



Gesundheit hat kein Alter – Transfer Steiermark Ergebnisse der Abschlussevaluation

Karl Krajc

Charlotte Dötig

**Externe Evaluation, durchgeführt in Kooperation mit der Styria vitalis,
gefördert durch den Fonds Gesundes Österreich und dem Hauptverband
der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Juni 2017

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

A-1020 WIEN, Aspernbrückengasse 4/5

Tel.: +431 21 24 700

Fax: +431 21 24 700-77

office@forba.at

<http://www.forba.at>

INHALT

1	<u> EINLEITUNG</u>	3
1.1	PROJEKTKONTEXT	3
1.2	DATENQUELLEN DER EVALUATION	3
2	<u> ZIELGRUPPE MITARBEITERINNEN</u>	5
2.1	GESAMTEINSCHÄTZUNG	5
2.2	ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN IM EINZELNEN	7
2.2.1	MOF ALS ZENTRALER BEITRAG ZUR MITARBEITERINNENGESUNDHEIT	7
2.2.2	MITARBEITERINNENGESUNDHEIT ALS THEMA SICHTBAR MACHEN	8
2.2.3	WEITERE MAßNAHMEN ZUR KULTURENTWICKLUNG: MEHR TRANSPARENZ, WERTSCHÄTZUNG UND PROAKTIVE AUSSENDARSTELLUNG	9
2.2.4	STRUKTURELLE MAßNAHMEN ZUR VERÄNDERUNG VON ARBEITSFORMEN UND ABLÄUFEN	10
2.2.5	INVESTITIONEN IN DIE VERBESSERTEN BERUFLICHEN KOMPETENZEN DER MITARBEITERINNEN	11
2.3	ERFAHRUNGEN BEI DER IMPLEMENTIERUNG BZW. WEITERENTWICKLUNG	12
2.3.1	WICHTIGE VORAUSSETZUNGEN IN DEN HÄUSERN	12
2.3.2	DURCHFÜHRUNG ALS UMFASSENDES SETTING PROJEKT ERZEUGT SYNERGIEN	13
2.3.3	BEDEUTUNG EXTERNER UNTERSTÜTZUNG	13
3	<u> ZIELGRUPPE BEWOHNERINNEN</u>	15
3.1	MOF - MOBILITÄTSFÖRDERUNG ALS ZENTRALE BEWOHNERBEZOGENE INTERVENTION	15
3.1.1	PRAKTISCHE IMPLEMENTIERUNG DER MOF	16
3.1.2	SCHULUNG ALS VORAUSSETZUNG FÜR DIE ERFOLGREICHE IMPLEMENTIERUNG DER MOF	16
3.1.3	WICHTIGE RESSOURCEN UND HÜRDEN BEI DER IMPLEMENTIERUNG DER MOF	17
3.1.4	RESONANZ DER BEWOHNERINNEN	20
3.1.5	AUSWIRKUNGEN / ERFOLG	20
3.1.6	NACHHALTIGKEIT IN BEZUG AUF MOBILITÄTSFÖRDERUNG	21
3.2	WEITERE BEWOHNERINNEN-BEZOGENE MAßNAHMEN	21
4	<u> ZIELGRUPPE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE</u>	22
4.1	ANGEHÖRIGE	22
4.2	EHRENAMTLICHE	22
5	<u> TRANSFER</u>	23
5.1	TRANSFERAKTIVITÄTEN DER PILOTHÄUSER	23
5.2	TRANSFERGRUPPE ALS TEIL DES PILOTPROJEKTS	23
5.2.1	ZIELSETZUNG DER TRANSFERGRUPPE	23

5.2.2	TEILNEHMENDE EINRICHTUNGEN	24
5.2.3	ARBEITSSCHRITTE	25
5.2.4	EINSCHÄTZUNG DER BETEILIGUNG (PERSPEKTIVE DER PROJEKTLEITUNG)	26
5.2.5	AUSROLLUNG VON MOF	26
5.2.6	AUSROLLUNG VON INTEGRIERTER GESUNDHEITSFÖRDERUNG (IGF)	27
5.3	EINSCHÄTZUNG DES TRANSFERERFOLGS DURCH DIE EXTERNE EVALUATION	27
5.3.1	ERFOLG DES TRANSFERS VON MOF	27
5.3.2	DAS MODELL IGF IN DER ALTENBETREUUNG	28
6	REFERENZEN	30

1 EINLEITUNG

1.1 Projektkontext

Im Rahmen des Projekts „Gesundheit hat kein Alter: Transfer Steiermark“ wird in mehreren steirischen Einrichtungen der stationären Altenbetreuung und Pflege Gesundheitsförderung in einem umfassenden Setting-Ansatz implementiert. Insgesamt konnten 4 Einrichtungen für die Implementierung des Gesamtansatzes gewonnen werden, ein Haus machte nur in Bezug auf BewohnerInnen, Angehörige und Ehrenamtliche mit, mit der Begründung, dass ein BGF Programm durch den Träger bereits vorher implementiert und im Laufen war.

Das Projekt war als Transfer von Konzepten und Instrumenten des Wiener Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (2011-2013) angelegt (Cichocki, Quehenberger & Krajic 2013). Das Transfer-Projekt wurde in einer Kooperation von Styria vitalis als Projektträger und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse als Fördergeber und operativem Kooperationspartner sowie mit finanzieller Unterstützung von FGÖ, Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Land Steiermark durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung bzw. externe Evaluation wurde durch die FORBA übernommen, unter Projektleitung von Priv.Do. Krajic, der schon die wissenschaftliche Begleitung

Die Projektdauer betrug 2,5 Jahre, zwischen Jänner 2015 und Juni 2017. Das Projekt baut auf Konzepte, Instrumente, Erfahrungen und Ergebnisse des 2011-13 in Wien durchgeführten Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ auf (gefördert vom Fonds Gesundes Österreich).

Als Zielgruppen für Gesundheitsförderung wurden in diesem Projekt die BewohnerInnen und die MitarbeiterInnen benannt.

1.2 Datenquellen der Evaluation

Die Evaluation basiert auf multiplen Datenquellen, die mit quantitativen und vor allem qualitativen Methoden erarbeitet wurden.

- Qualitative Ausgangsdiagnosen und laufende Dokumentationen (Projekttagbücher, Zwischendiagnosen), erstellt durch das Projektteam der Styria vitalis auf Grundlage von Vereinbarungen mit der externen Evaluation, erarbeitet 2015/16 im Rahmen von vier Evaluationsworkshops.
- Zwischenevaluationen, erstellt 2015/16 durch die FORBA in Kooperation mit dem Projektteam der Styria vitalis, im Kontext von Projektzwischenberichten.
- Quantitative Bedarfserhebung MitarbeiterInnen-Bedürfnisse (4 Hausberichte) und BewohnerInnen-Bedürfnisse (5 Hausberichte), erstellt 2015 von der FORBA im Rahmen der quantitativen Evaluationsstudien. Die hausspezifischen

Endberichte der Bedarfserhebung konnten als Vertiefungen der Ausgangsdiagnosen genutzt werden. Ergänzt wurden die systematischen Bedarfserhebungen durch qualitative Verfahren (Fokusgruppen mit Angehörigen und Ehrenamtlichen bzw. Interviews mit dem Management).

- Im November 2016 wurden in allen 5 beteiligten Piloteinrichtungen vom Projektteam, in Abstimmung mit der externen Evaluation, Reflexionsgespräche zur Implementierung und Durchführung der Mobilitätsförderung für BewohnerInnen (MOF) durchgeführt und dokumentiert
- Im Rahmen der Abschlussequation wurden im März 2017 in jenen vier Pilothäusern, die ein umfassendes Projekt durchgeführt hatten (unter Einschluss der BGF), von der externen Evaluation jeweils eine Fokusgruppe und ein Interview mit Leitungspersonen durchgeführt und analysiert.
- Zu Effekten auf Ehrenamtliche, Angehörige und die Einbettung in die lokale Gemeinde konnten im Rahmen dieser Fokusgruppen und Leitungsgespräche wichtige Aspekte miterhoben werden, ebenso in Bezug auf die Nachhaltigkeit des gesamthaften Ansatzes
- Aussagen über den Transferprozess basieren auf Dokumentationen bzw. Präsentationen von Styria vitalis, Auswertungen von Protokollen der Sitzungen der Transfergruppe, plus zwei Mal teilnehmende Beobachtung durch die externe Evaluation.

Übersicht 1 bietet einen Überblick über die Zusammensetzung der TeilnehmerInnen in den von der externen Evaluation selbst durchgeführten Fokusgruppen und Leitungsinterviews.

Übersicht 1: Abschlussequation – von der externen Evaluation durchgeführte Erhebungsarbeiten

Piloteinrichtungen	Zusammensetzung Fokusgruppen	TeilnehmerInnen Leitungsinterview
Haus A (Compass Stallhofen)	6 MitarbeiterInnen Pflege, 1 Animation, 1 Küchendienst, 1 Administration, 1 Wirtschaftsdienst	Pflegedienstleitung, Projektleitung
Haus B (Caritas Preding)	2 Pflege, 1 Hauswirtschaft, 1 Administration, 1 Animation	Heimleitung
Haus C (Krottmaier)	2 Animation, 2 Pflege/im Projektteam, 3 Pflege/nicht im Projektteam, 1 Assistenz Sachwalterschaft	Heimleitung
Haus D (Senecura Melisse)	Projektleiterin, Pflegedienstleiterin, 2 Pflege, 1 Administration, 1 Animation	Heimleitung, Projektleitung

2 ZIELGRUPPE MITARBEITERINNEN

2.1 Gesamteinschätzung

Die Entwicklung der MitarbeiterInnengesundheit, die sich im Zuge des GHKA Projektes in den vier steirischen Pilothäusern für den Gesamtansatz der GF abzeichnet, wird von den MitarbeiterInnen insgesamt als (deutlicher) Fortschritt beschrieben. Die Auswirkungen des Projektes wurden im Rahmen der Fokusgruppen und Leitungsinterviews in allen vier Häusern als deutlich spürbar und über die Ausgangserwartungen wesentlich hinausgehend beschrieben. Es gibt deutliche Hinweise, dass dieser gute Projekterfolg damit zusammenhängt, dass „Gesundheit hat kein Alter“ als integriertes Gesamtprojekt durchgeführt wurde und nicht nur primär als BGF-Maßnahmen. Zugespißt gesagt: Diese sehr positive Bewertung wird nicht trotz des Gesamtansatzes abgegeben, sondern weil auch die Bedürfnisse der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen im Projekt berücksichtigt wurden.

Besonders wichtig scheint die Mobilitätsförderung (MOF; siehe unten Kapitel 3.2) gewesen zu sein. In drei der vier Häuser wurde die MOF ganz explizit als sehr wesentliche Maßnahme in Bezug auf die Entlastung der MitarbeiterInnen thematisiert.

Insgesamt wird eine Stärkung der MitarbeiterInnen-Orientierung in der alltäglichen Organisationskultur wahrgenommen, und in diesem Zusammenhang werden auch verschiedene für MitarbeiterInnengesundheit relevante strukturelle Veränderungen beschrieben, die von kleinen, aber wirkungsvollen räumlichen Reorganisationen über Rollenklärungen, neue Rollen, Einstellung neuer MitarbeiterInnen und Gewinnung von neuen KooperationspartnerInnen bis zu größeren baulichen Veränderungen gehen (siehe unten).

In Bezug auf die Alltagspraxis der beteiligten Häuser (die „Organisationskultur“ im Sinne von Kühl 2011) lässt sich zusammenfassen:

- Die Perspektive auf die MitarbeiterInnengesundheit hat sich in der Organisation verändert, sie ist als Bestandteil des Organisationsalltags (weiter) gestärkt worden und ist sowohl aus der Leitungsperspektive als auch bei den MitarbeiterInnen selbst vermehrt in den Fokus gerückt.

D.h. aktuelle organisatorische Veränderungen werden verstärkt auch unter der Perspektive diskutiert, ob sie den Ansprüchen umfassender Gesundheitsförderung im Haus im Allgemeinen und der MitarbeiterInnengesundheit im Besonderen entsprechen. Diese Entwicklung wird sowohl von der Leitung als auch dem Personal eindeutig auf die Projektteilnahme zurückgeführt.

Die verstärkte Aufmerksamkeit in Bezug auf die MitarbeiterInnengesundheit schlug sich in einer Reihe von Einzelmaßnahmen nieder (Veränderungen der „Organisationsstruktur“ im Sinne von Kühl 2011), von denen Einfluss auf den Gesundheitszustand der

MitarbeiterInnen zu erwarten ist. Das wird detaillierter im Abschnitt 2.2 unten beschrieben.

Wie schon erwähnt, haben die Mitarbeiterinnen vor allem die MOF für BewohnerInnen als zentral hervorgehoben. Besonders wichtig für den Erfolg des GHKA Projekts war aus MitarbeiterInnen-Perspektive aber auch die konsequente Umsetzung der im Rahmen der Projektgruppen diskutierten Entwicklungsmaßnahmen, von kleinen Schritten wie Umstellung von störendem Mobiliar, Klärung von unklaren Aufgaben und Kooperationsverhältnissen, Einführung neuer Rollen und Anstellung neuer MitarbeiterInnen, bis zu baulichen Veränderungen.

Insgesamt stärkt die konkrete und erfolgreiche Umsetzung von Diskussionen in Maßnahmen die Glaubwürdigkeit bzw. das Vertrauen in die Organisationskultur bzw. deren Weiter-Entwicklung in Richtung einer verstärkten MitarbeiterInnen-Orientierung.

Die Veränderung war deutlich genug, um zumindest in zwei der vier Häuser aus der Perspektive der Leitung einen Wandel des Verhaltens in Bezug auf die Krankenstände zu kommentieren. So sind in einem Haus die Krankenstände um ein Drittel zurückgegangen. In einem anderen Haus zeigte sich eine gegenteilige Entwicklung - die Krankenstände sind (leicht) gestiegen. Dieser Effekt wird von der Leitung des Hauses aber positiv bewertet, weil sie argumentiert, dass die MitarbeiterInnen erkennen, wann es ihnen nicht gut geht und selbstverantwortlich agieren. Langzeitkrankenständen könne damit eher vorgebeugt werden. Und durch die gute Kommunikation zwischen der Führung und den MitarbeiterInnen und das gute, sehr kooperative Klima im Team kann diese Veränderung im Haus als Entlastung wahrgenommen werden.

In Bezug auf die Frage der Nachhaltigkeit der Projektergebnisse bestehen aus Perspektive der Evaluation gute Gründe zur Annahme, dass in allen vier Häusern wesentliche Ergebnisse des Projekts auch über sein Ende hinaus erhalten bleiben werden. Das betrifft eine grundsätzlich positive Haltung zur BGF, insbesondere auch Einsicht in die Bedeutung von gesunder Führung, aber auch von Partizipation. Auch die Mobilitätsförderung MOF sollte ohne Probleme über das Projektende in den Häusern erhalten bleiben.

Möglicherweise problematisch könnte zumindest langfristig eine bisher eher geringe externe Unterstützung der Häuser in ihren GF Bemühungen sein. In den Trägerorganisationen (3 der 4 Häuser sind Teil von größeren Unternehmen) haben die Pilothäuser bisher noch nicht als „Trägerrakete“ fungieren können. Auch eine stärkere Berücksichtigung von GF Perspektiven in den rechtlichen und finanziellen Standards des Landes (Finanzierung und Qualitätskontrolle im Pflegebereich) stellt nach wie vor ein Desideratum dar.

2.2 Ergebnisse und Erfahrungen im Einzelnen

2.2.1 MOF als zentraler Beitrag zur MitarbeiterInnengesundheit

Auffällig - und aus einer externen Perspektive zunächst überraschend - war, dass die MOF sich insgesamt zur zentralen Maßnahme des Projekts entwickelt hat. Die Beschreibungen im Rahmen der abschließenden Erhebungen weisen darauf hin, dass sich die MOF aufgrund ihrer Multifunktionalität - BewohnerInnen zu aktivieren, dadurch gleichzeitig MitarbeiterInnen zu entlasten und Angehörige zufrieden zu stimmen - als umfassend wirksam, weil positive Entwicklungsprozesse auslösend bzw. verstärkend gezeigt hat.

In allen Häusern wurde Überraschung geäußert, dass gezielte Mobilitätsförderung für die BewohnerInnen als solch starker Faktor in die Gesundheitsförderung hereinspielt, wie es durch das Projekt sichtbar wurde. Folgende Effekte der MOF wurden beschrieben:

- Die BewohnerInnen sind in besserer Stimmung; vor allem in drei Häusern zeigt sich diese Veränderung sehr stark, im vierten Haus wird dieser Aspekt nur leise geäußert, aber die Verbesserung der Atmosphäre am Arbeitsplatz genannt.
- In mehreren Gesprächen wurde von den MitarbeiterInnen eine Verbesserung der funktionalen körperlichen Gesundheit der BewohnerInnen durch die MOF beschrieben, also von mehr Kraft, mehr Beweglichkeit und damit einhergehender Sicherheit unter den BewohnerInnen.
- In drei von den vier Häusern entlastet die wiedererlangte Kraft der BewohnerInnen die Mitarbeiterinnen bei Hebetätigkeiten; im vierten Haus wird das nicht genannt, aber von einem veränderten Miteinander gesprochen, BewohnerInnen helfen einander jetzt mehr.
- Die BewohnerInnen sind durch die MOF selbstbewusster geworden und haben vor allem in zwei Häusern an Motivation gewonnen und Ehrgeiz entwickelt. Dieses stärkere Selbstbewusstsein fördert auch Autonomie - Bedürfnisse werden klarer artikuliert als das zuvor der Fall war. Das bedeutet auch: Es kann gezielter auf Bedürfnisse eingegangen werden, und das entlastet die MitarbeiterInnen. Wenn bedürfnisorientierter gearbeitet werden kann, machen die BewohnerInnen ihrerseits mehr mit, und das entlastet. Und die MitarbeiterInnen wissen, dass sie gute Arbeit leisten; vor allem in einem Haus wurde dieser Aspekt sehr betont.
- Auch in den zwei Häusern, in denen die MOF Effekte etwas zurückhaltender formuliert wurden, wurde eine Perspektivenverschiebung genannt, durch welche der Fokus vom Betreuungsbedarf der BewohnerInnen auf ihre Autonomie gelenkt wird.
- In einem Haus wird auch berichtet, dass der Schlaf der BewohnerInnen sich verbessert hat und der Nachtdienst damit entlastet ist.
- In einem Haus wurde der verstärkte Einsatz gemeinsamer Spaziergänge als Möglichkeit beschrieben, Bewegungsförderung für BewohnerInnen und MitarbeiterInnen zu verbinden.
- Auch wird eine Verbesserung der sozialen Einbindung der BewohnerInnen durch die MOF beschrieben, und zwar durch eine stärkere Differenzierung nach dem Grad funktionaler Beeinträchtigung. Stärkere Bedürfnisorientierung wird auch durch eine Umstellung der Bewegungsförderung auf Kleingruppen ermöglicht.

- Diese Differenzierung der MOF macht sie als Integrationsinstrument brauchbar, weil z.B. Langweile unter den relativ agilen BewohnerInnen vorgebeugt werden kann.
- Bewegungsförderung wird durch die MOF auch besser in den Alltag integriert und soll es bleiben, soll nicht nur Reaktion auf ein ärztlich verschriebenes Rezept sein.

Die Resonanz auf die MOF ist so stark, dass sie auch die Angehörigen erreicht, deren Zufriedenheit sich ebenfalls steigert. Mögliche Konflikte werden damit eher reduziert und auch Wertschätzung für die MitarbeiterInnen wird deutlicher ausgedrückt.

Auch die Wertschätzung durch die BewohnerInnen und unter den KollegInnen ist stärker wahr zu nehmen als zuvor, das wurde in einem Haus für den Bereich der Animation deutlich formuliert. Im Rahmen des GHKA Projekts hat die Animation eine besonders wichtige Rolle gespielt (insbesondere, aber nicht nur bei der MOF), und ist dafür auch positiv wahrgenommen worden. Der professionelle Einsatz der Animatorinnen und ihre Arbeit werden – auch durch die MOF - sowohl von KollegInnen, BewohnerInnen, Heimleitung und Angehörige verstärkt als für den Erfolg des Hauses relevant erkannt. Das sollte auch mittel- und langfristig zu einer professionellen Stabilisierung und verstärkten Profilierung dieser Rolle beitragen.

2.2.2 MitarbeiterInnengesundheit als Thema sichtbar machen

Als klassisches Instrument der BGF, das die MitarbeiterInnen-Orientierung fördern soll, sind Gesundheitszirkel weitgehend akzeptiert.

Gesundheitszirkel sind aber noch nicht in allen vier Häusern etabliert, jedoch konnten im Rahmen der Projektgruppen ähnliche Kommunikationsräume geschaffen werden.

Es wurde – nach den Ergebnissen der Abschlusserhebungen - in allen Häusern als wichtig erachtet, dass jeder in der Gruppe gehört wurde und im Konsens der Gruppe Vorschläge, Wünsche und dringende Bedürfnisse bei der Leitung eingereicht werden konnten.

In einem solchen Rahmen können sehr unterschiedliche Probleme und mögliche Maßnahmen identifiziert werden. In den beteiligten Häusern wurden folgende Beispiele genannt, die von den MitarbeiterInnen durchwegs als sehr entlastend beschrieben wurden:

- „Kleinigkeiten“ wie eine räumliche Umgestaltung durch das Verschieben eines Schrankes – deren Auswirkungen als durchaus wesentlich, weil viele entlastend beschrieben wurde.
- Maßnahmen zur Reduktion der alltäglichen Störungen durch Einführung neuer Betreuungsformen, wie z.B. eine Tages-Gruppe für BewohnerInnen mit ausgeprägter Demenz
- Auch (für einzelne Häuser neue) Angebote von spezifischen-Programmen, die auch der mentalen Fitness dienen sollen, wie bspw. „geistig fit und aktiv“ können hier eingeordnet werden.

Die Weiterführung dieser Arbeit im Rahmen von Gesundheitszirkeln läuft oder ist zumindest in Vorbereitung. In einem Haus ist zusätzlich ein Betriebsrat etabliert worden, der als wichtig zur Unterstützung für gute Teamarbeit beschrieben wurde.

Ob mit oder ohne Betriebsrat scheint es jedenfalls besonders wichtig zu sein, dass in den Verfahren um Identifikation von Problemen und ihren Lösungsmöglichkeiten MitarbeiterInnen ihre eigene Initiative bzw. ihre Leistung als relevant erleben können, was auch einen Einfluss auf Selbstbewusstsein der MitarbeiterInnen hat (Empowerment!).

Durch das Projekt ist insgesamt der Blick auf den Arbeitsalltag verändert worden.

2.2.3 Weitere Maßnahmen zur Kulturentwicklung: Mehr Transparenz, Wertschätzung und proaktive Aussendarstellung

Berichtet wird, dass sich die Kommunikation über einen knappen Personalschlüssel in einem Haus geändert hat, da die MitarbeiterInnen die Möglichkeiten der Leitung durch transparente Kommunikation über Rahmenbedingungen besser verstehen können. Die MitarbeiterInnen fühlen sich von ihren Leitungspersonen nicht allein gelassen, wertgeschätzt und eine Akzeptanz schwieriger Bedingungen ist so eher möglich. Themen, die offen diskutiert werden, und bei denen ersichtlich ist, dass die Heimleitung auch nur begrenzte Möglichkeiten hat, ermöglichen es den MitarbeiterInnen, insgesamt zufriedener zu sein, sich besser verstanden zu fühlen und beispielsweise mit dem Problem phasenweiser knapper Personaldecken besser umgehen zu können.

Eine konkrete Möglichkeit, Wertschätzung zu erleben, ist die Anerkennung von zusätzlichem Aufwand z.B. durch (temporäre) zusätzliche bezahlte Arbeitszeit – so genannt für zusätzlichen Dokumentationsaufwand, der im Zuge eines Besitzer-Wechsels entstanden ist.

Ebenfalls als Maßnahme zur Entwicklung einer integrativen, wertschätzenden Organisationskultur kann ein attraktives, gemeinsam zelebriertes und gratis verfügbares Frühstück mit Joghurt und Früchten verstanden werden. In einem Haus wurde ein neuer Kaffeeautomat aufgestellt und wieder in einem anderen Haus gemeinsames Yoga für die MitarbeiterInnen angeboten.

Als durch das GHKA-Projekt begünstigte Entwicklung wurde beschrieben, dass Kommunikationsflüsse zwischen Leitung und MitarbeiterInnen stärker in beide Richtungen laufen, sodass das, was im Haus offiziell wahrgenommen wird, nicht nur durch die Leitung aus Leiterperspektive beobachtet wird, und unter den MitarbeiterInnen getrennt davon im Rahmen einer informellen (Gegen-)Kultur, sondern dass ein organisierter Austausch über die Perspektiven auf Vorkommnisse im Haus stattfindet. In einem Fall wurde über eine personelle Veränderung in einer Leitungsfunktion berichtet, die die Weiterentwicklung der Kommunikationskultur verbessert hat.

Schließlich ist auch eine proaktive Außendarstellung der Beteiligung des Hauses am GHKA Projekt ein Aspekt, der in einigen Gesprächen, vor allem von Leitungspersonen, als für den Projekterfolg förderlich angesprochen wurde. Das GHKA-Projekt kann zur

Verbesserung des Images genutzt werden; dabei wurde in den vier Häusern unterschiedlich mit dieser Möglichkeit umgegangen. So wurde das GHKA auf der Webseite des Hauses genannt, und das Projekt in Zeitungsberichten der lokalen Zeitungen und auf Veranstaltungen zum Thema gemacht. Die überwiegend positive Reaktion von außen wird als hilfreich für das Ansehen der Häuser gesehen (in einem Haus wurde auch die sehr gute Auslastung (Vollbelegung) des Hauses in diesem Kontext genannt). Eine Reaktion erfolgte aber, auch in Form von mehr Anerkennung für die MitarbeiterInnen.

2.2.4 Strukturelle Maßnahmen zur Veränderung von Arbeitsformen und Abläufen

Arbeit an einer besseren Übereinstimmung von Anforderungen und Rollen der MitarbeiterInnen

Im Zuge des Projektes haben sich neue Aufgabenfelder aufgetan bzw. sind alte Strukturen neu überdacht und re-definiert worden. Das führt auch zu neuen Rollenverteilung bzw. zu Personalveränderungen, weil bestimmte Aufgaben (z.B. MOF-Animation) nur dann etabliert werden können, wenn explizit ein oder zwei MitarbeiterInnen beauftragt werden bzw. sich etablieren können. Das beinhaltet, dass sie eine Ausbildung bekommen, sich selbst in der neuen Rolle als kompetent verstehen und von den KollegInnen so wahrgenommen werden. Konnte diese Aufgabe vom bis dato arbeitenden Personal nicht geleistet werden, haben die Häuser mit Neueinstellungen genau auf diesen Bedarf reagiert, offenbar mit Erfolg.

Auch Einführung eines organisierten Beschwerdemanagement gehört zu den strukturellen Maßnahmen, die im Hinblick auf die MitarbeiterInnengesundheit als entlastend erlebt werden – weil Beschwerden nicht mehr individuell bearbeitet werden müssen.

Ein weitere, insbesondere in einem Haus als wichtig beschriebene Maßnahme war die Arbeit an möglichst klaren Aufgabenbeschreibungen für die MitarbeiterInnen und die Definition von klaren Verantwortungsbereichen; das wurde als entlastend beschrieben.

In eine ähnliche Richtung gingen Maßnahmen, die inkonsistente Rollenvermischungen reduzierten (z.B. Vermischung administrative Aufgaben mit Serviertätigkeiten).

Als wichtig wurde auch beschrieben, dass das Verständnis wächst, dass das Prinzip „Alle machen alles“ vor dem Hintergrund zunehmender durchschnittlicher funktionaler Beeinträchtigung/ Pflegbedürftigkeit überholt ist und mehr (spezialisiertes) Wissen/ Kompetenzen benötigt werden, um sicher, gut und gesundheitsförderlich arbeiten zu können. Die oben erwähnten Rollenklärungen, neuen Rollen, neuen MitarbeiterInnen gehen klar in diese Richtung; erwähnt wurde auch die verstärkte Kooperation mit externen SpezialistInnen, z.B. Physio- oder ErgotherapeutInnen. Auf die Fort- und Weiterbildung wird im Abschnitt 3.3 unten eingegangen.

Weitere Maßnahmen zur Entlastung des Personals:

Generelle Entlastung sollte der verstärkte Einsatz von MitarbeiterInnen von Pflege-Poolediensten in Stressphasen bringen, die z.B. aufgrund von Urlaub und Krankenständen auftreten können. Berichtet wurde über (relativ) enttäuschende Erfahrungen, die Entlastung wäre häufig nicht so stark gewesen wie erhofft.

Dafür wurden in den verschiedenen Häusern andere Maßnahmen eingeführt die durchaus sehr erfolgreich sind und wie folgt angeführt werden können:

Als Entlastung im psychosozialen Bereich ist die Verbesserung der Pausenqualität zu verstehen: In zwei der vier Häuser ist die Möglichkeit, sich in Pausen zurückziehen zu können thematisiert worden. In einem der beiden Häuser ist ein neuer Raum geschaffen worden (auch entlastend für den Nachtdienst), in dem anderen Haus ist ein Umbau in konkreter Planung.

Eine weitere etablierte Maßnahme in Bezug auf psychosoziale Gesundheit im Bereich der Pflegeberufe ist das Angebot von Supervision; das wurde in einem Haus als zwar vorhanden, aber wenig akzeptiert beschrieben, vor allem, wenn das Supervisionsangebot außerhalb der Arbeitszeit erfolgt. Positiver wurden von einem anderen Haus die Nutzung des Angebots von Einzelcoachings in Kooperation mit dem fit2work Programm beschrieben.

Eher auf körperliche Entlastung zielen die klassischen Instrumente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, z.B. die Nutzung von Hebehilfen und Schulung in Hebetechniken. Das ist im Projekt nicht vorrangiges Thema gewesen, aber auf Nachfrage wurde in zumindest zwei Häusern „Sicheres Heben und die Benutzung von Hilfsmitteln als Standard der Teamkultur“ als relevantes Thema beschrieben. Eine „Hebepolitik“ (kein schweres Heben alleine) gibt es prinzipiell und diese ist als Norm auch akzeptiert – wird aber (noch) nicht von allen gelebt. In einem Haus wurden deshalb die Rollen von „Hebebeauftragten“ eingeführt. Gerätschaften und das Wissen um ihre Anwendung waren prinzipiell überall vorhanden, aber durch das Projekt wurden sie auch verstärkt wieder ins Bewusstsein gerufen und verwendet. Sie werden auch von autonomen BewohnerInnen verstärkt eingefordert.

2.2.5 Investitionen in die verbesserten beruflichen Kompetenzen der MitarbeiterInnen

Dass eine gute Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Kompetenzen eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit am Arbeitsplatz ist, wurde oben schon angesprochen. In allen vier Häusern wurden über viele unterschiedliche MitarbeiterInnen-bezogene Fortbildungen in den verschiedensten Bereichen von den MitarbeiterInnen berichtet und positiv kommentiert (vor allem in Bezug auf Demenz, Palliativversorgung, Bewegung, Ernährung, Kinästhetik etc.).

Fortbildungen lassen sich als GF Maßnahme bzw. als wichtiger Beitrag zur MitarbeiterInnengesundheit verstehen, weil dadurch MitarbeiterInnen mehr Sicherheit bei ihrer Arbeit bekommen. Sie wissen besser, wie sie sich in schwierigen Situationen

professionell verhalten können und wie sie angemessen damit umgehen. Auf diese Weise kommen sie selbst weniger unter Stress und machen weniger Stress für andere (Beispiel Demenz, Stressbewältigung usw.).

Das steigert die Arbeitsqualität im Haus, ist auch ein Beitrag zur Qualität der Versorgungsleistungen.

Auf dem Arbeitsmarkt ist das Vorhandensein eines breiten Fortbildungsangebot bzw. die Bereitschaft, MitarbeiterInnen weiter zu qualifizieren, jedenfalls ein Vorteil für die Einrichtung.

Diese Art von Fortbildungsangebot wird auch sehr gut angenommen, viel besser als klassische Angebote der Gesundheitserziehung. Raucher-Entwöhnung war in mindestens zwei der vier Häuser Thema, ist aber praktisch nicht angenommen worden.

2.3 Erfahrungen bei der Implementierung bzw. Weiterentwicklung

2.3.1 Wichtige Voraussetzungen in den Häusern

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren war aus der Perspektive der GesprächspartnerInnen die klare Identifikation der Heimleitung mit dem Projekt, die nicht nur verbal erfolgt, sondern sich auch in der Bereitschaft niederschlägt, sich auf Veränderungen einzulassen und auch Vorschläge der MitarbeiterInnen anzunehmen und umzusetzen. Die Kommunikation von Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Projekts und in die Kompetenz der MitarbeiterInnen ist ein ganz wichtiger Aspekt, der eine durchaus verbreitet vorhandene Anfangskepsis überwinden half. Möglichst viele – tendenziell alle – MitarbeiterInnen an Bord zu bekommen, ist trotz der relativ geringen Größe der Häuser eine schwierige, aber wichtige Aufgabe, die gut geglückt zu sein scheint.

Betont wurde auch, dass eine gute Teamkultur eine günstige Voraussetzung ist – und das betrifft nicht nur die Bereitschaft zur Kommunikation, sondern auch die Bereitschaft in die professionelle Kompetenz des Teams zu vertrauen. Gegenseitiges Vertrauen als einen Aspekt, der beidseitig gelernt werden musste, die Bereitschaft dazu scheint aber sehr wichtig gewesen zu sein. (In einem Haus ist es explizit genannt worden, aber eigentlich in allen Häusern relevant.)

In einem Haus wurde beschrieben, dass eine gut betreute Projektanfangsphase die wichtigste Phase ist, in dem Sinn, dass die Zielgruppen (BewohnerInnen und MitarbeiterInnen an erster Stelle, aber auch Angehörige) kooperieren und gehört werden; außerdem muss gezeigt werden, dass „etwas passiert“, also dass (zumindest manche) Vorschläge umgesetzt werden.

2.3.2 Durchführung als umfassendes Setting Projekt erzeugt Synergien

Die Projekterfahrungen bzw. die Abschlusserhebungen liefern deutliche Hinweise, dass es zumindest in den Pilothäusern von Vorteil war, gleichzeitig mit der BGF auch Maßnahmen für BewohnerInnen zu setzen (insbesondere MOF) und die Bedürfnisse von Ehrenamtlichen und Angehörigen explizit ins Blickfeld zu nehmen.

Einige Thesen dazu:

- Gerade in den relativ kleinen beteiligten Häusern können hier starke Synergien entstehen und ein stärkerer Effekt erzeugt werden. Wenn in einem Haus 30-50% der BewohnerInnen in die MOF integriert werden können und das überwiegend als positiv erleben, dann ist die Wahrscheinlichkeit von Auswirkungen auf die Unternehmenskultur schon ganz erheblich. Umgekehrt würde in so einer kleinen Einheit ein Fehlen dieser „Ganzheitlichkeit“ vielleicht sehr rasch irritierend auffallen.
- Der Einbau von Gesundheitsförderung in die Kernprozesse von Betreuung und Pflege kann den Gesundheitszustand (körperlich, psychisch, Wohlbefinden) stabilisieren bzw. verbessern, was sich in diesem Setting auch für andere Gruppen positiv auswirken dürfte – als (physische und psychische) Entlastung der Pflegenden, als Verbesserung der beruflichen Erfolgserlebnisse und Vermehrung der erlebten Anerkennung, als Entlastung der Angehörigen etc.

2.3.3 Bedeutung externer Unterstützung

Die Rolle von Styria vitalis in der Projektbegleitung wird in allen Häusern als sehr wichtig erachtet. Finanzielle Mittel aus dem Projekt und vor allem die Projekt-Betreuung durch Styria vitalis war unabdinglich für den Erfolg des Projektes

Sehr positiv wurde die Rolle der lokalen Projektunterstützung beschrieben. Beschrieben wird, dass dadurch das Projekt in Gang gebracht und in der Folge die Arbeitskultur verändert wurde. Ganz wichtig war es, das Projekt durch Nachfragen (Wo stehen wir? Was wollen wir? Was haben wir geschafft?) auf der Agenda zu halten und den Fokus auf wichtige Veränderungsprozesse zu richten, weil die Umsetzung trotz großer Ambitionen nicht immer einfach ist.

Wichtig ist wohl auch, dass die ein guter Anschluss an die Situation vor dem Projekt hergestellt werden konnte: Viele Ideen die nun umgesetzt sind, standen vorher schon im Raum, aber der Fokus konnte nicht gehalten werden. Der soziale Rahmen und das Projektmanagement hat das jetzt ermöglicht.

Die Bedarfserhebung wurde als Unterstützung für eine Ausgangsdiagnose für sinnvoll erachtet. Vor allem in einem Haus wurde die anonymisierte Bedarfserhebung mit Selbstausfüller-Fragebogen besonders positiv bewertet, da sie einen Schutzraum bietet.

In diesem Zusammenhang gab es auch Hinweise, dass es wichtig wäre, die Rückmeldung der Ergebnisse nicht nur an die Leitung bzw. Projektgruppe im Haus durchzuführen, sondern möglichst viele MitarbeiterInnen (in Kleingruppen) einzubeziehen und dort

Ergebnisse zu besprechen und diskutieren. Das folgt prinzipiell der Logik des Gesundheitszirkels, erweitert das aber, damit alle auch hören können, wie das Projekt voran geht, wo das Haus steht, und auch die Möglichkeit haben, sich einzubringen. Positiv hervorgehoben wurde auch, dass eher wenige, aber gezielte Maßnahmen das Projekt in seiner Wirksamkeit gestärkt haben.

Vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen wäre es aber auch wichtig, – vor allem mit Blick auf weitere Verbreitung des Ansatzes im Feld und für Nachhaltigkeit – dass Gesundheitsförderung auch nach Projektende eine weitere externe Unterstützung erfährt.

Besonders wichtig dürfte dabei der Eigentümer sein (d.h. sehr oft eine größere Trägerorganisation).

Ein zentraler Faktor dafür, das Thema auf der Tagesordnung der Eigentümer bzw. Trägerorganisationen zu halten, wäre sicherlich eine Unterstützung von Gesundheitsförderung durch die zuständige Politik und Verwaltung.

Das erscheint zunächst über die Aufnahme von GF in Qualitätsstandards und Programme der beauftragenden bzw. kontrollierenden Behörden möglich.

Aber auch die Entwicklung von GF-unterstützende Anreize in der Finanzierungsform der Altenbetreuung wäre hilfreich. Die Leitungsebene in einigen Häusern verwies darauf, dass das aktuelle Modell (vereinfacht dargestellt: je stärker die funktionale Beeinträchtigung desto höher die Pflegestufe desto höher die Vergütung) keine Anreize für Investitionen in funktionale Gesundheit der BewohnerInnen bietet. Diese Beschreibung einer „perversen Anreizstruktur“ ist durchaus konsistent mit der Perspektive vieler ExpertInnen (vgl. Darstellung einer ExpertInnen-Befragung 2010 in Krajic et al. 2010).

3 ZIELGRUPPE BEWOHNERINNEN

Eine zentrale Zielgruppe des GHKA-Projektes in allen fünf teilnehmenden steirischen Altenwohnheimen bilden die BewohnerInnen. Im Zuge der Evaluation wurde eine Bedarfserhebung in Form von Interviews mit BewohnerInnen durchgeführt. Der Fokus der Maßnahmen für BewohnerInnen war jedoch vorweg schon definiert – wie im Wiener Pilotprojekt sollte vor allem die „Mobilitätsförderung“ erprobt werden. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um ein Fort- bzw. Weiterbildungsprogramm für Personen, die Bewegungsgruppen leiten (häufig „AnimateurInnen“) bzw. unterstützen oder supervidieren (meist Ergo- oder PhysiotherapeutInnen). Die Grundkonzeption sieht vor, dass im Projektrahmen Bewegungsgruppen nach diesem Programm systematisch in den Häusern einem möglichst großen Teil der BewohnerInnen pro-aktiv angeboten und durchgeführt werden, mit aus dem Projekt finanzierter Unterstützung, Supervision und auch Vernetzung.

3.1 MOF - Mobilitätsförderung als zentrale bewohnerbezogene Intervention

Insgesamt scheint die Mobilitätsförderung – wie schon im Wiener GHKA Projekt ein sehr erfolgreiches Programm für die Altenbetreuung zu sein (vgl. internationale Publikationen zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit Quehenberger et al. 2014, Cichocki et al 2015). Im Rahmen der Reflexion zu den Erfahrungen im Oktober/November wurden in allen fünf beteiligten Häusern Gespräche mit jeweils zwei TrainerInnen (primär AnimateurInnen) und einer Therapeutin, sowie in 4 Häusern mit einer Gruppe von BewohnerInnen (7-10 Personen pro Haus, hauptsächlich Frauen) geführt.

Übersicht 2: Erhebungsarbeiten im Rahmen der Abschlussevaluation der MOF

Pilothäuser	TeilnehmerInnen der Einzelinterviews	Zusammensetzung der BewohnerInneninterviews
Haus A (Compass Stallhofen)	2 TrainerInnen, 1 TherapeutIn	4 Frauen, 1 Mann aus beiden Projektgruppen.
Haus B (Caritas Preding)	2 TrainerInnen, 1 TherapeutIn	6 Frauen, 2 Männer
Haus C (Krottmaier)	2 TrainerInnen, 1 TherapeutIn	6 Frauen, 3 Männer
Haus D (Senecura Melisse)	2 TrainerInnen, 1 TherapeutIn	10 Frauen, 1 Mann aus beiden Projektgruppen
Haus E (Rosegger)	2 TrainerInnen, 1 TherapeutIn	

3.1.1 *Praktische Implementierung der MOF*

Sowohl aus den Mitarbeitergesprächen als auch der Dokumentation der Abschlussgespräche mit den BewohnerInnen zur MOF wird der positive Einfluss der MOF auf das Gesamtprojekt sehr deutlich. Insgesamt konnte ein hoher Anteil der BewohnerInnen in MOF einbezogen werden (vgl. Übersicht 3). Die Beteiligung wurde im Rahmen der Abschlussgespräche auch projektintern als hoch bewertet und kann auch aus externer Perspektive als sehr erfolgreich eingeschätzt werden.

Übersicht 3: Zahl der an MOF teilnehmenden BewohnerInnen in den beteiligten Häusern

Pilothäuser	1. Zyklus	2. Zyklus
Haus A (Compass Stallhofen)	17 TL/41BW => 41%	17 TL/41BW =>41%
Haus B (Caritas Preding)	22 TL/47 BW => 47%	20 TL/47BW =>43%
Haus C (Krottmaier)	22 TL/49BW => 45%	18 TL/49BW =>37%
Haus D (Senecura Melisse)	17 TL/93BW =>18%	13 TL/93BW =>14%
Haus E (Rosegger)	19 TL/104BW =>18%	7 TL/104BW =>7%

Zum besseren Verständnis: Die Häuser A, B und C sind ähnlich groß und haben mit den aus dem Projekt unterstützten 2 (Klein-)Gruppen jeweils fast die Hälfte der BewohnerInnen erreicht. Haus D ist fast doppelt so groß, hatte aber auch nur Ressourcen für 2 Kleingruppen – dass dort der „Ausschöpfungsgrad deutlich niedriger war, ist daher logisch und kein Indikator für geringeren Erfolg. Das gilt auch für den 1.Zyklus in Haus E; nur die Beteiligung am 2. Zyklus in Haus E weicht deutlich nach unten ab. Eine mögliche Interpretation des deutlichen Abfalles der TeilnehmerInnen-Zahl im letztgenannten Haus könnte sein, dass dort kein Gesamtansatz verfolgt wurde und MOF in diesem Haus nur als Einzelmaßnahme verstanden wurde, also weniger Bedeutung gehabt haben dürfte.

3.1.2 *Schulung als Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung der MOF*

An der Schulung zur Vorbereitung der Implementierung der MOF in den einzelnen Häusern nahmen pro Haus mindestens zwei TrainerInnen und auch eine zugeordnete Therapeutin teil. Insgesamt wurde die Schulung von den unterschiedlichen TeilnehmerInnen als gut bis sehr gut bewertet. Differenzen in der Einschätzung der Schulung zeigten sich vor allem durch die unterschiedliche Vorerfahrung: Bei

TeilnehmerInnen ohne Vorkenntnisse waren noch Unsicherheiten zurückgeblieben und der Wunsch nach mehr Ausbildung wurde deutlich geäußert. Diesem Wunsch wurde im Zuge der 1. Supervision mit einer halbtägigen, vertiefenden Schulung nachgekommen, die auch von allen GruppentrainerInnen in Anspruch genommen wurde. TeilnehmerInnen mit Vorkenntnissen konnten damit viele Unsicherheiten reduzieren, vereinzelt wurde der Wunsch nach mehr Einbezug des Wissens der TherapeutInnen geäußert. Der Großteil der TeilnehmerInnen fühlte sich jedoch dort abgeholt, wo sie sich nach ihrem subjektiven Wissensstand positionierten.

Unterschiedliche Aspekte wurden im Zuge der Reflexion über die Schulung besonders hervorgehoben, darunter das Lernen über das richtige Einstellen des Rollators, das Bewusstsein über den Vorteil kleiner Gruppen und das Sich-Zeit-lassen-Können mit den BewohnerInnen. Die vorgemachten Übungen und Tipps wurden als sehr wichtig erachtet, vor allem aufgrund des alltagspraktischen Bezugs und den kostengünstigen Materialien. Vor allem durch den Wiederholungscharakter gestaltete sich die Schulung als gute Basis für die eigenständige Implementierung des MOF, wobei auch die Möglichkeit, sich auszutauschen, einen wichtigen Bestandteil bildete. Als besonders nützlich wurden auch die Unterlagen und die Vorerfahrungen der Therapeutin vom Vorprojekt genannt.

Es macht den Eindruck, die Grundlagen der MOF seien so umfassend und anschlussfähig gewesen, dass sogar der Wunsch nach mehr Übungen, mehr geplanten Einheiten (beispielsweise zum Thema Atmung) und einem erweiterten Skript geäußert wurden. Da in vielen Häusern die BewohnerInnen tendenziell immer stärker funktional eingeschränkt sind, wurde vereinzelt der Vorschlag gemacht, den Fokus in der Schulung auf die Zielgruppe der stärker Eingeschränkten zu richten.

Die fachspezifische Supervision, die im Zuge der Implementierung des MOF eingeführt wurde, wurde vor allem dann als wichtig erachtet, wenn sich die TrainerInnen untereinander nicht so stark über MOF austauschen.

3.1.3 *Wichtige Ressourcen und Hürden bei der Implementierung der MOF*

- **Kleine Gruppengröße:** auch in dem einen Haus, in welchem versucht worden war, die Übungen in die Großgruppenanimation zu integrieren, hat man sich schließlich für die kleinen Gruppen entschlossen, da das eine notwendige Bedingung für das Grundprinzip „Individualisierung“, d.h. Anpassung an die Möglichkeiten einzelner BewohnerInnen darstellt (siehe Kapitel: 3.4.3)
- **Prinzip der Wiederholung,** da zu viel Neues verwirrt
- **Alltagspraktische Übungen,** da diese selbstständig von den BewohnerInnen auch außerhalb der Übungseinheit abgerufen oder von MitarbeiterInnen angesprochen werden können - das fördert auch die individuelle Steigerung
- **Kooperation mit anderen Kolleginnen im Haus,** da diese wissen, was im Haus passiert, eine Vorstellung haben, was sie von den BewohnerInnen fordern können und diesen daher auch eine spezifische Wertschätzung aussprechen können.

- **Support** durch Heimleitung, da sie bestimmte Rahmenbedingungen, wie Raum, Zeit und Geld bereitstellen kann, und durch die Therapeutin (siehe Kapitel: 3.4.2)
- **ausreichend Zeit**, sowohl für die Vor- und Nachbereitung als auch die Durchführung.
- **Abgetrennter Raum**, Sicherheit und klare Vorgaben durch die TrainerInnen
- **Zwei TrainerInnen (primär aus der Animation)**, da Austausch als sehr wichtig erachtet wird und Sicherheit bietet - gerade am Anfang
- **Konkretes Programm**, als Orientierung für TrainerInnen aber auch BewohnerInnen, da es sonst schnell zum Verlust des Fokus hätte kommen können
- **Abwechslung**, damit es weder für TrainerInnen noch BewohnerInnen langweilig wird
- **Positive Motivation seitens der TrainerInnen/ Identifikation mit der Rolle, und Bereitschaft, das auch zu kommunizieren**, da BewohnerInnen gerade anfangs relativ skeptisch waren

Rolle des/der TherapeutIn als besondere Unterstützung

In allen fünf Häusern wurde die Rolle des/der TherapeutIn von den beiden TrainerInnen als sehr wichtig erachtet – eine Einschätzung, die die jeweilige Therapeutin durchaus teilte. Auch für die BewohnerInnen hat sie offensichtlich eine zentrale Stütze im Umgang mit Unsicherheiten dargestellt.

Insgesamt macht es den Eindruck, dass durch die Anwesenheit und Unterstützung der TherapeutIn die TrainerInnen in allen Häusern ein hohes Maß an Sicherheit erlebt haben. Fragen, bei denen sie den TrainerInnen helfend zur Seite stehen kann sind jene nach: „Was kann/darf ich tun? Auf was muss ich aufpassen?“. Das war zum Beispiel im Umgang mit dem Einstellen der Rollatoren wichtig (gesetzlich ist es nur den TherapeutInnen erlaubt, die Rollatoren einzustellen), und mit der damit einhergehenden Haltungsschulung und den Übungen zum Gehen und Stehen. In manchen Häusern wurde es so gehandhabt, dass, wenn die TherapeutIn anwesend war, sie die Stunde geleitet hat und die TrainerInnen sie unterstützt und von ihrer/seiner Einheit gelernt haben.

Insbesondere in einem Haus konnte die Therapeutin sehr eindeutig über ihre Rolle sprechen und betonte den positiven Effekt, den die klare Definition ihres Arbeitsauftrages mit sich brachte. In einem anderen Haus berichtet die Therapeutin vom persönlichen Nutzen der Teilnahme an der MOF, da sie das Gelernte und in den Gruppen Geübte gut in die Einzelübungsstunden unterschiedlicher KlientInnen einbauen kann. In einem dritten Haus wurde die Kombination der eher an der Motivation „Freude“ orientierten TrainerInnen und der fachlich in die Tiefe gehenden Therapeutin positiv betont.

Ausrichtung des Programms auf die (individuellen) Bedürfnisse der BewohnerInnen

Mit dem Hinweis auf die kleinen Gruppen ist eine zentrale Voraussetzung genannt, um die MOF den Ansprüchen „Anpassung des Programms an die individuellen Bedürfnisse

der BewohnerInnen“ entsprechend umzusetzen. In allen Häusern (ohne Ausnahme, wenn auch in einem Sonderfall mit anfänglichem Widerstand) wurde dieser Bedingung gefolgt und sie (letztlich) als grundlegend wichtig eingeschätzt. Individualisierung heißt auch Rücksichtnahme auf Befindlichkeiten: In einem der fünf Häuser wurde dargestellt, dass die BewohnerInnen bei Bedarf auch nur zuschauen können, um die Beziehung und das Vertrauen zu den TrainerInnen zu stärken - ein Aspekt der in mehreren Häusern als wichtig hervorgehoben wird, aber gerade in den ersten Einheiten eine große Herausforderung darstellt.

Individuelle Einladungen und Ansprache scheinen in allen Häusern relevant zu sein, da auf diese Weise den BewohnerInnen Wertschätzung entgegen gebracht wird, die sie motiviert, an den Stunden teilzunehmen. Gute interne Kommunikation im Team wird in einem Haus als vorteilhaft beschrieben, da die Entscheidung, welche BewohnerInnen in welche Gruppe eingeladen werden können, in Absprache mit der Heimleitung leichter gefällt werden können.

Anerkennung ist sehr wichtig, und sozial angepasste Rituale können sehr hilfreich sein. In allen fünf Häusern werden Urkunden für erreichte Ziele überreicht, wodurch der Ehrgeiz der TeilnehmerInnen geweckt wird und sie mit Stolz die Anerkennung ihrer Leistung entgegen nehmen.

Gerade mit Blick auf funktional stärker eingeschränkten BewohnerInnen wird in mehreren Häusern die inhaltliche Flexibilität betont, die nötig ist, um das Programm umsetzen zu können, da sich für viele TrainerInnen auch die Frage stellt: „Wem kann ich wieviel zutrauen?“. In eher schwierigen Gruppen wird in einem Haus der Vorteil des „Luxus“ zweier TrainerInnen in einer Stunde erwähnt.

Insgesamt wird durch die individuelle Anpassung die MOF für alle Beteiligten als eine intensive Zeit und in einem Haus auch als „schöner“ erlebt, im Vergleich mit der „herkömmlichen“ Animation.

Mögliche Schwierigkeiten

Schwierigkeiten bezüglich der Implementierung der MOF zeigten sich in den verschiedenen Häusern unterschiedlich, und hängen möglicherweise mit lokalen Stärken/Schwächen zusammen.

In einem Haus konnte bis zum Tag der Reflexion mit den TrainerInnen noch kein Raum als abgeschlossener Übungsort etabliert werden; dadurch fehlte die Möglichkeit, ruhig und abgegrenzt mit den Gruppen arbeiten zu können. Auch gestaltete sich in diesem Haus die Unterstützung der nicht-mobilen BewohnerInnen durch das Pflegepersonal beim Hin- und Rückweg zur Einheit als unkoordiniert und dadurch etwas erschwert.

In einem anderen Haus wurde der Wunsch nach dauerhafter Begleitung durch eine weitere TrainerIn oder im besten Fall durchgehende Zusammenarbeit mit einer Therapeutin geäußert.

In einem dritten Haus wurde die Schwierigkeit betont, eine homogene Gruppe zusammenzustellen, damit einigermaßen einheitliche Übungen durchgeführt werden können.

3.1.4 Resonanz der BewohnerInnen

Insgesamt scheinen die BewohnerInnen in allen Häusern relativ bis sehr zufrieden mit der MOF zu sein. In einem Haus wird vor allem die gute persönliche Beziehung zur TrainerIn betont, in einem anderen die Freude am relativ schnellen Ablauf der Übungen, weil auf niemanden gewartet werden muss. Beide Bewertungen lassen sich auf den positiven Effekt der kleinen Gruppengröße zurückführen.

Grundsätzlich gefallen die Übungen in den Bewegungseinheiten und auch die Häufigkeit der einmal in der Woche stattfindenden Gruppentreffen werden positiv bejaht, in manchen Häusern wird so viel angeboten, dass für mehr Programm gar keine Zeit wäre.

Freudig wird in einem Haus berichtet, dass man in dieser Bewegungsgruppe viel Neues lernen kann: „Wer rastet, der rostet!“ und „Dem Körper tut das gut!“.

3.1.5 Auswirkungen / Erfolg

Die Veränderungen, die mit der Implementierung der MOF einhergehen, werden insgesamt sowohl von den befragten TrainerInnen und TherapeutInnen als auch den BewohnerInnen selbst als (eher bis sehr) positiv bewertet.

Das Ausmaß der tatsächlich wiederhergestellten bzw. erhaltenen Mobilität wird in den verschiedenen Häusern unterschiedlich wahrgenommen. In zwei Häusern wird von den TherapeutInnen beobachtet, dass zumindest der Status Quo der BewohnerInnen gehalten werden konnte, wobei in allen anderen Häusern die Einschätzung weit über den Erhalt eines Mindestmaßes an Beweglichkeit hinaus geht. Teilweise wurde die Verbesserung der Feinmotorik als Indiz für Veränderung genannt, bspw. die Möglichkeit des Weiterreichens von einem Wasserglas oder das Aufheben von Gegenständen.

Verbesserungen zeigen sich in mehreren Häusern vor allem auch beim Aufstehen und Halten des Gleichgewichts. So wird das bessere Körperbewusstsein der BewohnerInnen insbesondere in einem Haus und die verstärkte Selbständigkeit der BewohnerInnen in mehreren Häusern betont.

In den meisten Häusern wird von den BewohnerInnen eine Steigerung ihrer Beweglichkeit wahrgenommen, sowie in allen Häusern der Spaß an den wöchentlichen Treffen betont, sodass die BewohnerInnen größtenteils selbstständig zu den Treffen kommen.

Ein Begleiteffekt, der in fast allen Häusern genannt wurde, ist das Zusammenkommen und Knüpfen sozialer Kontakte. Alles das sind Hinweise, wie und warum sich das

subjektive Wohlbefinden der BewohnerInnen durch die MOF in allen Häusern deutlich gesteigert hat.

3.1.6 *Nachhaltigkeit in Bezug auf Mobilitätsförderung*

Der umfassend positive Effekt der Mobilitätsförderung zeigt sich auch in Bezug auf das Thema der Nachhaltigkeit. So ist in den 4 Häusern, in denen die Implementierung im Rahmen eines umfassenden Settings-Ansatzes durchgeführt wurde, die Einschätzung bezüglich der Fortsetzung der MOF sehr positiv. Vor allem in einem Haus wird betont, dass durch die gemachte Erfahrung die Weiterführung erweiterte Möglichkeiten bietet, was ein Zeichen von Engagements und Motivation seitens der TrainerInnen ist. In allen Häusern ist diese Rolle (vor allem für AnimatorInnen) so relevant geworden, dass sie mit Projektende nicht einfach wieder abgeschafft werden kann. Die Bewegungsstunden sind zur Selbstverständlichkeit geworden und als ein fester Bestandteil der Betreuung etabliert.

Etwas Verbesserungsbedarf wird in Bezug auf die Schulung gesehen: Ein einziger Schulungstermin erscheint in mindestens einem Haus für eine nachhaltige Implementierung der Mobilitätsförderung zu wenig. In mehreren Häusern wurde der Wunsch nach Weiterbildung und regelmäßig fortlaufendem Support durch die TherapeutIn, vor allem um eine Plattform zu haben, sich austauschen zu können. Dazu werden im Rahmen des im Projekt erarbeiteten Nachhaltigkeitskonzept für die MOF derzeit Maßnahmen vorbereitet.

3.2 *Weitere BewohnerInnen-bezogene Maßnahmen*

In den vier Häusern mit einem Gesamtansatz wurden – über MOF hinaus – auch weitere BewohnerInnen-spezifische Maßnahmen gesetzt. Exemplarisch können folgende Beispiele aus den unterschiedlichen Häusern genannt werden:

-Förderung des Miteinanders: Boccia spielen, Kinonachmittag, gemeinsames Kaffee trinken, Ausflüge, teilweise gemeinsames Backen, gemeinsame Spaziergänge, BewohnerInnen-Stammtisch

-Förderung des körperlichen Wohlbefindens: regelmäßiger Besuch einer Physiotherapeutin

-Förderung des individuellen Wohlbefindens: Berücksichtigung von Essenwünschen, regelmäßige (Schönheits-)Wohlfühltag, Hauskatzen, Dekoration der Gemeinschaftsräume, Eierspeisenpartys als gemeinsamer Event

-Förderung der Mitsprache und Eigenständigkeit: SeniorInnen-Shuttle, Wünsche der BewohnerInnen sind Bestandteil der Dienstbesprechungen des Personals, Einkaufsunterstützung, BewohnerInnenstammtische

4 ZIELGRUPPE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE

4.1 Angehörige

Insgesamt war die Kommunikation/ Kooperation mit den Angehörigen ein vergleichsweise wenig präsent Thema im Projekt, jedenfalls in den abschließenden Gesprächen. Eine systematische Einbeziehungen von Angehörigen in die lokalen Projektgruppen hätte hier sicher etwas mehr Aufmerksamkeit erzeugen können. Nach unserem Informationsstand wurde das auch versucht, ist aber nicht gelungen.

Insgesamt wurde die Beziehung als wenig problematisch dargestellt. In einem Haus werden Angehörige als besonders gut integriert beschrieben, sodass sich einige – nach dem Ableben der BewohnerInnen – zu Ehrenamtlichen entwickeln und eine große Entlastung darstellen. In mehreren Häusern werden die Angehörigen gerne zu Festen eingeladen.

Prinzipiell kann angenommen werden, dass Maßnahmen, die die Lebensqualität der BewohnerInnen verbessern, auch die Angehörigen entlasten. Indirekt scheint damit im Rahmen des Projekts die MOF besonders erfolgreich gewesen zu sein, weil die Verbesserung des Zustands/ der Stimmung vieler BewohnerInnen einen direkten Beitrag zu Zufriedenheit der Angehörigen leisten kann und damit auch deren Beziehung zur Einrichtung verbessert. Das konnte aber im Rahmen der Evaluation aus Ressourcengründen nicht systematisch überprüft werden.

4.2 Ehrenamtliche

In allen vier Häusern gibt es eine Grundeinschätzung, dass Ehrenamtliche eine wichtige Ressource in der Altenbetreuung sind, und dass es eine wichtige Zielsetzung ist, ihre Bereitschaft sich einzubringen, weiter zu erhöhen. Erfahrungen mit und Studien über Arbeit mit Ehrenamtlichen weisen darauf hin, wie wichtig es ist, dass die Rollenerwartungen klar sind und dass es klare Unterstützung und Wertschätzung durch die Organisation und die MitarbeiterInnen gibt.

Bezüglich der Ehrenamtlichen haben die vier Häuser sehr unterschiedliche Ausgangspositionen, doch in allen Häusern wurde die Relevanz dieser Entlastung erkannt, genannt und integriert.

Jene zwei Häuser, die bisher keine ehrenamtlichen MitarbeiterInnen hatten, haben im Zuge des Projekts begonnen, Kontakte über die Pfarre und Gemeinde mit möglichen Ehrenamtlichen aufzunehmen. In einem Haus ist es gelungen einen kleine Ehrenamtspool aufzubauen.

5 TRANSFER

5.1 Transferaktivitäten der Pilothäuser

Als „Trägerrakete“ innerhalb der Trägergesellschaften funktionieren die einzelnen Häuser nur in einem Fall, in dem der Träger auch das MOF Schulungsprogramm von Anfang an für seine anderen Häuser genutzt hat. Dort findet auch ExpertInnen-Austausch über Hausgrenzen statt. Ein weiterer Träger hat BGF schon lange auf der Agenda, mit entsprechenden Strukturen und Programmen.

Integrierte Gesundheitsförderung wird aber aus der Wahrnehmung der Evaluation von den Trägern eher als Besonderheit der Pilothäuser verstanden und nicht als Ausgangspunkt für eine Gesamtentwicklung. Innerorganisationaler Transfer wurde in den Pilothäusern als von den Trägerorganisationen nicht geforderte und wenig unterstützte Leistung wahrgenommen. Auch von Seiten anderer Häuser im Rahmen der Trägerorganisationen war die Nachfrage nach Transfer bisher eher gering. Damit unterscheidet sich die Situation in der Steiermark doch vom Wiener Pilotprojekt GHKA, im Rahmen dessen innerorganisatorischer Transfer eine wesentliche Rolle spielte (vgl. Cichocki et al. 2013). Ein genaueres Verständnis der Gründe für die relative Isolation der Pilothäuser innerhalb der Trägerorganisationen würde weiterer Erhebungs- und Analysearbeiten bedürfen.

Positiv hervorzuheben ist aber die Bereitschaft aller fünf Häuser, ihre Erfahrungen in der „Transfergruppe“ (siehe 5.2 unten) zur Verfügung zu stellen und damit einen ganz wesentlichen Beitrag zur Wahrnehmbarkeit des Projekterfolgs und damit zu seiner Nachhaltigkeit zu leisten.

5.2 Transfergruppe als Teil des Pilotprojekts

5.2.1 Zielsetzung der Transfergruppe

Ziel war der strukturelle Transfer von „Gesundheit hat kein Alter“ in die Steiermark durch geeignete Transfermaßnahmen.

- Initiierung eines Transfernetzwerkes wesentlicher steirischer AkteurInnen und Strukturen, das Transferziele entwickelt und ihre Umsetzung verfolgt und bewertet
- Capacity Building für die Mobilitätsförderung unter den wesentlichen steirischen AkteurInnen in der Ausbildung, in der Praxis und in der Implementierung

5.2.2 Teilnehmende Einrichtungen

Übersicht 4: Einrichtungen, die in der Transfergruppe vertreten waren:

<p>1. Ausbildungseinrichtungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Universität Graz - Institut für Pflegewissenschaft • Fachhochschule Joanneum - Gesundheitsmanagement im Tourismus • Fachhochschule Joanneum - Physiotherapie • Fachhochschule Joanneum Bad Gleichenberg - Ergotherapie • Caritas Ausbildungszentrum für Sozialberufe Wielandgasse Graz • Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark • Caritas Lehranstalt für Sozialberufe Rottenmann • Bit Gruppe - Akademie für Gesundheit, Pflege und Soziales
<p>2. Stakeholder / Land Steiermark Verwaltung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amt der Steiermärkischen Landesregierung - A 8 Referat Gesundheitsberufe • Amt der Steiermärkischen Landesregierung - A8 Referat Pflegemanagement • Amt der Steiermärkischen Landesregierung - Vertretungsnetz • Landesverband Altenpflege Steiermark • Arbeiterkammer Steiermark • Wirtschaftskammer Steiermark • Interessensgemeinschaft pflegende Angehörige • Sozialverein Deutschlandsberg / Leibnitz • Österreichischen Rotes Kreuz - Landesverband Steiermark • Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie

3. Trägerorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> • Caritas Graz-Seckau • Volkshilfe Steiermark gemeinnützige Betriebs GmbH • Compass • Kräutergarten / Senecura • Geriatriische Gesundheitszentren Graz
4. Sozialversicherungsträger / Fördergeber	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds Gesundes Österreich • Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger • Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH • Steiermärkische Gebietskrankenkasse • Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (bva)
5. Senioren-/Pfleheim	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz - Pflegewohnheim Peter Rosegger • Compass Seniorenresidenz Stallhofen • Caritas Senioren und Pflegewohnhaus Preding • Pflege- und Betreuungszentrum Krottmaier • Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz - Pflegewohnheim Erika Horn • SeneCura Sozialzentrum Feldbach GmbH

5.2.3 Arbeitsschritte

Der Aufbau der Transfergruppe erfolgte über schriftliche Kontaktaufnahme und persönliche Kooperationsgespräche.

4 Transfergruppentreffen nach dem Managementzyklus

1. Oktober 2015; Ziele: Bedarf erheben zu integrierte Gesundheitsförderung in Pflegewohnheimen, Vorbereitung einer breiten Ausrollung des Mobilitätsförderungsprogrammes für BewohnerInnen, Erstellung eines ersten Maßnahmenplans
2. April 2016; Ziele: Bericht Projektfortschritt in PWH und Ausrollung MOF sowie IGF; Ausloten wo Handlungsmöglichkeiten gesehen werden und Planung weiterer Maßnahmen mit festschreiben von Umsetzungsverantwortlichen
3. Dezember 2016; Ziele: Bericht Projektfortschritt im PWH sowie sammeln weiterer Ideen/Beiträge der TeilnehmerInnen zu IGF forcieren und MOF etablieren

4. Juni 2017; Ziele: Projektergebnisse aus den PWH und der externen Evaluation sowohl in Bezug auf IGF und MOF; Präsentation des Nachhaltigkeitskonzepts der FH JOANNEUM (Ergo- und Physiotherapie); Abstimmung über Produktentwicklung 2 Folder MOF und ein Folder IGF

5.2.4 Einschätzung der Beteiligung (Perspektive der Projektleitung)

Bildungseinrichtungen und Sozialversicherungsträger haben sich regelmäßig und engagiert eingebracht, und das führte auch zu den Endprodukten Nachhaltigkeitskonzept MOF, 2 Folder MOF und ein Folder IGF, das heißt, diese Akteure bekennen sich neben den Fördergebern auch klar zur MOF und IGF und bewerben diese.

VertreterInnen auf Landesebene haben das Vorhaben befürwortet und bei Fragen unterstützt, zunächst - aus Projektsicht - eher abwartend, bei Projektabschluss jedoch bereit, 2018/19 die Ausrollung von MOF zu fördern und damit eine Fortsetzung auch praktisch zu ermöglichen.

Schwieriger war es aus Projektperspektive, die Trägerorganisationen der stationären Altenbetreuung zu gewinnen. Von den 4 hinter den Pilotheusern stehenden mittleren bis großen Trägerorganisationen hatte nur eine Organisation das MOF Weiterbildungsprogramm auch über das Pilotheus hinaus genutzt. Umgekehrt hat ein weiterer großer Träger, der kein Pilotheim führte, das Schulungsangebot im Zuge des Projekts gut genutzt und die MOF in den eigenen Weiterbildungskatalog aufgenommen.

Einige Organisationen, die prinzipiell relevant erscheinen würden, konnten auch gar nicht beteiligt werden und es war aus Projektperspektive nicht klar, warum das nicht als interessant bzw. relevant gesehen wurde.

Als expliziter Erfolg wird von Seite der Projektleitung auch eine (späte) Einbindung von Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer Steiermark erwähnt. Beide sind am Ergebnis interessiert und wollen die Nachhaltigkeit jetzt unterstützen helfen. Die (sehr) guten Ergebnisse des Pilotprojekts sind für die Etablierung von Kontakten sehr hilfreich.

5.2.5 Ausrollung von MOF

In Bezug auf die Zielsetzung Ausrollung von MOF war es aus Projekt-Perspektive einfacher und klarer zu arbeiten, da die Ausrollung mit Projektressourcen bereits starten konnte und Aus-, Weiter- und Fortbildungseinrichtungen wie die FHs gleich mit im Boot waren. Die fachliche und soziale Kompetenz von zwei ErgotherapeutInnen waren ein großer Gewinn für die Ausrollung. Mit der Schulung für TherapeutInnen, die künftig als AusbilderInnen aktiv sind, ist ein wesentlicher Grundstein für die Ausrollung nach Projektende gelegt worden.

Ergebnisse einer Masterarbeit zur MOF (Studie in einem PWH) sind noch ausständig, die Ergebnisse der externen Evaluation in den PWHs (mit Schwerpunkt auf MitarbeiterInnen, aber Blick auf den Gesamtprozess) bzw. die überzeugend dargestellten sehr positiven MOF-Erfahrungen der Pilotheuser haben aber schon bei Projektabschluss den Weg für

eine starke und systematische Unterstützung der weiteren Ausrollung von MOF durch das Land Steiermark im Rahmen einer Zertifizierungsstrategie geebnet.

(Noch) Nicht erfolgreich waren aus Projektperspektive die Versuche, die MOF im NQZ (Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime) zu verankern. Das NQZ wird auf der Bundesebene definiert und in der Steiermark nur angewendet – eine Gewinnung der auf Bundesebene relevanten Akteure ist nicht gelungen.

5.2.6 Ausrollung von Integrierter Gesundheitsförderung (IGF)

Aus Projektperspektive war der Transfer von IGF von Beginn an schwieriger, weil die Zielsetzungen zunächst nicht so klar waren. Eine bei Projektende deutlich werdende klare Unterstützung der Sozialversicherungs-VertreterInnen für IGF als generell wichtige Erweiterung von BGF im Setting PWH wird als großer Erfolg bewertet.

5.3 Einschätzung des Transfererfolgs durch die externe Evaluation

Insgesamt wurden die Projekt-Ziele im Bereich „Kapazitätsentwicklung“ und Transfer / Ausrollung von (Aspekten der) Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung in der Steiermark in relativ kurzer Zeit in erstaunlich hohem Maß erreicht.

5.3.1 Erfolg des Transfers von MOF

Das betrifft insbesondere die Ausrollung des Bewegungsförderungsprogramms MOF als Erfolgsmodell. Aus der Perspektive der externen Evaluation ist die in 5.2 oben beschriebene Implementierungsstrategie, die von der Styria vitalis gewählt wurde, in hohem Maß erfolgreich gewesen. Insbesondere die Vernetzung und Kooperation mit den Ausbildungsinstitutionen für Gesundheits- und Sozialberufen war aus externer Perspektive zentral, MOF hat sich dort in hohem Maß als anschlussfähig erwiesen.

Wichtig war auch, dass das Transfer-Projekt auf die vielfältigen Investitionen im Rahmen des Vorprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (2011-2013, gefördert durch FGÖ, Hauptverband und Wiener Gesundheitsförderung) bzw. „Gesundes SeniorInnenwohnhaus“ (2013 – 2016, gefördert durch die Wiener Gesundheitsförderung) aufbauen konnte. Diese systematische Vorgangsweise des FGÖ und seiner Kooperationspartner hat aus Evaluationsperspektive sehr gute Voraussetzungen für die Weiterentwicklung geboten.

Diese Voraussetzungen wurden im Transferprojekt offenbar sehr gut genutzt. Besonders wichtig war aus Evaluationsperspektive neben dem professionell gestalteten begleitenden Transferprozess vor allem auch der sehr gute Erfolg der MOF in den Pilotheusern. Dass das Programm bei so vielen BewohnerInnen offenbar sehr gut angekommen ist und auf verschiedenen Gesundheitsdimensionen wirksam war, ist wohl ein zentraler Erfolgsfaktor. Dass MOF im Rahmen der IGF in den PWHs zu klar dokumentierten positiven Auswirkungen auch auf MitarbeiterInnen geführt hat, wird nach aller

Voraussicht den Ausrollungsprozess am Leben erhalten und wahrscheinlich sogar beschleunigen.

Die politische und finanzielle Unterstützung eines Gütesiegels für MOF in der stationären Altenbetreuung ist aus externer Perspektive ein wesentlicher Fortschritt, der mittelfristig die Chancen für eine auch nationale Verankerung von MOF (z.B. in den NQZ) verbessern wird.

5.3.2 Das Modell IGF in der Altenbetreuung

Dass die Situation bei der Ausrollung des Gesamtmodells der Integrierten Gesundheitsförderung IGF noch nicht ganz so eindeutig ist, ist für die externe Evaluation nicht überraschend. Das Modell für setting-orientierte Integrierte Gesundheitsförderung IGF in der stationären Altenbetreuung hat sich aus Evaluationsperspektive erst im Projektverlauf in eine konkrete, praktikable, komplexitäts-reduzierte Form weiterentwickelt. Die wesentlichen Elemente dieser Form sind aus Perspektive der Evaluation ein Gesundheitsmanagement-Konzept, jedenfalls mit einer organisationalen Verankerung bei bzw. nahe bei der Hausleitung und einer Bedarfserhebung (systematisch für MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, aber auch mit Blick auf Angehörige und Ehrenamtliche). Wesentlich ist auch eine daran anschließende - nach lokalen Bedürfnissen und Möglichkeiten orientierte - Maßnahmenentwicklung.

Das IGF Modell hat aus unserer Perspektive auf der Maßnahmen-Ebene einen Schwerpunkt im Bereich BGF, aber erweitert das durch die Forderung nach systematischer Nutzung von MOF. Auch der Bereich Ehrenamtliche kann in diesem Kontext offenbar gut weiterentwickelt werden. Für eine verstärkte Berücksichtigung der Zielgruppe Angehörige wären wahrscheinlich verstärkte Anstrengungen notwendig. Ob danach Bedarf besteht und welche Akteure diesen in welcher Weise artikulieren könnten, ist auch nach Abschluss dieses Projekts aus Perspektive der Evaluation unklar – die Angehörigen waren schon im Wiener Pilotprojekt und seinem Follow-up „Gesundes SeniorInnenwohnhaus“ eine schwer systematisch erreichbare Gruppe.

Dass diese Erweiterung von der Sozialversicherung als zentralem Akteur in der BGF für die Altenbetreuung unterstützt wird, ist aus Evaluationsperspektive ein Hinweis, dass verstanden wurde, dass die beruflichen Belastungen für das Personal bzw. die Möglichkeiten, damit erfolgreich umzugehen, in der Altenbetreuung sehr stark auch mit dem Arbeitsinhalt verbunden sind. Hier dürfte das MOF Programm mit seinen (potentiellen) Auswirkungen auf funktionale und subjektive Gesundheit der BewohnerInnen einen wichtigen Beitrag leisten können.

Nach unserer Einschätzung sollte die Akzeptanz der IGF durch die Landespolitik und die Sozialversicherung einen wichtigen Schritt für eine verstärkte Akzeptanz auch durch die Trägerorganisationen darstellen. Wir nehmen an, dass deren Management bzw. Eigentümer vor allem auf veränderte (Qualitäts-) Erwartungen bzw. auf dadurch mögliche Konkurrenz-Vor- oder Nachteile reagieren werden.

Mittelfristig bleibt eine Verankerung von IGF und MOF in den Nationalen Qualitätskriterien, vor allem aber auch in den ökonomischen Anreizen ein wichtiges Desideratum. Allerdings: Solange eine Stabilisierung oder sogar Verbesserung der funktionalen Gesundheit bei den BewohnerInnen über eine dann ausbleibende Erhöhung der Pflegestufe den Weg zu mehr Einkommen für die Organisation erschwert, wird die Übernahme von IGF für das Management in der Altenbetreuung ambivalent bleiben. Die Änderung dieser Anreize ist sicher eine Aufgabe der nationalen Politik, die Länder haben in der Altenbetreuung aber eine wesentliche Rolle; der Impact dieses Projekts könnte damit noch länger und stärker wirksam werden.

6 REFERENZEN

Brause M, Horn A, Büscher A, Schaeffer D (2010) Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung – Teil II (MitarbeiterInnen). Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft Universität Bielefeld(IPW), Bielefeld

Cichocki,M., Quehenberger,V., Krajic,K. (2013): „Gesundheit hat kein Alter" Wiener Pilotprojekt zur Erprobung Setting-orientierter Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung und Pflege. Evaluationsbericht. LBIHPR

Cichocki,M., Quehenberger,V., Zeiler,M., Krajic,K: Gesundheit am Arbeitsplatz in der stationären Altenbetreuung. Status und Determinanten der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonen. Online veröffentlicht in: Prävention und Gesundheitsförderung August 2015, Volume 10, Issue 3, pp 206-211.

Cichocki,M., Quehenberger,V., Zeiler,M., Adamcik,T., Manousek,M., Stamm,T., Krajic,K. Effectiveness of a low-threshold physical activity intervention in residential aged care - results of a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 2015 (10), 885-895

Krajic,K., Schmidt,C., Christ,R.: Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status quo Analyse. *Soziale Sicherheit*, März 2010, 142-148.

Krajic, K, Cichocki,M & Quehenberger, V.: Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promotion International* (2015) 30 (3): 769-781

Krajic, Karl, Saupe, Bernhard, Dötig, Charlotte, Hassemer, Simeon, Hesse, Stefanie, Weisz, Teresa (2015): *Gesundheit hat kein Alter: Transfer Steiermark. Bedarfserhebung: Befragung von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen im Rahmen eines Projekts der Styria vitalis; FORBA-Forschungsbericht 8/2015, Wien*

Krajic, K., Cichocki, M., Hesse, S., Quehenberger, V., Weisz, T., Wiczorek, C.: Evaluation des Projekts „Gesundes SeniorInnen- Wohnhaus“. Erhebungen und Analysen in den Bereichen Angehörige, MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Roll-Out/Überführung des Gesamtprojekts in den Organisationsalltag. FORBA, Oktober 2016

Kühl, Stefan (2011): *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung*. Wiesbaden, VS Verlag

Quehenberger V, Cichocki M, Krajic,K: Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care. In: *Clinical Interventions in Aging*, November 2014 (9) 1853—1864