gesamtverantwortung in der LTC an diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wird daher von den ExpertInnen eher als Teil des Problems und nicht als Teil der Lösung gesehen.

Vor allem im Bereich der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und deren schwerpunktmäßig akutmedizinischer Ausbildung entstehen einige Problemfelder, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

Die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ist nach wie vor stark am Krankenhaussetting orientiert, in dem interventionistische Akutversorgung im Vordergrund steht. Medizinisch-pflegerische Entscheidungen treffen meist ÄrztInnen, die Pflegekraft ist in ein Team

eingebettet und hat so eher wenig Eigenverantwortung. In Altenwohnheim- und -pflegeeinrichtungen gibt es jedoch kaum angestellte ÄrztInnen und nur wenige diplomierte Fachpersonen, die weitgehend selbstverantwortlich tätig sein müssen. Dies wird seltener als Herausforderung, häufiger als Belastung empfunden. In Bezug auf den Inhalt der Ausbildung werden vor allem der akutmedizinische Schwerpunkt und das mangelnde Wissen im gerontologisch-geriatrischen Bereich als Problem angesehen.

Durch die gesetzliche Vorschrift, dass Pflegedienstleitungen von diplomierten Fachpersonen übernommen werden müssen, kommt es immer wieder zu der als paradox wahrgenommenen Situation, dass eine junge Fachkraft mit primär akutmedizinischem Hintergrund den teilweise viel älteren und vor allem erfahreneren und spezifischer ausgebildeten Pflegehilfskräften vorsteht. Dies führt mitunter zu erheblichen sozialen sowie fachlichen Problemen, die kaum institutionell abgedeckt werden können.

Nach Aussage der ExpertInnen haben diplomierte Pflegekräfte in Alteneinrichtungen überdies das Problem, dass sie pflegerische Argumente gegen wirtschaftliche Interessen verteidigen müssen, was im Krankenhaus nicht der Fall ist. Andererseits haben sie eine gehobenere Stellung, da ihr Wissen und ihre Fachkompetenz sehr geschätzt werden.

Generell wird in allen Bundesländern festgestellt, dass der Bereich der Altenpflege im Verhältnis zur Akutversorgung weniger attraktiv erscheint, was sich auf die Bereitschaft des (diplomierten) Pflegepersonals auswirkt, in diesem Bereich tätig zu sein. Dieses „Imageproblem“ führt nach Aussage einiger InterviewpartnerInnen dazu, dass es für viele gut qualifizierte Personen nicht in Frage kommt, in der Altenpflege zu arbeiten und somit eine „soziale Auslese“ dergestalt stattfindet, dass „gute“ MitarbeiterInnen in den Krankenanstalten verbleiben und „weniger gute“ in Pflegeeinrichtungen angestellt werden. Nach dieser Auslese findet kaum noch Personalaustausch zwischen den beiden Sektoren statt, außer nach langjährigen Berufspausen, wie beispielsweise Kinderkarenz, nach denen eher ein Wechsel in die Pflege stattfindet.

Der Mangel an diplomierten Kräften führt dazu, dass BewerberInnen eingestellt werden „müssen“, auch wenn sie nicht ins bestehende Team passen oder anderweitige Defizite aufweisen. Hier wird ein großer Leidensdruck seitens der Heimleitungen beschrieben, die nicht aus einem vorhandenen Personalmarkt auswählen können.

Die festgefahrene Situation des Personalmarkts wird jedoch nicht nur als Problem beschrieben, sondern auch als durchaus von den Trägern nutzbar gemachte Situation: Sie versuchen, ihre Einrichtungen möglichst kosteneffizient zu planen und versuchen daher, mögliche „Lücken“ für sich zu nutzen, beispielsweise billigeres, nicht diplomiertes Personal einzusetzen. Laut manchen Landesgesetzen dürfen Pflegeeinrichtungen über einen bestimmten Zeitraum unterbesetzt und unterqualifiziert arbeiten / rechnen, wenn sie dies im Durchschnitt wieder ausgleichen. Das wird von manchen Trägern aktiv genutzt, um Kosten gering zu halten.

Daher tun sich Träger und Einrichtungen unterschiedlich schwer, was die Rekrutierung von Personal und dessen Fluktuation angeht. In Fachkreisen scheint man zu wissen, welche Einrichtungen gute Arbeitsbedingungen bieten und welche zu meiden sind.

Grundsätzlich wird angedacht, sowohl im stationären als auch im mobilen Bereich vermehrt Sozialberufe (SozialarbeiterInnen, AltenfachbetreuerInnen, etc.) einzusetzen, die für die Bewältigung der anfallenden Bedürfnisse und Probleme der Alltagsbewältigung spezifischer ausgebildet sind.

4.4 Wissenschaft und Forschung

Grundsätzlich zeigen die ExpertInnen auf, dass es in Bezug auf Gesundheitsförderung im Bereich der LTC einen großen Forschungsbedarf gibt. Das bisher vorhandene Wissen wird als wenig abgesichert, lückenhaft und noch zu wenig spezifisch empfunden. In Anbetracht der oben beschriebenen schwierigen Rahmenbedingungen wird vor allem darauf hingewiesen, dass es noch keine klar umrissenen Gesundheitsförderungs-Konzepte und -Interventionen gibt, die speziell für die LTC entwickelt wurden. Die ExpertInnen berichten, dass diesbezüglich noch die – unter anderem wissenschaftlichen – Voraussetzungen fehlen, um klare Spezifikationen auszuarbeiten, von denen erwartbar ist, dass sie effektive Veränderungen / Verbesserungen des Bereichs bewirken:

- abgesichertes, wissenschaftliches Wissen, einerseits zum besseren Verständnis der Lage / der Handlungsmöglichkeiten, andererseits als Argumentationsgrundlage für Veränderungen im Bereich;
- gezielte, für die jeweilige Zielgruppe spezifizierte, konkrete Interventionskonzepte, möglichst evidenzbasiert.

Außerdem erwarten sich ExpertInnen von der (Pflege-) Wissenschaft Beiträge zum oben angesprochenen Dilemma der Professionalisierung, vor allem in Bezug auf Vorschläge zur Möglichkeit einer verstärkten spezifischen Professionalisierung auch der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in Richtung Altenpflege. Ein weiteres, öfter angesprochenes Themenfeld ist die Entwicklung von Messinstrumenten, die Qualitätsindikatoren der Pflege abbilden können und für die Pflegeberichtserstattung eingesetzt werden können. Dies wird auch im Zusammenhang der Prävention von Pflegebedürftigkeit im stationären Setting genannt. In Bezug auf die Entwicklung von geeigneten Messinstrumenten werden spezifische Zielgruppen genannt, beispielsweise die große Gruppe der demenziell erkrankten Personen, deren Befindlichkeit und Bedürfnisse (noch) schlecht gemessen und erfasst werden können. In diesem Bereich gibt es zwar erste Vorstöße, wie beispielsweise den Ausbau von sogenannten Dementia Care Mapping Systemen und Instrumenten zur Schmerzerkennung, diese werden jedoch als noch nicht ausreichend entwickelt beschrieben.

Ein breiterer Ansatz, der wissenschaftlich noch unterrepräsentiert scheint und von den ExpertInnen als wichtig und notwendig dargestellt und eingefordert wird, sind Studien zur Lebensqualität im stationären Setting der LTC.

5 Zusammenfassung und Fazit

Im Rahmen der Vorstellung des Forschungsprogramms des LBIHPR wird argumentiert, warum eine Analyse über Bedarf und bisherige Initiativen der Gesundheitsförderung in der LTC im nationalen Rahmen eine wichtige Vorbedingung für eine erfolgreiche Entwicklung eines neuen Bereichs für settingorientierte Gesundheitsförderung ist.

In einem zweiten Schritt wird ein Verständnis von LTC dargestellt, das sich klar von einer traditionellen Perspektive auf den Bereich als „Restversorgung“ unterscheidet. Ein moderner Begriff von LTC umfasst über die hauswirtschaftlichen und krankenpflegerischen Interventionen hinaus Handlungskonzepte, die in einer sinnvollen Weise kurative, rehabilitative, präventive und gesundheitsförderliche Perspektiven einschließen. (Kranken-) pflegerische und soziale Perspektiven sind zu kombinieren und die Tatsache, dass es sich bei LTC-Settings um Wohn- und Lebensorte und nicht um Interventionszentren (wie Akutkrankenhäuser) handelt, hat Konsequenzen für eine möglichst gesundheitsförderliche Organisationsform.

In einer kurzen Strukturbeschreibung der LTC in Österreich (mit Schwerpunkt auf Altenbetreuung) wird eine dynamische Bedarfsentwicklung skizziert, die auf ein politisch und organisatorisch fragmentiertes Angebot trifft, mit vergleichsweise wenig Ressourcen und Transparenz, aber langsam wachsendem Problembewusstsein, auch der Politik. Erfolgsversprechende Interventionen müssen an diese Ausgangslage und die Perspektiven der dort handelnden Akteure anschließen. Eine erfolgreiche Entwicklung setzt ein an das Setting, seine Rahmenbedingungen, an die Problemlagen und Handlungsperspektiven der Akteure anschlussfähiges und ausreichend komplexes Gesundheitsförderungskonzept voraus. In einem Vorgriff auf weitere konzeptuelle Klärungen werden inhaltliche Dimensionen eines für LTC relevanten Gesundheitsbegriffs und ein Hintergrundmodell für mögliche Interventionen skizziert, die an beeinflussbaren Determinanten von Health Impacts ansetzen. Beispiele aus der aktuellen Literatur illustrieren, wie konkret Ansatzpunkte auch in Bezug auf die Gesundheit der NutzerInnen konzipiert werden können, es wird aber auch deutlich gemacht, dass noch viel Bedarf an Konkretisierung und Evidenzbasierung besteht. Schließlich wird die Methodik der Erhebungsarbeiten der Status Quo Analyse dargestellt. Insgesamt wurden 21 ExpertInnengespräche (Interviews und Gruppeninterviews) durchgeführt; Perspektiven von sieben Bundesländern, vier großen Wohlfahrtsorganisationen und aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen konnten mit einbezogen werden. Mit dieser Vorgangsweise konnte ein guter Überblick über Bedarf nach und Anschlussmöglichkeiten für Gesundheitsförderung aufzuzeigen, geschaffen werden. Eine repräsentative, systematische Erhebung und Analyse eines komplexen Feldes, in dem es bisher nur wenige erhobene und aggregierte beziehungsweise aggregierbare Daten gibt, kann durch eine solche Expertenstudie allerdings nicht substituiert werden. Von uns geplant ist eine weitere vertiefte Analyse der Ergebnisse mit dem Ziel einer Publikation im wissenschaftlichen Kontext. Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung wurden nach dem Bedarf für unterschiedliche Zielgruppen in unterschiedlichen Settings, bisherigen Initiativen und schließlich den für die verstärkte Nutzung von Gesundheitsförderung in der österreichischen LTC relevanten Rahmenbedingungen gegliedert.

Die Frage nach dem *Bedarf nach Gesundheitsförderung* wurde von den ExpertInnen zunächst als Bedarf nach Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen im stationären und mobilen Bereich gesehen, ebenso als Bedarf für die pflegenden Angehörigen im informellen beziehungsweise durch mobile Dienste mitversorgten Bereich. Der teilstationäre Sektor wird zwar als sehr wichtig erachtet (auch für diese beiden Zielgruppen, vor allem für die pflegenden Angehörigen), ist aber noch wenig ausgebaut. Gesundheitsförderung für die NutzerInnen wird in der Regel von den ExpertInnen selbst nicht spontan angesprochen. Wenn jedoch klargestellt wird, dass es sich bei Gesundheitsförderung nicht nur um Vermeidung von Krankheit, sondern auch um Erhaltung/Stärkung von verbliebener Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden und um den Erhalt von sozialen Ressourcen geht, sehen die ExpertInnen sofort viele Anschlussmöglichkeiten und einen erheblichen Bedarf beziehungsweise ein erhebliches Verbesserungspotential, und zwar vor allem im stationären Bereich.

Vergleichsweise weniger ergiebig war der Versuch, einen *Überblick über bisherige Initiativen der Gesundheitsförderung* zu erhalten. Der Ansatz, Praxisinitiativen und Projekte mittels ExpertInneninterviews mit VertreterInnen auf Landesebene und VertreterInnen der Wohlfahrtsverbände zu eruieren, führte zur Erkenntnis, dass die Projektlandschaft sehr heterogen und divers ist und es viele kleine Praxisinitiativen auf der Trägerebene gibt, über die sogar innerhalb der eigenen Organisation - auf übergeordneten Ebenen - wenig Wissen besteht. Wenn dazu systematisches Wissen gewonnen werden soll, müsste eine eigene Erhebung auf der Trägerebene (Gemeinden, Sozialhilfeverbände, regionale Anbieter) durchgeführt werden, oder das Anliegen müsste im Rahmen einer anderen repräsentativen Erhebung untergebracht werden. Wir haben im Rahmen dieses Berichts auf eine systematische Analyse der Initiativen, die uns bekannt geworden sind, verzichtet, da die Qualität der Unterlagen und Dokumentationen sehr unterschiedlich und schwer wissenschaftlich verwertbar ist.

Die Ergebnisse zu den *Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung*, das heißt zu den förderlichen oder hinderlichen Faktoren für Gesundheitsförderung in der LTC, lassen vier Hauptdimensionen erkennen:

In der politischen Dimension stellt sich als größte Herausforderung die *fragmentierte politische Verantwortung* für ein bedürfnisangemessenes und zugängliches Angebot beziehungsweise für die Steuerung des Systems mit Blick auf dessen Effektivität, Effizienz und Qualität dar. Einerseits ist hier die föderale und lokale Fragmentierung zu nennen, andererseits die Trennung der Bereiche Gesundheit und Soziales, die in der LTC in einem modernen Verständnis zusammengehören und stärker integriert werden sollten, als dies derzeit der Fall ist.

Bezüglich der *Finanzierung* ist der Bereich der LTC im Vergleich zur akuten Krankenbehandlung sehr viel schlechter ausgestattet. Dies hat Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen, beispielsweise bei der Personalrekrutierung. Diese finanzielle Knappheit ist im mobilen Bereich extrem ausgeprägt, insbesondere angesichts des durch demografische und epidemiologische Entwicklungen entstehenden steigenden Bedarfs.

Schließlich wird eine insgesamt zu geringe und in Bezug auf die Kernaufgaben – Unterstützung beim Leben und Wohnen bei bedingter Gesundheit – auch verzerrte *Professionalisierung* festgestellt. Die zentrale Positionierung der diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonen als Qualitätssicherer und Entwickler wird angesichts deren fehlender spezifischer Vorbereitung auf den Altenbereich in der Aus- und Weiterbildung als fragwürdig und möglicherweise kontraproduktiv

wahrgenommen.

Als *Bedarf nach Wissenschaft und Forschung* wird zunächst ein erhebliches Defizit an abgesichertem Grundlagenwissen genannt. Spezifisch fehlt aber auch Wissen über angemessene Interventionskonzepte, von denen erwartbar ist, dass sie effektive Veränderungen / Verbesserungen des Bereichs bewirken. Exemplarisch werden als Forschungsbedarf die Bereiche Professionalisierung, die Entwicklung von Messinstrumenten vor allem auch zur Nutzung in Prozessen der Qualitätsentwicklung, sowie Studien zur Lebensqualität im stationären Setting der LTC genannt.

Als *Fazit* lässt sich festhalten:

Gesundheitsförderung im Sinne der Erhaltung beziehungsweise Steigerung positiver Gesundheit macht nicht nur theoretisch Sinn, sondern ist auch für ExpertInnen aus dem LTC-Bereich anschlussfähig - nicht nur für (relativ) gesunde MitarbeiterInnen und Angehörige, sondern auch für alte, vielfach funktionell eingeschränkte NutzerInnen mit chronischen Krankheiten. Für die Gesundheitsförderung ist das ein Bereich, in dem es klare neue Chancen gibt.

Die relative Unterentwicklung der (österreichischen) LTC ist sowohl als Chance also auch als Handicap für Gesundheitsförderung zu verstehen. Als Chance, weil Gesundheitsförderung gesundheitsbezogene Aufgaben und Leistungen der LTC sichtbar machen kann, als das mit den bisherigen Bedarfs- und Versorgungskonzepten möglich war. Handicap, weil Gesundheitsförderung auch die Differenz zwischen dem, was prinzipiell möglich wäre und dem, was unter den gegebenen Bedingungen tatsächlich umgesetzt wird, noch transparenter macht – und ob sich Organisationen, Professionelle oder auch Verantwortliche dieser Differenzerfahrung aussetzen wollen, ist nicht gesichert. Zusätzlich wäre es für die Gesundheitsförderung nicht unproblematisch, falls unter dem Titel Gesundheitsförderung zunächst Basis-Qualitätssicherung betrieben werden müsste.

Für wissenschaftliche Gesundheitsförderungsforschung – Konzept- beziehungsweise Theorieentwicklung, empirische Analysen, Interventionsstudien, Evaluation von Praxisprojekten, etc. – ergeben sich jedenfalls eine Fülle von Möglichkeiten zur Forschung auf allen Ebenen. Die im Rahmen des Forschungsprogramms des LBIHPR geplante Implementierung von settingorientierter Gesundheitsförderung im Rahmen eines Pilotprojekts scheint jedenfalls sinnvoll und machbar.

Literatur

- Badelt, C., et al. (1997). Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.
- Baric, L. (1998): People in Settings. Forew. by Ilona Kickbusch. Altrinchham.
- BMSK (2008) Bericht des Arbeitskreis für Pflegevorsorge 2006. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, F. u. J. (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich. Wien
- Dooris, Mark / Poland, Blake D. / Kolbe, Lloyd / De Leeuw, Evelyne / McCall, Douglas S. / Wharf-Higgins, Joan (2007): Healthy Settings. Building Evidence for the Effectiveness of Whole System Health Promotion - Challenges and Future Directions. In: McQueen, D.V. / Jones, C.M. (Hrsg.): Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. New York, S. 327-352.
- EHCI (2007). The European Health Consumer Index (EHCI) 2007. Explanatory Statement by Ministry for Health, the Elderly and Community Care. Unter <http://www.sahha.gov.mt/showdoc.aspx?id=748&filesource=4&file=pr1478.pdf>, zuletzt aufgerufen am 25.10.08
- Evashwick, C.J. (2005): The continuum of Long Term care. Thomson Delmar Learning, New York
- Forster, Rudolf / Krajic, Karl / Pelikan, Jürgen M. / Kinzl, Harald (2004): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Was sagt die Wissenschaft dazu? Frankfurt am Main, S. 33-66.
- Garms-Homolova, V. (2008): Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmeier, A., Schaeffer, D. (Hg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber. (Handbuch Gesundheitswissenschaften), S. 263-275
- Goffman, E. (1961): Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City, New York.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2007): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage, Bern u.a.: Verlag Hans Huber. S. 11-19.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. (4., vollst. überarb. Aufl.) Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 749-780.
- Krenn, M. Papouschek, U. Simsa, R. (2004). Soziale Dienste (Mobile Pflege) in Österreich – Skizze eines Sektors. Diskussionspapier Nr. 5 des EAP: Projekt zur Entgrenzung von Arbeit und Chancen zur Partizipation.
- Kuhlmeier, A., Schaeffer, D. (Hg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber. (Handbuch Gesundheitswissenschaften)
- Mühlberger, U. Knittler, K. Guger, A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO Wien
- Nam, H. (2003). Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung. WU Wien / Sozialpolitik <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/nam%20studie%5B1%5D.pdf> zuletzt aufgerufen 27.11.2009
- Nemeth, C., Bergmann, F. Hlava, A. Pochobradsky, E. (2006); Studie über Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006, ÖBIG. http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/beschaeffigte_im_alten-und_behindertenbereich_2006.pdf; zuletzt aufgerufen 27.11.2009
- Österle, A., Hammer, E. (2004). Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven. Wien.

- Pelikan, J.M., Halbmayr, E. (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, J.M. / Wolff, S. (1999): Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Juventa, Weinheim.
- Pelikan, J.M. (2007a): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2007, 2, S. 74-81.
- Pelikan, J.M. (2007b): Understanding Differentiation of Health in Late Modernity - by use of sociological system theory. In: McQueen, D.V., Kickbusch, I.S. (Hg.): Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. New York: Springer. S. 74-102.
- Pelikan, J.M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34, 2, S. 28-47.
- Rudda, J. , Marschitz, W. (2007). Reform der Pflegevorsorge in Österreich II. S 515 – 525. In Soziale Sicherheit: Neue Wege „24-Stunden-Betreuung“, Ausgabe November 2007
- Schaeffer, D., Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, 6.
- Schneider, U. et al. (2006) Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien. Wien. Unter http://www.wu-wien.ac.at/sozialpolitik/pub/fbn02_06 zuletzt aufgerufen am 25.11.2009
- Statistik Austria (2002). Mikrozensus - Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus. <http://www.statistik.at/>, abgefragt 5.11.2008, zuletzt aufgerufen am 27.11.2009
- Statistik Austria, (2006) Bevölkerungsstatistik. <http://www.statistik.at/>, zuletzt aufgerufen am 27.11.2009
- Ungerson, C. (2002): Cash and Care, State and Market. Paper prepared for RC 11, XV World Congress of Sociology, Brisbane, mimeo.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betreuungssituation in Österreich 2007	10
--	-----------

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prognose der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030	9
Tabelle 2: Übersicht über die im Langzeitbereich hauptsächlich tätigen Berufsgruppen	10
Tabelle 3: Exemplarische Spezifikation von Beobachtungskriterien für positive Gesundheit (entwickelt im Anschluss an Pelikan 2009)	16