

Evaluation des FGÖ-Förderschwerpunktes „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“

Evaluationsbericht

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich



Evaluation des FGÖ-Förderschwerpunktes „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“

Evaluationsbericht

Autorin und Autor:

Johannes Marent
Doris Pfabigan

Projektassistenz:

Petra Groß

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorin und des Autors dar.

Wien, im März 2026

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich

Zitiervorschlag: Marent, Johannes; Pfabigan, Doris (2026): Evaluation des FGÖ-Förderschwerpunktes „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P0/5/5120

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

Kurzfassung

Hintergrund

Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind Lebens- und Arbeitsorte für eine große Zahl an Menschen und stellen aufgrund hoher körperlicher und psychischer Belastungen ein zentrales Setting für Gesundheitsförderung dar. Vor diesem Hintergrund initiierte der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Jahr 2021 den Förderschwerpunkt „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“. Ziel war es, Projekte zu unterstützen, die sowohl Bewohner:innen, An- und Zugehörige als auch Mitarbeitende in den Blick nehmen, und Gesundheitsförderung im Setting nachhaltig zu verankern.

Methode

Die übergreifende Evaluation untersucht den Förderschwerpunkt (FSP) zur Gesundheitsförderung im Setting der geriatrischen Langzeitpflege entlang vier zentraler Dimensionen: (A) der Konzeption des Förderschwerpunktes, (B) der Konzeption der geförderten Projekte, (C) der Umsetzung sowie (D) der Nachhaltigkeit der Interventionen. Die Evaluation begleitete den gesamten Förderzeitraum und basierte auf leitfadengestützten Interviews, Inhaltsanalysen von Projektanträgen, Evaluations-, Controlling- und Projektberichten sowie der Teilnahme an Vernetzungstreffen. Dadurch konnten sowohl konzeptionelle Fragen (Passung des Förderschwerpunktes, Zielgruppen, Rahmenbedingungen) als auch die Umsetzungspraxis und die Nachhaltigkeit der Interventionen untersucht werden. Insgesamt wurden sechs Projekte in 26 Einrichtungen evaluiert, die über 3.400 Personen erreichten.

Ergebnisse

Insgesamt zeigt die Evaluation, dass der FSP ein wirksames und gut angenommenes Instrument darstellt, um Gesundheitsförderung in einem strukturell hochbelasteten und komplexen Setting zu initiieren, zu begleiten und nachhaltig zu verankern.

Dimension A: Konzeption des FSP

Die Konzeption des Förderschwerpunktes hat sich insbesondere dadurch bewährt, dass sowohl an bewährte Projektansätze angeknüpft werden konnte als auch neue innovative Projektideen gefördert wurden. Diese Offenheit ermöglichte es, unterschiedliche Organisationstypen anzusprechen und Synergien zu nutzen. Zentrale Unterstützungsleistungen – insbesondere Wegweiser, Eckpunktepapier, fachliche Beratung und Vernetzungstreffen – waren entscheidend für die Qualität der Einreichungen und die spätere Umsetzung. Insbesondere die enge Vernetzung der sechs geförderten Projekte während der Umsetzungsphase brachte einen großen Mehrwert, den der FSP bewirkte. Das strategische Kriterium, alle relevanten Zielgruppen (Mitarbeitende, Bewohner:innen und An- bzw. Zugehörige) einzubeziehen, erwies sich trotz anfänglicher Vorbehalte als wichtiger Orientierungsrahmen, um die Wechselwirkungen von Interventionen auf verschiedene Zielgruppen zu berücksichtigen. Gleichzeitig zeigt sich Entwicklungsbedarf bei der Unterstützung partizipativer Projektplanung und der frühzeitigen Einbindung von Mitarbeitenden in die Projektentwicklung.

Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte

Die Analyse der Projektkonzepte zeigt, dass zentrale gesundheitsförderliche Prämissen in den meisten Anträgen erfolgreich berücksichtigt wurden, etwa die Abstimmung von Verhältnis- und Verhaltensprävention, die Integration in bestehende Organisationsstrukturen sowie die Orientierung an evidenzbasierten Interventionen. Weniger stark ausgeprägt waren jedoch die konkrete Planung partizipativer Prozesse und der Umgang mit der hohen Diversität der Zielgruppen. Zudem wurde die zentrale Prämisse, Pflege als Interaktionsarbeit explizit in den Mittelpunkt zu stellen, in den Projektkonzepten häufig nur implizit berücksichtigt, obwohl sie für die Akzeptanz und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung im Pflegealltag von zentraler Bedeutung ist.

Dimension C: Projekte in der Umsetzung

Die Umsetzung der Projekte machte deutlich, dass Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege unter erheblichen strukturellen Herausforderungen erfolgt. Dazu zählen etwa Personalmangel, hohe Arbeitsdichte und emotionale Belastungen. Erfolgreiche Projekte zeichneten sich durch alltagsnahe, ressourcenorientierte und schrittweise Vorgehensweisen aus und wurden von klarer Kommunikation, Wertschätzung und der frühzeitigen Einbindung von Leitungsfunktionen begleitet. Die vom FGÖ organisierten Vernetzungstreffen erwiesen sich über alle Projektphasen hinweg als zentrale Ressource für Austausch, kollektive Problemlösung und Motivation. Im Rahmen der Umsetzung wurde deutlich, dass über den FSP nicht nur finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt wurden, sondern dass sich dadurch auch ein Lern- und Entwicklungsraum bilden konnte. Dies wurde insbesondere durch den Austausch der geförderten Projekte untereinander sowie durch die Abstimmung mit der externen Evaluation bewirkt.

Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen

Hinsichtlich der Nachhaltigkeit zeigt die Evaluation, dass viele Projekte wirksame Strategien zur Sicherung langfristiger Effekte entwickelt haben, insbesondere durch strukturelle Verankerung, Wissensaufbau und Wissenstransfer. Gleichzeitig wurde sichtbar, dass Nachhaltigkeit nicht in allen Projekten systematisch und auf allen Ebenen mitgedacht wurde. Eine stärkere konzeptionelle Unterstützung – etwa in Form von Leitfäden oder Checklisten – könnte zukünftige Projekte dabei unterstützen, nachhaltige Wirkungen gezielter zu planen und abzusichern.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend zeigt die Evaluation, dass der Förderschwerpunkt einen substanziellen Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege leistete. Durch eine gezielte Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote können Wirksamkeit und Reichweite des Förderschwerpunktes künftig weiter gestärkt werden. Dies kann insbesondere durch eine stärkere Förderung der Partizipation (etwa durch eigene Formate, zweistufige Einreichverfahren etc.), die systematische Verankerung von Nachhaltigkeit (etwa Entwicklung einer Nachhaltigkeitscheck-Liste für Einreicher:innen) und den weiteren Ausbau von Vernetzungsmöglichkeiten und Austauschformaten erfolgen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung, Langzeitpflege, Resilienz, Gewaltprävention, Partizipation, Nachhaltigkeit, Settingansatz

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen	VIII
Tabellen.....	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Kontext und Gegenstand	1
2 Evaluationsansatz und Fragestellungen.....	3
3 Methodisches Vorgehen.....	5
4 Ergebnisse.....	6
4.1 Dimension A: Konzeption des Förderschwerpunktes.....	6
4.1.1 Potenziale und Stolpersteine für Förderschwerpunkte aus Sicht des FGÖ.....	6
4.1.2 Besonderheiten und Charakteristiken des Förderschwerpunktes.....	7
4.1.3 Bestehendes Projekt-Know-how und Herausforderung einer Antragstellung	8
4.1.4 Bewertung der Unterstützungsleistungen seitens des FGÖ durch die Einreichenden	9
4.1.5 Akzeptanz von Gesundheitsförderung im Setting	10
4.1.6 Relevanz der thematischen Fokussetzung	10
4.1.7 Bewertung der inhaltlichen und formalen Anforderungen	11
4.1.8 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension A: Konzeption des FSP	12
4.2 Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte	13
4.2.1 Referenzkriterien.....	14
4.2.2 Kurzüberblick über die Ergebnisse der Potenzialanalyse	15
4.2.3 Detailanalyse	17
4.2.4 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte	22
4.3 Dimension C: Projekte in der Umsetzung (Prozess).....	23
4.3.1 Herausforderungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der geriatrischen Langzeitpflege.....	23
4.3.2 Wirkungen der vorgegebenen Rahmenbedingungen des FSP auf die Umsetzung der Projekte.....	24
4.3.3 Prämissen, die in der Umsetzung der Projekte nur teilweise realisiert werden konnten	25
4.3.4 Gewinnbringendes bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten	26
4.3.5 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension C: Projekte in der Umsetzung.....	29
4.4 Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen.....	30
4.4.1 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Gemeinsam stark gegen Gewalt“	32
4.4.2 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Sei Dabei!“	33
4.4.3 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Gesundheit hat kein Alter“	34
4.4.4 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Resilienzförderung in Pflegeeinrichtungen“	36

4.4.5	Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Gemeinsam gesund im Seniorenheim“	37
4.4.6	Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Wertschätzung Mensch“	39
4.4.7	Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen.....	41
5	Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse	43
5.1	Wesentliche Ergebnisse entlang der vier Dimensionen.....	43
5.1.1	Dimension A: Konzeption des Förderschwerpunktes	43
5.1.2	Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte	44
5.1.3	Dimension C: Projekte in der Umsetzung	44
5.1.4	Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen	44
5.2	Übergreifende Erkenntnisse und Zusammenhänge.....	45
5.3	Handlungsempfehlungen	45
	Literatur.....	47

Abbildungen

Abbildung 1: Dimensionen der übergreifenden Evaluation des FSP.....3

Abbildung 2: Übersicht: Berücksichtigung der Prämissen in den Projektanträgen..... 16

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht über die Evaluationsmethoden5

Tabelle 2: Übersicht über die Interviews.....6

Tabelle 3: Übersicht über die eingereichten Projekte..... 14

Tabelle 4: Übersicht: Exemplarische Maßnahmen zur Sicherung von Nachhaltigkeit..... 31

Abkürzungen

BASQID	Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSP	Förderschwerpunkt
GF	Gesundheitsförderung
GGiS	Gemeinsam gesund im Seniorenheim (Gesundheitsförderungsprojekt)
GhKA	Gesundheit hat kein Alter (Gesundheitsförderungsprojekt)
GPT	Gewalt Präventionsteams
GsGG	Gemeinsam stark gegen Gewalt (Gesundheitsförderungsprojekt)
LZP	Langzeitpflege
Qualidem	Quality of life in dementia
QM	Qualitätsmanagement
RESI	Resilienzförderung in Pflegeheimen (Gesundheitsförderungsprojekt)
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
WHO	World Health Organization
WS	Workshop

1 Kontext und Gegenstand

Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind als Lebens- bzw. Wohnort für rund 96.200 Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sowie als Arbeitsort für ca. 51.616 Personen in Pflege- und Betreuungsberufen ein wichtiges Setting für Gesundheitsförderung (GF) (Weißenhofer et al. 2023). Die hohen Belastungen in diesem Arbeitsfeld sind bekannt. Sie spiegeln sich in gesundheitlichen Herausforderungen der Beschäftigten wider, was verstärkt zu Krankenständen und Fluktuation führt und insgesamt zu einer sinkenden Attraktivität dieses Sektors beiträgt. Dies begünstigt eine Verschärfung der bereits angespannten Personalsituation. Durch die Covid-19-Pandemie wurde besonders sichtbar, welchen komplexen Anforderungen die Mitarbeitenden bei der Betreuung und Pflege vulnerabler Gruppen ausgesetzt sind. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind daher ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Situation in Pflege- und Betreuungseinrichtungen positiv zu beeinflussen. Doch auch die Bewohnerinnen und Bewohner weisen nicht zuletzt aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters eine Vielzahl gesundheitlicher Einschränkungen auf. Das Leben in einer Institution kann zudem in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht mit Belastungen einhergehen. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern sind daher von großer Bedeutung und haben wiederum eine entlastende Wirkung auf die Angehörigen und die Pflegepersonen.

Vor diesem Hintergrund hat der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Jahr 2021 einen Förderschwerpunkt im Bereich der Pflege- und Betreuungseinrichtungen (FGÖ 2021) eingerichtet, über den Einrichtungen und Organisationen bei der Entwicklung und Durchführung von Projekten im oben genannten Kontext unterstützt werden sollen. Projektanträge konnten ab Jänner 2021 beim FGÖ eingereicht werden, die maximale Förderdauer von Projekten betrug drei Jahre. Über die verpflichtende begleitende Evaluation jedes geförderten Projekts hinaus wurde eine übergreifende Evaluation des Förderschwerpunktes veranlasst, deren Ergebnisse im vorliegenden Bericht vorgestellt werden.

Gegenstand der Evaluation

Damit Maßnahmen für Bewohnende, An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende von Pflege- und Betreuungseinrichtungen nachhaltig wirksam sein können, ist es von grundlegender Bedeutung, dass diese in eine umfassende gesundheitsfördernde Strategie eingebettet sind. Dies umfasst das Erarbeiten von ganzheitlichen Maßnahmen unter Einbeziehung und Berücksichtigung der zentralen Akteursgruppen. Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) umfassen solche Maßnahmen insbesondere Veränderungen der Arbeitsverhältnisse (z. B. der Arbeitsorganisation), Fort- und Weiterbildungen sowie verhaltensorientierte Maßnahmen.

Für den Förderschwerpunkt wurde im Vorfeld ein Eckpunktepapier sowie ein Wegweiser erarbeitet. Diese Unterlagen konkretisieren auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen sowie des aktuellen Forschungsstandes Möglichkeiten für eine zukünftige Förderung der GF in Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Pfabigan/Pleschberger 2021). Entlang der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung wurden darin der jeweils aktuelle Diskussions- und Forschungsstand dargelegt sowie Anregungen für Schwerpunkte in Zielsetzung oder inhaltlicher Ausrichtung formuliert.

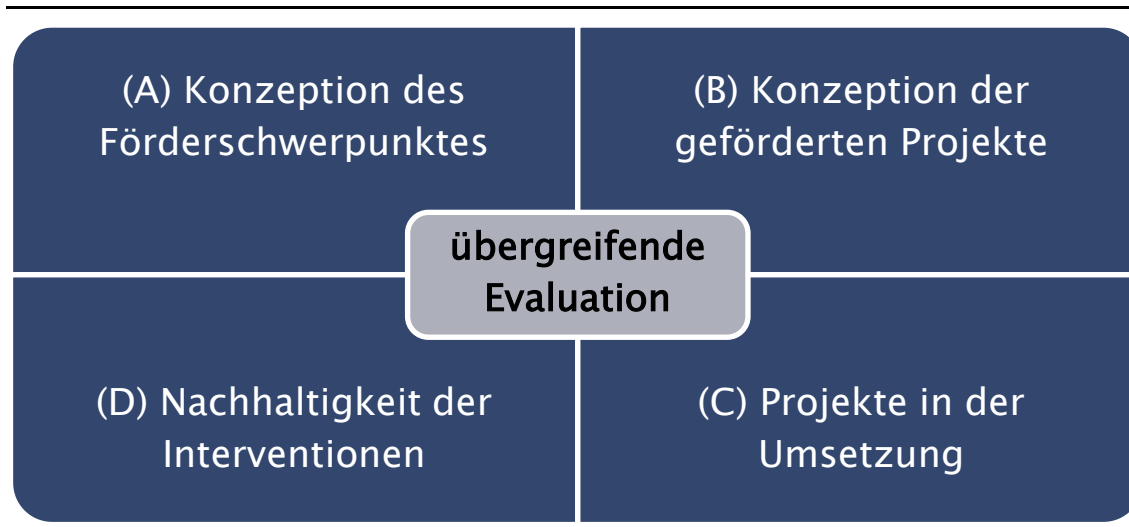
Zentrale Voraussetzung für eine Förderzusage war, dass die Projektvorhaben auf den o. g. Grundlagen aufbauen. Der Förderschwerpunkt sollte dazu beitragen, „Bewährtes“ zu transferieren und/oder um neue Schwerpunkte zu erweitern. Die konkreten Erfahrungen in der Umsetzung sollten dazu beitragen, zusätzliches Wissen im Bereich der Gesundheitsförderung in diesem Setting zu generieren.

Im Rahmen des Förderschwerpunktes erhielten sechs Projektvorhaben Förderzusagen, die Gegenstand des vorliegenden Evaluationsberichts sind. Die zentrale Referenz für die Evaluation des Förderschwerpunktes bilden die damit verbundenen Zielsetzungen, wie sie im sogenannten Eckpunktepapier zur Ausschreibung bzw. im Wegweiser zum Thema „Gesundheitsförderung in Pflege und Betreuungseinrichtungen“ (Pfabigan/Pleschberger 2021) aufgeführt sind. Besonderes Augenmerk wird dabei auf den Prozess der Ausschreibung und die darauf erfolgte Resonanz gelegt. Die Durchführung der eingereichten und geförderten Projekte, deren jeweiligen Einzelevaluationen sowie Projektberichte sind Gegenstand der übergreifenden Evaluation des Förderschwerpunktes.

2 Evaluationsansatz und Fragestellungen

Ziel der Evaluation des Förderschwerpunktes (FSP) ist es, projektübergreifend den Erfolg des Förderschwerpunktes zu untersuchen. Im Vordergrund steht also die **Frage: „Wie bewährt sich der Förderschwerpunkt?“** Um Antworten darauf zu erhalten, sollen die unten abgebildeten vier Dimensionen, denen jeweils unterschiedliche Perspektiven sowie Fragestellungen untergeordnet werden, näher untersucht werden.

Abbildung 1: Dimensionen der übergreifenden Evaluation des FSP



Quelle: GÖG

Im Folgenden werden die o. g. vier Dimensionen entlang ihrer zentralen Fragestellungen sowie ergänzender Subfragen näher vorgestellt.

(A) Konzeption des FSP

- War der FSP in der konzipierten Form im Hinblick auf die Bedarfslagen und Interessen der Zielgruppen (lt. Eckpunktepapier) ein gutes Angebot?
- Wie war bzw. ist die Resonanz auf den Schwerpunkt sowie auf einzelne Aspekte davon? Welche Themen werden aufgegriffen, welche nicht?
- Haben sich die „richtigen“ Zielgruppen für Projektanträge interessiert und schließlich auch eingereicht?
- Welche Faktoren haben bzw. was hat die Inanspruchnahme des Angebots FSP beeinflusst?

(B) Konzeption der geförderten Projekte

- Welches Potenzial haben die geförderten Projekte, um die Ziele des FSP zu befördern bzw. zu erreichen?
- Welche inhaltliche Konzeption weisen die geförderten Projekte auf?

- Wie sind die jeweiligen begleitenden projektbezogenen Evaluationen konzipiert und orientieren sich diese ausreichend an den Anliegen des FSP?

(C) Projekte in der Umsetzung (Prozess)

- Wie ist die Umsetzung der geplanten Projekte gelungen und was hat deren Gelingen beeinflusst?
- Wo ergaben sich Hürden oder Stolpersteine in der Umsetzung?
- In welchem Zusammenhang stehen die beobachteten Hürden bzw. Stolpersteine mit folgenden Aspekten:
 - a) der Planung und Konzeption des Projekts?
 - b) der Konzeption bzw. den Rahmenbedingungen des FSP?
 - c) dem Setting Langzeitpflege (LZP) und dessen Rahmenbedingungen?
- Welche übergreifenden Muster lassen sich erkennen?

(D) Nachhaltigkeit der Interventionen

- Wie stellen sich die Projekte hinsichtlich der erreichten Zielsetzungen und deren Nachhaltigkeit dar?

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit fokussierte die Analyse insbesondere auf strukturelle Veränderungen in den Organisationsabläufen sowie auf Produkte, die während der Umsetzung des Projekts erstellt wurden. Darüber hinaus lag der Fokus auf der Frage, inwiefern ein Wissensaufbau und -transfer gelungen ist und ob und inwiefern laut Berichten der Einzelevaluationen ein kultureller Wandel in der jeweiligen Organisationskultur erfolgt ist. Mit Projektende waren keine weiteren Nacherhebungen geplant, die die nachhaltige Wirkung noch genauer dokumentieren hätten können.

3 Methodisches Vorgehen

Die übergreifende Evaluation erstreckte sich über den gesamten Förderzeitraum der Projekte. Zentrale Erhebungsinstrumente waren leitfadengestützte Interviews, Inhaltsanalysen von Projektdokumenten sowie die aktive Teilnahme an den Vernetzungstreffen. Letztere wurden dazu genutzt, um mittels Workshops (WS) zu erfahren, wie die Projektleitenden und Umsetzenden sowie die Evaluierenden die Umsetzbarkeit der inhaltlichen Rahmenbedingungen des FSP in der Praxis bewerten. Außerdem wurden jeweils Zwischenergebnisse der übergreifenden Evaluation vorgestellt und diskutiert. Es ging vor allem darum, zu erkennen, was in der Planung und Umsetzungspraxis gut funktioniert und in welchen Bereichen die größten Herausforderungen gesehen werden.

Die untenstehende Tabelle fasst zusammen, welche Analyseschritte auf den unterschiedlichen Ebenen der übergreifenden Evaluation unternommen wurden.

Tabelle 1: Übersicht über die Evaluationsmethoden

Dimension	Methode	Wer/Was	Umfang
(A) Konzeption FSP	Experteninterviews	Umsetzungsverantwortliche FGÖ; Anbieter der Transfer-WS	2 Interviews / 4 Personen
	Interviews	Einreichende, Interessentinnen und Interessenten	5 Interviews / 6 Personen
(B) Konzeption Projekte	Inhaltsanalyse auf Basis eines Referenzrasters	Projektanträge Evaluationskonzepte	6 Anträge / 6 Evaluationskonzepte
(C) Projekte in der Umsetzung	Workshop inkl. Präsentation und Diskussion von Zwischenergebnissen der Evaluation	Umsetzende, Evaluatorinnen und Evaluatoren	3 Vernetzungstreffen
	Inhaltsanalyse	Controllingberichte	12 Controllingberichte
	Interviews	Projektleitende, Evaluatorinnen und Evaluatoren	6 Interviews / 12 Personen
(D) Nachhaltigkeit der Interventionen	Inhaltsanalyse	Projektberichte und Evaluationsberichte	6 Projektberichte 6 Evaluationsberichte

Quelle: GÖG

4 Ergebnisse

4.1 Dimension A: Konzeption des Förderschwerpunktes

Auf dieser Ebene wurden sieben leitfadengestützte Interviews mit Personen geführt, die an der Konzeption des FSP beteiligt bzw. in der Antragsberatung tätig waren. Außerdem wurden Interviews mit Einreichenden bzw. interessierten Personen geführt. Bei den Interviews wurde darauf geachtet, dass sowohl Vertreter:innen von größeren Trägerorganisation eingebunden als auch Personen aus kleineren Pflegeeinrichtungen und Gesundheitsförderungsorganisationen befragt wurden. Das heißt Organisation, die bei der Antragstellung und Projektumsetzung unterstützen, aber selbst keine stationäre Pflege anbieten.

Tabelle 2: Übersicht über die Interviews

Dimension	Anzahl der Personen	Anzahl der Interviews	Umfang in Stunden
FGÖ/Beratung	3	2	2
Trägerorganisation	2	2	2
Pflegeeinrichtung	1	1	1
GF-Organisation	3	2	2
Gesamt	9	7	7

Quelle: GÖG

Im Folgenden werden zunächst die Sichtweisen der Expertinnen und Experten wiedergegeben, die für die Konzeption des FSP verantwortlich waren, anschließend wird auf die Erfahrungen der Zielgruppen des FSP eingegangen. Auf der Ebene der Zielgruppen, so viel sei vorweggenommen, unterscheiden sich die Erfahrungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Einreichkriterien eines Förderantrags: Es macht v. a. einen Unterschied, ob eine große Trägerorganisation mit einer Innovationsabteilung einen Antrag stellt oder eine kleinere Pflegeeinrichtung, da Letztere weniger Ressourcen und teilweise auch weniger Know-how hinsichtlich Einreichung und Umsetzung von Projekten mitbringen.

4.1.1 Potenziale und Stolpersteine für Förderschwerpunkte aus Sicht des FGÖ

Basierend auf den Erfahrungen des FGÖ zeichnet sich ein erfolgreicher FSP vor allem durch vier wesentliche Kriterien aus: Er etabliert **(1) nachhaltige Strukturen** im Setting, die über die Förderphase hinausreichen. Er hat einen gewissen **(2) Werbeeffect** und steigert das Interesse an und die Akzeptanz von Gesundheitsförderung. Ein erfolgreicher FSP ist nicht statisch, sondern **(3) entwickelt sich stetig weiter**. Dabei sind etwa eine Öffnung hin zu anderen Settings und das Erzielen von Lerneffekten gemeint – beispielsweise aus Projekten, die in bestimmten Zielsetzungen gescheitert sind –, oder auch die kontinuierliche Anpassung des Förderschwerpunktes an veränderte gesellschaftliche Notwendigkeiten. Nicht zuletzt sollen sich das **(4) Wohlbefinden und die Gesundheit der definierten Zielgruppen verbessern**.

Hindernisse und **Stolpersteine** für die Gesundheitsförderung im Setting der Pflege und Betreuung sind laut Erfahrung des FGÖ insbesondere folgende:

- **Stolperstein Akzeptanz von GF-Projekten bei Mitarbeitenden:** Das Setting Pflege und Betreuung steht aufgrund demografischer Entwicklungen, knapper Ressourcen und nicht zuletzt aufgrund einer zunehmenden Anspannung im Zuge der Covid-19-Pandemie vor enormen Herausforderungen. Gesundheitsförderung soll zwar entlasten und Ressourcen bereitstellen, kann aber kurzzeitig eine Zusatzbelastung darstellen bzw. zumindest als solche wahrgenommen werden. Ein Knackpunkt für die erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten ist die Akzeptanz seitens der Mitarbeitenden. Gegenwärtig wird diese aufgrund der starken Belastung dieser Zielgruppe als potenzieller Stolperstein gesehen.
- **Stolperstein Nachhaltigkeit:** Erfahrungsgemäß werden viele Gesundheitsförderungsprojekte erfolgreich umgesetzt. Nach der Förderphase ist es jedoch oft nicht möglich, Strukturen und Programme in der selben Qualität aufrechtzuerhalten.
- **Stolperstein Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen und Komplexität des Settings:** Bestimmte Zielgruppen sind im Setting der Pflege und Betreuung besonders schwer zu erreichen. Dies gilt insbesondere für die An- und Zugehörigen sowie auch für die Freiwilligen. Aus Erfahrung ist oft schwer abzuschätzen, wie diese Personen auf Gesundheitsförderungsinitiativen reagieren und wie sie effektiv eingebunden werden können. Gesundheitsförderung ist im Setting der Pflege und Betreuung aufgrund der Heterogenität der Zielgruppen und auch aufgrund der verschiedenen Voraussetzungen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt komplexer als in anderen Settings.

4.1.2 Besonderheiten und Charakteristiken des Förderschwerpunktes

Die Charakteristik des hier analysierten Förderschwerpunktes liegt insbesondere in den **intensiven Vorarbeiten (1)**, die ihm vorangegangen sind, der **Kombination aus Innovations- und Transferleistungen (2)** und der **Festlegung der Zielgruppen im Setting (3)**.

Dem FSP gingen intensive Vorbereitungen voraus: Das Modellprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ wurde eingehend evaluiert, anschließend wurde auf Basis der Ergebnisse ein Projekthandbuch entwickelt. Dieses diente als Vorlage für den Transfer des Projekts in zwei weitere Regionen. Dabei wurde das Modellprojekt weiter adaptiert. Neben dieser Praxiserfahrung basiert der FSP auf einer detaillierten Aufarbeitung der wissenschaftlichen Diskussion zu Gesundheitsförderung im Setting der Pflege und Betreuung. Auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden ein praxistauglicher Wegweiser (Pfabigan/Pleschberger 2021) und ein Eckpunktepapier entwickelt; diese Unterlagen sollen den Projekteinreichenden eine Orientierung geben und die Qualität der Einreichungen erhöhen.

Bei der Antragstellung gab es die Option, sich am Modellprojekt zu orientieren und ein Transferprojekt zu konzipieren (Transferleistung) oder auf Basis des wissenschaftlichen Forschungsstands eigene Projektideen zu entwerfen, die im jeweiligen Kontext der Einrichtung als dringlich erscheinen (Innovation). In dieser Kombination bietet der FSP eine starke Orientierung und lässt gleichzeitig die Möglichkeit offen, auf Basis klar formulierter Rahmenbedingungen neue Projektideen zu konzipieren.

Die „Kultur der Einrichtungen“, im Sinne einer stärkeren Ausrichtung auf Gesundheitsförderung – so die Erfahrungen aus den Vorarbeiten zum FSP –, lässt sich nur verändern, wenn alle Zielgruppen aktiv in Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingebunden werden. Deshalb wurden in diesem FSP die Zielgruppen vorgegeben und es mussten von der Umsetzung der jeweiligen

Projekten auch alle Zielgruppen (Mitarbeitende, Bewohner:innen, An- und Zugehörige sowie Freiwillige) profitieren.

4.1.3 Bestehendes Projekt-Know-how und Herausforderung einer Antragstellung

Der FSP richtete sich gleichermaßen an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Trägerorganisationen und Gesundheitsförderungsorganisationen. Wenn GF-Organisationen selbst einreichten, mussten sie im Vorfeld Kontakt mit konkreten Einrichtungen aufnehmen und Kooperationsvereinbarungen treffen. Aus den schlussendlich erfolgten Einreichungen wurde deutlich, dass sich alle Zielgruppen beteiligt haben.

Große Trägerorganisationen haben zwar Ressourcen, wie etwa Abteilungen für Qualitätsmanagement, Innovation etc., teilweise wird aber die Verknüpfung von Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung nicht klar erkannt. Dabei werden oft Standards des Qualitätsmanagements diskutiert, ohne explizit eine Verbindung zu Prämissen der Gesundheitsförderung herzustellen. In den verschiedenen Abteilungen weiß man über die Möglichkeit, Projekte im Bereich Gesundheitsförderung einzureichen, Bescheid. Teilweise fehlt jedoch die einschlägige Erfahrung in der Antragstellung und Umsetzung. Dabei ist es von Organisation zu Organisation unterschiedlich, auf welcher Ebene Gesundheitsthemen verankert sind. Teilweise werden diese nur auf Führungsebene behandelt und es sind keine eigenen Abteilungen damit betraut. Trägereinrichtungen sind nicht ständig auf der Suche nach potenziellen Förderungen.

Pflegeeinrichtungen, die nicht von großen Trägern betrieben werden, verfügen über kaum Ressourcen für Qualitätsmanagement oder eine systematische Gesundheitsförderung. Es gibt auch kaum Projekterfahrung. Dennoch besteht auf der Ebene der konkreten Einrichtungen viel Ideenpotenzial: Häufig existiert ein ausgeprägtes Wissen über Problemlagen und es gibt auch konkrete Vorstellungen darüber, wie auf diese reagiert werden könnte. Anders sieht es in Bezug auf das Know-how aus, diese Ideen in einen Projektantrag zu gießen. Es fehlen einschlägiges Wissen über den Forschungsstand, die Vertrautheit mit den Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung sowie zentrale Erfahrungen bezüglich des Aufbaus und der Konzeption von Projektanträgen. Neben dem Know-how sind auch die für die Antragstellung nötigen zeitlichen und personellen Ressourcen auf dieser Ebene knapp.

Was **Trägerorganisationen wie Pflegeeinrichtungen** gleichermaßen von der Antragstellung abschreckt, sind die „Begleiterscheinungen“ der Umsetzung. Damit sind etwa der Dokumentationsaufwand und die Abrechnungsformalitäten gemeint, die ab dem Zeitpunkt der Bewilligung auf die Organisationen zukommen. Auch die Kofinanzierung erschwert die Antragstellung seitens der Trägerorganisationen und der Pflegeeinrichtungen. Diese wägen ab, ob sich der Aufwand im Hinblick auf die Finanzierung lohnt oder ob man das Projekt nicht in einem kleineren Rahmen mit Eigenmitteln stemmen soll. Damit spart man sich den Prozess der Antragstellung (und die damit verbundene Unsicherheit) und hat während der Projektumsetzung mehr Flexibilität. Besonders bei kleinen und privat betriebenen Einrichtungen überwiegt die Kosten-Nutzen-Kalkulation bei der Entscheidung, ob ein Projekt beantragt werden soll. Wenn keine finanziellen Vorteile durch die Förderung erwartet werden können, wird davon abgesehen.

Am einfachsten gestalten sich die Konzeption und Umsetzung von Projekten für **Gesundheitsförderungseinrichtungen**. Diese suchen ständig aktiv nach potenziellen Fördermitteln und treffen dann eine Auswahl. Zunächst wird organisationsintern über erste Möglichkeiten eines

Projektkonzepts nachgedacht, Literatur recherchiert und es werden eigene Ideen und Kompetenzen eingebracht. Schon in der Frühphase wird auch Kontakt zu Trägerorganisationen oder Pflegeeinrichtungen aufgenommen, die in die Projektentwicklung eingebunden werden, und dann wird weiterführend recherchiert. Im Kontrast zu den Einrichtungen und teilweise auch Trägerorganisationen sind Gesundheitsförderungsorganisationen mit der Struktur von Projektanträgen vertraut. Während einige Pflegeeinrichtungen und auch Trägerorganisationen die Länge der Anträge und das Anknüpfen an den Forschungsstand als Hürden wahrnehmen, ist das für Gesundheitsförderungsorganisationen selbstverständlich. Erfahrene Antragsteller:innen verfügen über ein Netzwerk an Evaluatorinnen und Evaluatoren aus Vorprojekten und sind mit den Begrifflichkeiten und Formalitäten vertraut.

4.1.4 Bewertung der Unterstützungsleistungen seitens des FGÖ durch die Einreichenden

Die Unterstützungsangebote wurden von den Einreichenden als umfangreich wahrgenommen und v. a. von Trägerorganisationen und Pflegeeinrichtungen als sehr hilfreich empfunden. Für GF-Organisationen, die mit der Umsetzung solcher Projekte sehr vertraut sind, sehen sich selbst eher nicht als Zielgruppe von Informationsveranstaltungen. Von den Träger- und Pflegeorganisationen konnten besonders jene von den Maßnahmen profitieren, die sich schon mit der Thematik Gesundheitsförderung beschäftigt und auch bereits Erfahrungen mit der Umsetzung von Projekten in diesem Bereich hatten. Besonders positiv wird die Kombination aus Theorie (Wegweiser und Eckpunktepapier) und Praxis (Transferworkshop) bewertet. Speziell bei den Workshopangeboten wurden Erfahrungen im Hinblick auf Hürden und Stolpersteine eingehend diskutiert sowie Erfahrungen in der Budgetplanung und Zieldefinition ausgetauscht. Dies wurde als hilfreich wahrgenommen.

Trägerorganisationen und Pflegeeinrichtungen bewerten den Transferworkshop sowie den Wegweiser und das Eckpunktepapier als fundamentale Stützen für die Antragstellung. Es war wichtig, die Qualitätsmerkmale von Gesundheitsförderung didaktisch kompakt aufgearbeitet vor sich zu haben, um zu erkennen, worauf bei der Projektkonzeption geachtet werden soll.

Neben diesen inhaltlichen Inputs war vor allem die Kommunikation formaler Kriterien wichtig. Besonders hilfreich waren etwa Beispiele geförderter Projekte. Auch durch telefonisches Nachfragen konnten Unklarheiten schnell beseitigt werden. Positiv wahrgenommen wurde ebenfalls, dass es einen expliziten Schwerpunkt für das Setting Pflege und Betreuung gibt. Die Schwerpunktsetzung des FSP wurden als kohärent und passend für das Setting wahrgenommen.

Eine Interviewpartnerin sprach an, dass mehr Werbung für GF gemacht werden könnte. Es reiche nicht aus, einmal eine Aussendung zu machen, sondern die Zielgruppen müssten stets erneut an die Förderangebote und Einreichfristen erinnert werden. Die Newsletter würden im Alltag der Pflegeeinrichtungen oft untergehen. Man könnte bestimmten Organisationen gezielt mit „Testimonials“ ähnlicher Organisationen zeigen, wie GF-Projekte im Setting aussehen und was mit ihnen erreicht werden kann. Vernetzungsveranstaltungen speziell für GF-Beratungsorganisationen wurden ebenfalls als mögliches zusätzliches Angebot genannt.

Einzig eine Einrichtung erwähnte im Interview, dass das Korsett mit den inhaltlichen Vorgaben (Wegweiser und Eckpunktepapier) zu eng geschnürt gewesen sei und die Problemlagen in der konkreten Einrichtung andere seien. Die Probleme des Hauses hätten den Förderkriterien angepasst werden müssen und man hätte damit das Gefühl gehabt, sich „verbiegen“ zu müssen. Der

Fokus der Förderkriterien liege zu stark auf der Umsetzung und wie die Ziele erreicht werden („Strukturorientierung“). Ein stärkerer Fokus auf die Ergebnisse und eine gewisse Offenheit, wie diese erreicht werden, wäre aus dieser Perspektive wünschenswert. Eine weitere Einrichtung fand die Ausrichtung des Förderschwerpunktes zwar spannend, hatte aber bereits eine Schwerpunktsetzung. Mehrere Aktivitäten gleichzeitig laufen zu lassen, wurde als nicht sinnvoll erachtet, weshalb man von einer Einreichung absah.

4.1.5 Akzeptanz von Gesundheitsförderung im Setting

Gesundheitsförderung steht im Setting der Pflege und Betreuung in einem Zwiespalt: Große Skepsis ist gepaart mit hohen Erwartungen. Im Setting sind die Ressourcen derart knapp, dass Gesundheitsförderung einerseits als (unnötiger) Luxus angesehen wird, andererseits gibt es aber auch Hoffnung, dass Maßnahmen in diesem Bereich die Situation verbessern können. Die hohe Erwartungshaltung kann – wie die Skepsis – eine Gefahr sein, da die Anfangseuphorie schnell schwindet, wenn Maßnahmen nicht rasch Wirkung zeigen.

Gesundheitsförderung im Sinne klassischer betrieblicher Maßnahmen und Angebote, die den Arbeitsplatz attraktiver machen und auf die physische und psychische Gesundheit von Mitarbeitenden abzielen, wird von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern als wichtiger „Wettbewerbsvorteil“ gesehen: Die einzelnen Einrichtungen müssten für Mitarbeitende attraktiv sein und damit im Hinblick auf Gesundheitsförderung etwas bieten. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die rasche Wirkung in Bezug auf die Entlastung der Mitarbeitenden erzielen und nicht als „Alibi“ einer „Ankündigungs- und Versprechenspolitik“ missbraucht werden, haben gute Chancen, auf Akzeptanz zu stoßen. Ein starker Fokus auf Mitarbeitende wird von mehreren Interviewten als essenziell angesehen.

Gesundheitsförderungsprojekte gehen häufig von Initiativen der Leitung und Stabsstellen aus. Teilweise werden sie gänzlich auf dieser Ebene entwickelt und dann den einzelnen Einrichtungen zur Umsetzung übergeben. Dies, so berichten einige der Interviewten, führt in der ersten Reaktion häufig zu Widerstand, da die Ressourcen ohnehin schon knapp seien und viele Mitarbeiter:innen das Gefühl haben, nun noch mehr Zeit für solche Projekte aufbringen zu müssen. Eine Trägerorganisation hat die Lösung gefunden, dass nach einer ersten negativen Reaktion der Mitarbeiter:innen das mittlere Management in das Projekt einbezogen wurde. Dieses hat eine wichtige Schnittstellenfunktion übernommen und dadurch die Akzeptanz des Projekts gestärkt. Eine Interviewpartnerin berichtet etwas konträr dazu, dass ihrer Erfahrung nach vor allem die Startphase von allgemeiner Euphorie gekennzeichnet sei, die dann abebbe und gegen Schluss ganz verschwinden würde. Angesprochen wurde darüber hinaus, dass die Einbeziehung der Mitarbeitenden und des mittleren Managements nicht bedeuten solle, dass es nicht eines Commitments seitens der Führungsebene bedürfe. Diese, so die Meinung vieler der Interviewten, muss hinter dem Projekt stehen und sich zur Gesundheitsförderung bekennen.

4.1.6 Relevanz der thematischen Fokussierung

Die Relevanz von Gesundheitsförderung im Setting von Pflege und Betreuung wird von den Interviewten durchwegs hoch eingeschätzt. Betont wurde der Bedarf, die Gesundheit aller Zielgruppen zu stärken. In diesem Zusammenhang wurde die Konzeption des FSP, die die Fokussierung aller Akteurinnen und Akteure anstrebt, als sinnvoll eingeschätzt. Inhaltlich gäbe es viele

Themen in diesem Setting, die verstärkt bearbeitet werden sollten – etwa Bewegung, Gewaltprävention und psychische Gesundheit angesprochen. Auch die Pandemie, die Bevölkerungsentwicklung und die Arbeitsbedingungen im Setting wurden erwähnt. Eine Interviewpartnerin wies darauf hin, dass es wichtig sei, den FSP auch auf mobile Betreuung auszuweiten. Im mobilen Bereich seien die Mitarbeitenden oft ganz auf sich allein gestellt und würden zusätzliche Unterstützungsleistungen benötigen.

4.1.7 Bewertung der inhaltlichen und formalen Anforderungen

In den Interviews stellte sich heraus, dass vor allem formale Anforderungen als „Hürden“ für die Projekteinreichung und Umsetzung begriffen werden. Dazu zählen die Aufstellung einer Kofinanzierung bzw. das Einbringen von Eigenmitteln, die externe Evaluation sowie Formalitäten der Abrechnung und Projektdokumentation. Als inhaltliche Herausforderung werden die im FSP geforderte Partizipation und die Einbindung aller Zielgruppen angesehen. Zunächst zu den inhaltlichen Anforderungen:

Zielgruppen: Die Erreichung und Einbindung aller Zielgruppen wird als große Herausforderung eingeschätzt. Eine Interviewpartnerin betonte, dass die Einbindung aller Zielgruppen auf der theoretischen Ebene zwar sehr sinnvoll sei, aber die praktische Umsetzung komplexer mache. Ihrer Ansicht nach wäre es einfacher, mit einer Zielgruppe zu beginnen und die Maßnahmen schrittweise zu erweitern.

Partizipation: Besonders von weniger erfahrenen Antragstellerinnen und Antragstellern wird die Anforderung der partizipativen Ausrichtung des Projekts als große Herausforderung bzw. gar als Widerspruch betrachtet. Ergebnisoffenheit wird dabei als Charakteristikum einer partizipativen Herangehensweise aufgefasst, im Antrag müsse aber konkret auf die Umsetzungsschritte, Zielsetzungen und erwarteten Resultate eingegangen werden. Eine Interviewpartnerin regte an, dass die Detailplanung des Projekts ev. in die Projektstartphase verlegt werden könnte. Es wäre vor allem im Bereich der GF schwer, im Vorfeld zu definieren, wo das Projekt hinsteuern und was die konkrete Zielsetzung sein soll. In der Startphase könnten alle im Projekt involvierten Zielgruppen einen solchen Rahmen abstecken. Dass das Projekt mit Beantragung der Mittel komplett durchgeplant sein müsse, wird als große Herausforderung wahrgenommen. Es existiert eine gewisse Unsicherheit, wie einfach oder kompliziert eine Justierung während der Umsetzung ist.

Für erfahrene Antragsteller:innen wird Partizipation weniger als eine Herausforderung in der Projektplanung und -konzeption, sondern vielmehr als möglicher Stolperstein in der praktischen Umsetzung gesehen. Besonders im Setting der Pflege und Betreuung und vor allem bei der Zielgruppe der Bewohner:innen seien die Voraussetzungen für die Teilhabe sehr heterogen (abhängig beispielsweise von Pflegegrad, Alter, Art der Beeinträchtigung etc.). Kurz: Die Einbindung verschiedener Zielgruppen wird als sinnvolle Anforderung empfunden, die Heterogenität des Settings stellt aber v. a. für die Zielgruppe der Bewohner:innen (und auch jene der An- und Zugehörigen) eine doch große Herausforderung dar. Es wurde in dieser Hinsicht auch erwähnt, dass Angehörige teilweise nicht partizipieren wollen und froh sind, dass ihre Nächsten „versorgt“ werden, andere wiederum sind sehr engagiert und bringen sich stark ein. In der konkreten Einrichtung müsse man also flexibel bleiben, wer schlussendlich an bestimmten GF-Projekten bzw. -modulen aktiv teilnimmt.

Eigenmittel/Kofinanzierung

Vor allem für weniger erfahrene Antragsteller:innen ist die Aufstellung einer Kofinanzierung eine Herausforderung. Es müssen zusätzlich Kooperationen eingegangen, weitere Fördertöpfe akquiriert oder Eigenmittel sachgemäß zugewiesen werden. Dieser Aspekt macht die Antragstellung komplex. Bei der Kofinanzierung steigt auch die Abhängigkeit hinsichtlich weiterer Begutachtungsfristen und Entscheidungsabläufe.

Formalitäten der Projektförderung

Die Abwicklung von Formalitäten, die während der Umsetzungsphase anfallen, stellen für einige der Interviewten einen hohen Aufwand dar. Auch bei großen Trägerorganisationen ist man teilweise mit Formalitäten der Abrechnung und Berichtslegung nicht vertraut. Besonders jene Interviewte, die keinen Antrag eingereicht haben, sehen in der Vereinfachung der formalen Abläufe einen zentralen Verbesserungsschritt des FSP.

4.1.8 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension A: Konzeption des FSP

Der Förderschwerpunkt hat sich insbesondere auf folgenden vier Ebenen bewährt:

- 1. Synergie nutzen und Innovation fördern:** Es wurde einerseits die Möglichkeit geboten, auf erfolgreichen Projektkonzepten aufzubauen und diese in die eigene Einrichtung zu transferieren. Ebenso bestand die Möglichkeit, eigene Projekte zu entwickeln. Damit konnten gleichzeitig Synergien genutzt und Innovation gefördert werden. Beide Möglichkeiten wurden von den Einreichenden genutzt und damit Zielgruppen angesprochen, die genug Know-how und Ressourcen hatten, um eigene Projekte zu entwickeln, wie auch Organisationen, die thematisch auf dem Transferprojekt aufbauen wollten.
- 2. Wissensvermittlung im Rahmen fachlicher Expertise:** Diese Ebene bot zentrale Unterstützungsleistungen, damit Synergien genutzt und Innovation in die richtige Richtung gelenkt wurde. Aus den Interviews wurde klar, dass neben formalen Unterstützungsleistungen insbesondere das Angebot an fachlicher Unterstützung (Wegweiser, Eckpunktepapier und Transferworkshops) von zentraler Bedeutung für die einreichenden Organisationen war.
- 3. Zentrales Kriterium, alle Zielgruppen in der Projektumsetzung zu berücksichtigen:** In den Interviews wurde klar, dass dieses Kriterium nicht unbedingt im Sinne der Einreichenden war. Viele Organisationen wollten sich aufgrund der pragmatischen Umsetzbarkeit wie auch aufgrund der Relevanzsetzung seitens des Unternehmens eher auf die Zielgruppe der Mitarbeitenden fokussieren. Mit diesem Kriterium hat der FSP eine wichtige Direktive vorgegeben, durch die Interdependenzen von Gesundheitsförderung im Fokus der Projekte blieben. Dies garantierte, dass Maßnahmen für eine Zielgruppe mit ihren Auswirkungen auf die jeweils anderen reflektiert wurden.
- 4. Vernetzungstreffen:** Im Verlauf der weiteren Analyse (siehe folgende Kapitel) hat sich gezeigt, dass insbesondere die Vernetzungstreffen für den Wissenstransfer genutzt wurden. Während dieser Workshops bildeten sich projektübergreifende Kooperationen und es entstanden auch Ideen für neue Gesundheitsförderungsprojekte.

Auf Basis der Interviews zeichnen sich insbesondere zwei mögliche Potenziale für die Weiterentwicklung des FSP ab.

- **Entwicklungspotenzial: Workshop und Materialien zur Gestaltung partizipativer Prozesse im Setting LZP:** In der Phase der Antragstellung war es für die einreichenden Organisation eine besondere Herausforderung, Partizipation zu planen. Die Beratungsleistungen seitens des FGÖ könnten dies aufgreifen und darauf eingehen, wie eine „offene Planung“ aussehen kann. Es müsste gezeigt werden, dass die Planung konkreter Maßnahmen (etwa Arbeitspakete und Arbeitsschritte) sowie detaillierte Überlegungen zur Einbindung verschiedener Zielgruppen Grundbausteine partizipativer Projekte sind.
- **Entwicklungspotenzial: Zweistufige Einreichverfahren.** Zuletzt wurde noch erkannt, dass die meisten Initiativen für die eingereichten Projekte vom mittleren Management bzw. den Innovationsabteilungen der Organisationen ausgegangen sind. Mitarbeitende aus anderen Bereichen wurden nicht in den Prozess der Antragstellung einbezogen. Da es für die Akzeptanz eines Projektes gut sein kann, wenn Mitarbeitende frühzeitig und nicht erst bei der Bewilligung des Projekts mit eingebunden werden, könnte man über Konzepte nachdenken, die Organisationen dabei unterstützen, Mitarbeitende in die Projektplanung zu involvieren. Das könnte z. B. ein zweistufiger Einreichprozess sein, bei dem auf Basis einer Ideenskizze schon kleine Fördermittel für die partizipative Erstellung eines Projektkonzeptes vergeben werden.

4.2 Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte

Sechs Projekte wurden im Rahmen des Förderschwerpunktes „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“ vom FGÖ bewilligt. In diesem Rahmen wurden Maßnahmen in sechs Bundesländern und 26 Einrichtungen umgesetzt. Insgesamt sollten die im Rahmen der Projekte umgesetzten Maßnahmen mehr als 3.400 Personen erreichen. Von den sechs Einreichungen, die bewilligt wurden, verfolgten zwei den Projektansatz „Bewährtes transferieren“. Das bedeutet, dass eine Implementierung von Maßnahmen nach dem Vorbild des Modellprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse vorgesehen ist. Die anderen Einreichungen zielen darauf ab, „Bewährtes mit neuen Schwerpunkten“ umzusetzen. Das Projekt „Sei dabei!“ (Projekt 4) unterscheidet sich insofern von den restlichen Einreichungen, als hier die Schwerpunktsetzung explizit auf Bewohner:innen mit und ohne demenzielle Veränderungen sowie auf deren An- und Zugehörige gelegt wird. Fünf Projekte wurden über externe Institutionen eingereicht, eine Trägerorganisation (Projekt 3) fungiert selbst als Antragstellerin.

Tabelle 3: Übersicht über die eingereichten Projekte

Projekt	Code	Setting	Inhaltlicher Fokus	Zielgruppen
Resilienzförderung in Pflegeeinrichtungen (RESI)	1	6 Pflegewohnhäuser (3 Pilotierung, 3 Transfer)	positive Psychologie und Resilienz	Beschäftigte, Bewohner:innen, An-/Zugehörige (ggf. Ehrenamtliche)
Gemeinsam gesund im Seniorenheim	2	4 Heime bzw. Seniorenwohnhäuser	gerontopsychologische Belastungen	Beschäftigte, Bewohner:innen, An-/Zugehörige
Gemeinsam stark gegen Gewalt	3	11 Pflegewohnhäuser (3 NÖ, 8 Wien)	Gewalt- und Aggressionsprävention	Beschäftigte, Bewohner:innen, An-/Zugehörige
Sei dabei!	4	1 Pflegewohnheim und 1 Tagesbetreuungseinrichtung	sinnstiftende Handlungen	Schwerpunkt: Bewohner:innen mit und ohne Demenz, An-/Zugehörige, auch Beschäftigte
Gesundheit hat kein Alter: Transfer Kärnten	5	3 Pflegewohnhäuser	Transfer des Modellprojekts „Gesundheit hat kein Alter“	Beschäftigte, Bewohner:innen, An-/Zugehörige, Ehrenamtliche
WERTSCHÄTZUNG Mensch	6	2 Altenwohn- und Pflegeheime	Transfer des Modellprojekts „Gesundheit hat kein Alter“	Beschäftigte, Bewohner:innen, An-/Zugehörige

Quelle: GÖG

4.2.1 Referenzkriterien

Damit sich das Potenzial von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta entwickeln kann, gilt es, sich an den Grundprinzipien zu orientieren, die von der WHO festgelegt wurden (WHO 1986). Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten dieses Förderschwerpunktes wurden diese Grundprinzipien für das Setting der stationären Langzeitpflege konkretisiert und spezifiziert. Dafür wurden die Erfahrungen von 14 bereits geförderten FGÖ-Projekten zum Thema sowie der „Gesundheit hat kein Alter“-Projekte analysiert. Darüber hinaus erfolgte eine Aufarbeitung des aktuellen Stands gesundheitswissenschaftlicher Kenntnisse zu der Frage, welcher Voraussetzungen es bedarf, damit Gesundheitsförderungsprojekte ihr Potenzial in der geriatrischen Langzeitpflege entwickeln können. Ebenso wurden Ansatzpunkte herausgearbeitet, die bislang im Rahmen der Gesundheitsförderung in diesem Setting noch nicht so sehr im Fokus standen. Nicht zuletzt wurde eine Sichtung von Inhalten von Websites relevanter Organisationen bzw. Netzwerke und solcher aus der Projektdatenbank des FGÖ mit Blick auf den Kontext stationärer Langzeitpflege und -betreuung durchgeführt. Diese systematisch erhobenen Wissensbestände, die zum Gelingen von Gesundheitsförderungsprojekten in der geriatrischen Langzeitpflege beitragen sollen, wurden im Wissensband des FGÖ „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Ein Wegweiser für die Praxis“ zusammengefasst, der für den FSP als Wegweiser diente.

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“ wurde empfohlen, dass sich die Projektanträge daran orientieren und dabei folgende Prämissen berücksichtigt werden:

- a) Der Charakter von Pflege als Interaktionsarbeit soll in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt werden; Interaktionsarbeit soll erleichtert werden.
- b) Bei allen Maßnahmen sind deren (mögliche) Auswirkungen auf die jeweiligen anderen Gruppen von Akteurinnen und Akteuren zu betrachten.
- c) Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit soll die Diversität der beteiligten Akteurinnen und Akteure berücksichtigt werden.
- d) Verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen sollen eng miteinander verbunden werden.
- e) Weil Partizipation in diesem Setting anspruchsvoll ist, sind ein gut durchdachtes Konzept und entsprechende Ressourcen vorausgesetzt.
- f) Die Maßnahmen müssen in ein entsprechendes Gesamtkonzept der Einrichtung eingebunden werden.

Um sicherzustellen, dass die Herangehensweise und die Maßnahmen der eingereichten Projekte die Situation in Pflege- und Betreuungseinrichtungen nachhaltig positiv beeinflussen, wurden im Förderschwerpunkt folgende weitere zu berücksichtigende Aspekte genannt:

- a) Erkenntnisse aus dem **Modellprojekt** „Gesundheit hat kein Alter“ sollen aufgenommen werden bzw. soll auf diesem aufgebaut werden.
- b) Es gilt, auf **evidenzbasierte Interventionen** zurückzugreifen, also auf solche, deren Wirksamkeit in vorangegangenen Projekten oder im Rahmen anderer Konzepte nachgewiesen wurde.
- c) Es sollen stets **alle drei wesentlichen Akteurs- bzw. Zielgruppen** im Projekt berücksichtigt werden (wenngleich nicht zwingend im selben Ausmaß).

Als Referenzkriterien für die Potenzialanalyse wurden jene Prämissen herangezogen, die auf Basis der Konkretisierung und Spezifizierung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung für das Setting der geriatrischen Langzeitpflege formuliert und im sogenannten Eckpunktepapier zur Ausschreibung als nachweislich zu berücksichtigende Aspekte explizit genannt wurden. Ergänzt wird die Potenzialanalyse noch durch weitere Kriterien, die im Wegweiser als zentral für das Gelingen von Gesundheitsförderungsprojekten für dieses Setting herausgestellt wurden.

Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Überblick gegeben, wie die Projekte auf die jeweiligen Prämissen eingehen. Dabei wird auch das Wichtigste kurz zusammengefasst. Im Weiteren erfolgt eine kurze Erläuterung der Bedeutung der jeweiligen Prämisse, wie sie im Wegweiser formuliert wurde, und es wird detaillierter dargestellt, in welcher Weiser diese Aspekte in den Projektanträgen ausgeführt wurden. Für die Bezeichnung der Projekte wird der in der „Übersicht über die eingereichten Projekte“ () zugeordnete Code verwendet.

4.2.2 Kurzüberblick über die Ergebnisse der Potenzialanalyse

Die untenstehende Abbildung 2 zeigt viele Felder in Grün. Dies bedeutet, dass in den Projektanträgen auf viele Prämissen explizit eingegangen wird und entsprechende Maßnahmen geplant sind. Des Weiteren sind jedoch auch etliche Felder orange eingefärbt. Dies weist darauf hin, dass auf die Thematik der Prämissen zwar eingegangen und deren Bedeutung unterstrichen wird, jedoch keine konkreten Maßnahmen genannt werden, wie die damit verbundenen Ziele erreicht werden sollen. Die Tabelle zeigt kaum rote Felder. Das bedeutet, es gibt kaum eine Prämisse, die weder explizit noch implizit berücksichtigt wird. Einige Felder sind blau markiert. Diese farbliche

Kennzeichnung soll anzeigen, dass Prämissen zwar nicht thematisch erwähnt und behandelt werden, jedoch Maßnahmen geplant wurden, die darauf hindeuten, dass das Thema in der praktischen Ausführung berücksichtigt werden wird.

Abbildung 2: Übersicht: Berücksichtigung der Prämissen in den Projektanträgen

Projekt	P1	P2	P3	P4	P5	P6
In den Projektanträgen nachweislich zu berücksichtigen						
a) den Charakter von Pflege als Interaktionsarbeit in den Mittelpunkt stellen	Blau	Blau	Blau	Blau	Grün	Grün
b) Auswirkungen auf die jeweiligen anderen Gruppen von Akteurinnen und Akteuren betrachten	Grün	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
c) Diversität der beteiligten Akteurinnen und Akteure berücksichtigen	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
d) verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen eng miteinander verbinden	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün
e) gut durchdachtes Konzept und entsprechende Ressourcen für Partizipation	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
f) die Maßnahmen in ein Gesamtkonzept der Einrichtung einbinden	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün
In den Projektanträgen zu berücksichtigen						
g) auf Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ aufbauen	Grün	Grün	Rot	Orange	Grün	Orange
h) auf evidenzbasierte Interventionen zurückgreifen	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün	Grün
i) alle drei wesentlichen Akteurs-/Zielgruppen im Projekt berücksichtigen	Grün	Grün	Grün	Orange	Grün	Grün

Grün: Problemanalyse zum Thema ist vorhanden und entsprechende Maßnahmen sind explizit geplant.

Orange: Auf das Thema wird eingegangen, aber ohne konkrete Maßnahmen zu nennen.

Rot: Auf das Thema wird nicht eingegangen.

Blau: Auf das Thema wird nicht explizit eingegangen, aber es werden Maßnahmen genannt, die in diesem Zusammenhang förderlich sein können.

Quelle: GÖG

Fokussiert man genauer auf die sechs zentralen Prämissen, die es laut FSP nachweislich zu berücksichtigen gilt, fällt auf, dass über alle Projektanträge hinweg auf Diversität und Partizipation etwas weniger fokussiert wird. In den Anträgen am stärksten berücksichtigt wird die Kombination von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen. Unterschiedlich stark werden die Auswirkungen von bestimmten Maßnahmen auf unterschiedliche Zielgruppen reflektiert und es wird in unterschiedlichem Ausmaß darauf geachtet, dass GF-Maßnahmen in das Gesamtkonzept der jeweiligen Einrichtung einfließen. Auf dieser Ebene zeigt sich, dass die Berücksichtigung von Diversität im Setting Langzeitpflege sowie die Konzeption von partizipativen Maßnahmen die größten Herausforderungen in der Projektplanung sind. Auf die Schwierigkeit, Partizipation zu planen, wurde auch im vorherigen Kapitel, in dem es um die Dimension A (Konzeption des FSP) ging, hingewiesen.

4.2.3 Detailanalyse

a) Den Charakter von Pflege als Interaktionsarbeit in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen

Bei der Arbeit mit und an Menschen, wie sie für die geriatrische Langzeitpflege charakteristisch ist, ist eine gelungene Interaktion bestimmend für eine qualitätsvolle Erbringung der Dienstleistung, die Güte des Arbeitsergebnisses, die Zufriedenheit der Leistungserbringer:innen (Pfleger:innen) und Leistungsempfänger:innen (Bewohner:innen sowie deren An- und Zugehörige) (Böhle 2011; Böhle et al. 2015; Böhle 2018). Werden die spezifischen Anforderungen der Pflege als Interaktionsarbeit nicht beachtet, führt dies zu erhöhten arbeitsbedingten Erkrankungsrisiken für die Pflegepersonen und gefährdet die Sicherheit und Gesundheit der Bewohner:innen.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

In allen Projektanträgen werden Zielsetzungen und Maßnahmen genannt, die dazu beitragen können, den Anforderungen, welche die Interaktionsarbeit an die Pflegenden stellt, besser nachkommen zu können. Allerdings wird nur in den Anträgen des Projekts 5 und 6 explizit auf diese wichtigen Prämissen eingegangen. Hervorzuheben ist, dass im Antrag des Projekts 6 konkrete Anforderungen der Interaktionsarbeit angeführt werden und darauf hingewiesen wird, dass im Rahmen des Projekts diesbezügliche Maßnahmen geplant und umgesetzt werden sollen. Im Projekt 5 sollen Interaktions-, Rollen- und Kommunikationsfragen, Entscheidungsdilemmata und Beziehungsverwicklungen Schlüsselthemen sein, die es im Projektverlauf zu bearbeiten gilt. In den anderen Projektanträgen (beispielsweise im Projekt 2) wird ausgeführt, dass Betreuungsleistungen insofern als ganzheitlicher Prozess aufgefasst werden, als die psychosozialen Bedürfnisse der Bewohner:innen in den Fokus gerückt und die Rahmenbedingungen für gesundheitsorientiertes Handeln verbessert werden sollen.

Darüber hinaus zielen alle Projekte darauf ab, das Gemeinschaftsgefühl und den sozialen Zusammenhalt zu stärken sowie die Lebens- und Arbeitsqualität zu verbessern. Dafür sehen sie sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen vor. In den Projektanträgen werden in diesem Zusammenhang mögliche Maßnahmen zumeist nur beispielhaft angeführt und es wird darauf verwiesen, dass diese in einem partizipativen Prozess erarbeitet werden sollen.

b) Bei allen Maßnahmen sind deren (mögliche) Auswirkungen auf die jeweiligen anderen Gruppen von Akteurinnen und Akteuren zu betrachten

Gelungene Interaktionsarbeit ist ausschlaggebend für die Arbeitsqualität sowie für das Wohlbefinden der handelnden Akteurinnen und Akteure. Deshalb ist auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten darauf zu achten, dass Pflegepersonen durch den projektbezogenen Ressourcenaufwand nicht zusätzlich unter Zeitdruck geraten und dadurch den Anforderungen der Interaktionsarbeit nicht nachkommen können. Umgekehrt müssen bei der Realisierung von Erleichterungen für Mitarbeitende auch mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner:innen bedacht werden. Es gilt, die gemeinsamen Interessen und Anliegen der unterschiedlichen Akteursgruppen zu finden bzw. unterschiedliche und möglicherweise gegensätzliche Interessen und Anliegen auszubalancieren.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

Aus den Projektanträgen lässt sich die Annahme ableiten bzw. wird darin explizit hervorgehoben, dass sich durch die jeweils geplanten Maßnahmen eine positive Wechselwirkung zwischen den einzelnen Zielgruppen ergeben wird. So wird beispielsweise in einem der Projektanträge festgehalten, dass in der Evaluation ein besonderer Fokus auf die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Zielgruppen gelegt werden soll (Projekt 2). Was in zwei Projektanträgen (Projekt 1 und 2) bezüglich dieser Prämisse explizit angesprochen wird, ist das Problem mangelnder Zeitressourcen im Zusammenhang mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. In einem dieser Projektanträge (Projekt 1) wird angeführt, dass zusätzlich definierte Zeitressourcen für die Umsetzung von Interventionen geplant sind und eine ressourcenschonende Umsetzung ausgewiesenes Ziel ist. Dazu ist geplant, dass das externe Projektteam die Projektumsetzung im ersten Projektjahr in den beteiligten Institutionen intensiv unterstützt. In einem anderen Antrag (Projekt 2) wird diesbezüglich herausgestellt, dass eine Über- und Unterforderung der unterschiedlichen Zielgruppen vermieden werden und über das Projekt hinaus eine Entlastung der Pflegenden angestrebt wird, die durch die Einbindung von An- und Zugehörigen in den Betreuungsalltag erreicht werden soll.

c) Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit soll die Diversität der beteiligten Akteurinnen und Akteure berücksichtigt werden

Die geriatrische Langzeitpflege ist ein Ort der Diversität. Mitarbeitende unterscheiden sich beispielsweise in ihrem Geschlecht, ihrer soziokulturellen Herkunft, ihrem Alter, ihrer sexuellen Orientierung und ihren personalen Ressourcen und sind deshalb auch unterschiedlichen Belastungserfahrungen ausgesetzt. Auch Bewohner:innen bilden keineswegs eine homogene Gruppe, sondern unterscheiden sich hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, ihrer Ressourcen, ihrer Biografie, ihrer Interessen und Bedürfnisse. Selbst was ihr Alter betrifft, kann der Unterschied mehr als eine Generation betragen. Dieser Diversität auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten Rechnung zu tragen, spielt nicht zuletzt im Sinne von Chancengerechtigkeit eine wesentliche Rolle.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

In allen Projektanträgen wird angeführt, dass unterschiedliche Akteursgruppen in die Projektaktivitäten einbezogen werden sollen – dies reicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren An- und Zugehörigen über die Führungsebene, das Pflegepersonal sowie das therapeutische und administrative Personal bis zu den Küchenhilfen, Praktikantinnen und Praktikanten, Zivildienern und ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Nicht immer sind alle Maßnahmen an alle Akteursgruppen gerichtet. In den entsprechenden Projektanträgen wird auf die Diversität der unterschiedlichen Zielgruppen mehr oder weniger ausführlich eingegangen. Bei der beschriebenen Maßnahmenplanung und den Zielsetzungen wird **weitgehend nur zwischen und nicht innerhalb der Akteursgruppen differenziert**. Eine Ausnahme bildet beispielsweise Projekt 4. In diesem Projekt liegt ein zentraler Fokus auf Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenziellen Veränderungen. Hier sollen spezifische Tools eingesetzt werden, um den spezifischen Bedürfnissen von an Demenz erkrankten Personen zu entsprechen und auch An- und Zugehörige sowie Pflegepersonen für diese Bedürfnisse zu sensibilisieren. Aus den anderen Projektanträgen geht keine Schwerpunktsetzung bezüglich der einzelnen Akteursgruppen hervor (z. B. ältere Mitarbeitende

oder solche mit Migrationshintergrund, Bewohner:innen mit Bewegungseinschränkungen usw.). Im Projekt 6 soll mithilfe von Job Crafting der Diversität der Mitarbeitenden und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung getragen werden. Ziel dieses Ansatzes aus der Organisationspsychologie ist es, durch kleine Veränderungsschritte, die von den Mitarbeitenden vorgeschlagen werden, die Motivation zu steigern.

d) Verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen sollen eng miteinander verbunden werden

Da Gesundheit und Wohlbefinden der unterschiedlichen Akteursgruppen durch die Interaktionsarbeit eng zusammenhängen, gilt es, verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen konsequent miteinander zu verknüpfen. Beispielsweise wird herausforderndes Verhalten von Bewohner:innen und Bewohnern nachgewiesenermaßen durch eine vorrangig auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtete Pflegeorganisation verursacht. Gesundheitsbelastungen für Mitarbeiter:innen, die aus der Arbeit mit und an Menschen resultieren (z. B. körperliche Belastungen sowie psychische Belastungen durch das Erleben von Leid, Tod und Trauer), lassen sich nicht gänzlich verhindern. Deshalb ist ebenso wichtig, dass Mitarbeitende im Rahmen von verhaltensbezogenen Maßnahmen individuelle Bewältigungsstrategien erlernen können.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

Aus den eingereichten Projektanträgen wird ersichtlich, dass immer sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Maßnahmen geplant sind. In einem der eingereichten Projekte (Projekt 1) wird hervorgehoben, dass der Fokus des gesamten Projekts insbesondere auf verhältnisbezogene Maßnahmen gelegt wird. In diesem Zusammenhang wird von einer Anpassung von Strukturen und Prozessen gesprochen, die ein gesundheitsförderliches Leben und Arbeiten ermöglichen soll. In allen geplanten Projekten, mit Ausnahme von Projekt 4, sollen Führungspersonen geschult werden, um die Mitarbeitenden in ihrem gesundheitsförderlichen Verhalten und Arbeitshandeln besser unterstützen zu können. Ebenso soll im Rahmen von Projekt 1 durch eine veränderte Raumgestaltung das Wohlbefinden der Bewohner:innen gefördert werden. Bezüglich dieses Aspekts werden im entsprechenden Projektantrag mögliche Schwerpunktsetzungen der Umgebungsgestaltung angeführt, die in den einzelnen Settings zur Auswahl stehen.

Um die Nachhaltigkeit auf der verhältnisbezogenen Ebene zu sichern, werden beispielsweise entweder Transferprodukte erstellt oder Mitarbeitende geschult, die als Ansprechpersonen für das im Projekt aufgegriffene Thema über das Projektende hinaus zur Verfügung stehen sollen.

Was die verhaltensorientierten Maßnahmen betrifft, werden hauptsächlich Schulungen und Informationsveranstaltungen zu den jeweiligen aufgegriffenen Themenstellungen und Zielsetzungen genannt, welche die Handlungskompetenz und -sicherheit der Mitarbeitenden und Führungspersonen stärken sollen.

e) Weil Partizipation in diesem Setting anspruchsvoll ist, sind ein gut durchdachtes Konzept und entsprechende Ressourcen vorausgesetzt

Um dem Prinzip der Partizipation in der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, sind im Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung hohe Ansprüche zu erfüllen. Das betrifft die Ermöglichung von Partizipation der Bewohner:innen und deren An- und Zugehörigen ebenso wie jene der Mitarbeitenden. Da gerade in diesem Bereich Partizipation kein Selbstläufer ist, werden eine gut überlegte Konzeption, entsprechende Aktivitäten und Zeitressourcen benötigt.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

In allen Projektanträgen wird auf die Diversität der einbezogenen Zielgruppen und auch auf mögliche Herausforderungen, dieser Diversität Rechnung zu tragen, eingegangen (siehe oben). Ebenso werden in allen Anträgen – eher allgemein – mögliche Maßnahmen und Beteiligungsverfahren genannt, durch welche die Partizipation der einbezogenen Zielgruppen ermöglicht werden soll. Im Antrag zu Projekt 6 heißt es dazu konkret, dass ein Konzept zur Sicherstellung einer wertschätzenden Partizipation entwickelt werden soll. Dennoch geht aus keinem der Projektanträge hervor, dass ein konkretes Konzept für die Sicherstellung von Partizipation der einzelnen Zielgruppen vorliegt und entsprechende Ressourcen dafür eingeplant sind. Inwieweit die Akteursgruppen auch selbst bestimmen können, welche Gesundheitsprobleme prioritär aufgegriffen werden sollen, geht ebenfalls aus keinem der Projektanträge explizit hervor.

Was die Bereitstellung von zeitlichen und finanziellen Ressourcen betrifft, wird in den Ausführungen zu Projekt 2 formuliert, dass nach weiteren Finanzgebern gesucht wird, falls die kalkulierten finanziellen Ressourcen für den zeitlichen Aufwand, der eine partizipative Einbindung der Akteurinnen und Akteure in Anspruch nimmt, nicht ausreichen. In Projekt 1 wird davon ausgegangen, dass durch die externe Unterstützung während der Projektlaufzeit eine Entlastung der Mitarbeitenden erreicht und damit deren Bereitschaft, sich an den geplanten Aktivitäten zu beteiligen, positiv beeinflusst wird.

f) Die Maßnahmen müssen in ein entsprechendes Gesamtkonzept der Einrichtung eingebunden werden

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der stationären Langzeitpflege und -betreuung müssen in ein Gesamtkonzept der Einrichtung eingebunden werden. Aus diesem muss hervorgehen, wie eine gute, aktivierende Pflege gefördert wird (Blättner/Tempelmann 2020). Dies umfasst auch, ein Klima zu schaffen, in dem der Wert der Mitarbeitenden in Bezug auf gesundheitsförderndes Handeln erkennbar geschätzt wird, was wiederum die Bereitstellung entsprechender Ressourcen miteinschließt (Blättner/Tempelmann 2020).

Bezugnahme in den Projektanträgen:

Aus allen Projektanträgen geht hervor, dass es sich bei den Zielsetzungen und der Maßnahmenplanung nicht um solitäre Aspekte handelt, sondern sich diese immer auf die Ausrichtung der Gesamtorganisation beziehen. Es wird eine Integration der gesundheitsförderlichen Maßnahmen in die bestehende Struktur angestrebt, sei es durch Veränderungen der Rahmenbedingungen, um gesundheitsförderndes Handeln zu ermöglichen, durch eine angestrebte Verbesserung der

Unternehmenskultur, durch die Anbindung der Zielsetzungen und Maßnahmen an das entsprechende Pflegekonzept, durch die Integration von Gesundheitsförderung in das Leitbild der Organisation oder durch die Ausbildung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für das jeweilige Thema über das Projektende hinaus. Ob in den unterschiedlichen Organisationen ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert ist, geht jedoch aus den Projektanträgen nicht hervor.

g) Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ sollen aufgenommen werden bzw. soll auf diesen aufgebaut werden

Entschließen sich Organisationen, ein Gesundheitsförderungsprojekt zu starten, so muss das Rad nicht neu erfunden werden – vielmehr kann auf Wissensbestände und Erfahrungen, die in dem Modellprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ gewonnen wurden, zurückgegriffen werden. Das kann dazu beitragen, bekannte Fallstricke zu umgehen, Umwege zu vermeiden und das Projekt effizient zu gestalten.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

Projekt 5 verfolgt den Ansatz „Bewährtes transferieren“. Das bedeutet, dass eine Implementierung von Maßnahmen nach dem Vorbild des Modellprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse vorgesehen ist. Auch Projekt 6 nimmt stark auf die Erkenntnisse des Projektes „Gesundheit hat kein Alter“ Bezug.

h) Es gilt, auf evidenzbasierte Interventionen zurückzugreifen, also auf solche, deren Wirksamkeit in vorangegangenen Projekten oder im Rahmen anderer Konzepte nachgewiesen wurde

Für den Bereich der stationären Langzeitpflege und -betreuung liegt bereits eine breite Auswahl evidenzbasierter Interventionen vor, auf die zurückgegriffen werden kann. Im Sinne der Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit sollten bereits erprobte Interventionen, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde, gesetzt werden.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

In allen Projektanträgen wird darauf hingewiesen, dass Interventionen umgesetzt werden sollen, die durch Forschungsergebnisse abgesichert, von Expertinnen und Experten zum jeweiligen, im Projekt aufgegriffenen Thema (z. B. Resilienz, sinnvolle Beschäftigung, Gewaltprävention, Lebensfreude) empfohlen werden oder sich in vorangegangenen Projekten als wirksam erwiesen haben. Hier wird ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch auf Evidenzbasierung und partizipativer Maßnahmengestaltung sichtbar. Die Frage ist, ob die Akteursgruppen nur zwischen evidenzbasierten Maßnahmen wählen können oder ob sie als Expertinnen und Experten ihrer Lebenssituation bzw. Arbeitssituation auch Maßnahmen vorschlagen können, die nicht evidenzbasiert sind. Das geht aus den Projektanträgen nicht klar hervor.

- i) **Es sollen stets alle drei wesentlichen Akteurs- bzw. Zielgruppen im Projekt berücksichtigt werden (wenngleich nicht zwingend im selben Ausmaß)**

Weil auch das Leben in Institutionen wie der geriatrischen Langzeitpflege per se in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht sowohl belastend als auch gesundheitsfördernd sein kann, ist es wesentlich, dieses Lebensumfeld für alle darin Lebenden bzw. Tätigen möglichst positiv und gesund zu gestalten. Nicht zuletzt deshalb, weil Gesundheit und Wohlbefinden der unterschiedlichen Akteursgruppen durch die interaktiven Bezüge miteinander verwoben sind.

Bezugnahme in den Projektanträgen:

Bis auf Projekt 4, in dem der Fokus hauptsächlich auf Bewohner:innen und deren An- und Zugehörige gelegt werden soll, geht aus den Projektanträgen hervor, dass Mitarbeitende, Führungspersonen, Bewohner:innen und deren An- und Zugehörige einbezogen werden sollen. Dabei wird kaum darauf eingegangen, wie das systematisch und aktiv konkret erfolgen soll. Soweit es in den Projektanträgen (außer Projekt 4) ersichtlich ist, richten sich die geplanten Maßnahmen hauptsächlich an die Mitarbeitenden und Führungskräfte. Angedacht ist offensichtlich, dass die Bewohner:innen sowie deren An- und Zugehörige von der positiven Wirkung des gewonnenen Know-hows und den entwickelten Interventionen profitieren sollen.

4.2.4 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte

Wie sich anhand der Projektanträge erkennen lässt, stellten der Wegweiser und das Eckpunktepapier eine wesentliche inhaltliche Orientierung für die Projektanträge dar. Sechs von den neun zu berücksichtigenden Kriterien wurden nahezu vollumfänglich in den Anträgen berücksichtigt. Dies ist ein wesentlicher Schritt, um zentrale Prämissen der Gesundheitsförderung im speziellen Setting von Pflege- und Betreuungseinrichtungen erfolgreich umzusetzen. So haben die Projektvorhaben in ihren Anträgen

- die **Auswirkung** von Maßnahmen auf verschiedene Zielgruppen reflektiert (b).
- **verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen** aufeinander abgestimmt (d).
- die Maßnahmen in ein entsprechendes **Gesamtkonzept** der Einrichtung integriert (f).
- Erkenntnisse aus dem **Modellprojekt** „Gesundheit hat kein Alter“ aufgenommen (g).
- auf **evidenzbasierte Interventionen** zurückgegriffen (h).
- **alle drei wesentlichen Akteurs- bzw. Zielgruppen** im Projekt berücksichtigt (i).

Insbesondere zwei Prämissen wurden weniger stark in die Projektkonzepte eingearbeitet. So zeigt sich, wie auch schon in Kapitel 4.1 (Dimension A) erkannt wurde, dass es eine Herausforderung ist, partizipative Prozesse detailliert zu planen (Prämisse e). Dies ist auch im sehr diversen Setting der Langzeitpflege eine Herausforderung. Leider wurde ebenfalls deutlich, dass auch die Diversität der Zielgruppen wenig Berücksichtigung findet (Prämisse c). Damit wird in der Konzeption der Anträge die Frage vernachlässigt, wie heterogene Zielgruppen, die oft von besonderen Einschränkungen betroffen sind, in die Projektprozesse eingebunden werden können. Insbesondere auf der Ebene der Planung von partizipativen Prozessen, den Umgang mit Einschränkungen und der Einbindung heterogener Zielgruppen könnte eine Weiterentwicklung und ein Ausbau von Unterstützungsleistungen für zukünftige Antragsteller:innen erarbeitet werden.

Zuletzt zeigt die Auswertung der Projektanträge, dass Prämisse a, „Den Charakter von Pflege als Interaktionsarbeit in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen“, die im Wegweiser und im Eckpunktpapier als das wesentliche Kriterium für die Effektivität von Gesundheitsförderung im Setting der Langzeitpflege thematisiert wird, in den Projektkonzepten zumeist nicht explizit erwähnt wird. Nachgewiesenermaßen führt das Nichtbeachten der spezifischen Anforderungen der Pflege als Interaktionsarbeit unter anderem dazu, dass Pflegepersonen ihre Tätigkeiten als einseitig belastend und wenig sinnstiftend empfinden und damit erhöhten arbeitsbedingten Erkrankungsrisiken ausgesetzt sind (Fourie 2017; Staflinger 2019). Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting der geriatrischen Langzeitpflege haben dann Potenzial, wenn sie zentral an die arbeitsinhalten Besonderheiten von Interaktionsarbeit anschließen (Rappold/Pfabigan 2020). Ansonsten besteht die Gefahr, dass Mitarbeitende die geplanten Maßnahmen als „zusätzliche Arbeit“ betrachten und deren Sinnhaftigkeit und Effektivität für sie nicht nachvollziehbar ist. Auf dieser Ebene ist zu überlegen, wie man die zentralen Aspekte von Pflege explizit in den Mittelpunkt von Gesundheitsförderungsprojekten im Bereich Langzeitpflege stellen kann.

4.3 Dimension C: Projekte in der Umsetzung (Prozess)

Auf dieser Ebene der Evaluation geht es um die Fragen, wie die Umsetzung der geplanten Projekte gelungen ist, was deren Gelingen beeinflusst hat, wo sich Hürden oder Stolpersteine ergaben und ob diese im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen in der Praxis, der Konzeption der Projekte oder der Ausgestaltung des Förderschwerpunktes standen. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die Controllingberichte der einzelnen Projekte gesichtet, leitfadengestützte Interviews mit den Projektleiterinnen und -leitern sowie den Evaluatorinnen und Evaluatoren der einzelnen Projekte geführt sowie Ergebnisse der Vernetzungstreffen einbezogen.

4.3.1 Herausforderungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der geriatrischen Langzeitpflege

Alle Projektleiter:innen haben während der Interviews von Herausforderungen berichtet, die das Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege für die Umsetzung von Gesundheitsförderung bietet. Eine besondere Hürde seien etwa die knappen Personalschlüssel und die damit verbundene Arbeitslast und Arbeitsdichte der Mitarbeitenden. Die Pflegekräfte seien oft einer Dauerbelastung ausgesetzt, da sie unter hohem Druck arbeiten und gleichzeitig eine emotionale Bindung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufbauen. Dazu kämen häufige Krankenstände sowie eine hohe Personalfluktuationsrate und die Tatsache, dass sich viele Mitarbeitende als Einzelkämpfer:innen verstehen. Diese Dynamik verstärke den Stress im Arbeitsumfeld und führe dazu, dass der Anspruch, gute Pflege zu leisten, oft mit der Realität kollidiert. Pflegenden wollen zwar ihr Bestes geben, aber Zeitmangel und strukturelle Zwänge würden dies häufig verhindern.

In der Praxis der geriatrischen Langzeitpflege habe sich den Projektdurchführenden gezeigt, dass ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis sowie ein salutogenetischer Ansatz, die beide der Gesundheitsförderung zugrunde liegen, von den Pflegepersonen nicht aufgegriffen wird. Vorherrschend sei vielmehr ein eher defizitorientiertes, rein körperbezogenes Gesundheitsverständnis.

Auswirkungen auf die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekte

Diese Umstände würden dazu führen dazu, dass Pflegepersonen häufig gesundheitsfördernden Projekten und den damit verbundenen Maßnahmen zumindest anfänglich eher skeptisch begegnen und diese als kaum leistbaren Mehraufwand betrachten. Das unter den Pflegepersonen vorherrschende körperbezogene Gesundheitsverständnis führe dazu, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen für Bewohner:innen von Pflegenden häufig infrage gestellt werden. Oftmals würde den Bewohnerinnen und Bewohnern wenig zugetraut, was ihre Fähigkeit zur aktiven Beteiligung an den Projektmaßnahmen betrifft. Aussagen wie „Die sind mit der Beteiligung überfordert“ oder „Die verstehen das nicht“ seien keine Seltenheit. Diese Skepsis der Pflegenden werde von An- und Zugehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner durchaus geteilt. Gleichzeitig sehen sowohl An- und Zugehörige als auch das Pflegepersonal einen großen Bedarf an Gesundheitsförderung, was zu einer paradoxen Situation führe: Einerseits würde mehr Wissen gefordert werden, andererseits würde die Sinnhaftigkeit solcher Maßnahmen infrage gestellt werden.

Die hohe Personalfuktuation und die gehäuften Krankenstände führten im Rahmen der Umsetzungsphase zu kurzfristigen Terminänderungen, zur unregelmäßigen Projektteilnahme oder zum Wechsel der Projektteams. Dieser Wechsel forderte innerhalb der knappen Zeitressourcen einen erheblichen Aufwand, der aber geleistet werden müsse, damit sich die neu dazugekommenen Mitarbeitenden wieder in das Projekt einleben konnten.

4.3.2 Wirkungen der vorgegebenen Rahmenbedingungen des FSP auf die Umsetzung der Projekte

In den Interviews mit den Projektleitungen sowie den Evaluatorinnen und Evaluatoren wurde danach gefragt, inwiefern die vorgegebenen Rahmenbedingungen des Förderschwerpunktes (FSP) die Umsetzung der Projekte beeinflusst haben. Übereinstimmend wurde die Ausrichtung des Förderschwerpunktes als sehr attraktiv wahrgenommen. Besonders hervorgehoben wurden die Unterstützungsbereitschaft seitens des FGÖ bei Fragen zur Umsetzung sowie die Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten im Rahmen der Vernetzungstreffen, die als äußerst hilfreich empfunden wurden.

Auch wenn die Ausrichtung des Förderschwerpunktes insgesamt sehr positiv bewertet wurde, wurden in den Interviews dennoch einige Aspekte thematisiert, die die Projektumsetzung erschwerten. In Projekten, die Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit umsetzten, stellte es sich als Herausforderung dar, dass Einzelsettings laut Förderkriterien des FGÖ nicht förderfähig seien. Die Erfahrung aus der Maßnahmenumsetzung zeige jedoch, dass sich sowohl teilnehmende Bewohner:innen als auch Mitarbeitende zu psychischen Themen oft erst in einem Einzelsetting öffnen können.

Ein weiterer Punkt, der angesprochen wurde, war das aus Sicht einiger Interviewpartner:innen eher knapp bemessene Budget für die Evaluation der Projekte. Dies habe dazu geführt, dass das volle Potenzial der Evaluation nicht ausgeschöpft werden konnte. In Bezug auf das Fördervolumen wurde zudem thematisiert, dass die 2/3-Förderung bei den begrenzten finanziellen Ressourcen der Pflegewohnheime schwierig zu handhaben sei bzw. die Projektabwicklung dadurch komplexer werde.

4.3.3 Prämissen, die in der Umsetzung der Projekte nur teilweise realisiert werden konnten

In den Interviews wurde erkannt, dass jene Prämissen, die in den Projektanträgen nicht explizit berücksichtigt und weniger detailliert beschrieben wurden, auch in der Umsetzung als große Herausforderung wahrgenommen wurden. Dies gilt insbesondere für die Prämisse, Interaktionsarbeit ins Zentrum der Bemühungen zu stellen (a), sowie die Prämissen, partizipative Prozesse zu gestalten (e) und dabei die Diversität der Zielgruppen (c) zu berücksichtigen.

Interaktionsarbeit

Der Ansatz, der die Interaktionsarbeit in den Mittelpunkt stellt, wurde in den Projekten im Rahmen des Förderschwerpunktes unterschiedlich berücksichtigt. Aus den Interviews wurde deutlich, dass der Begriff der Interaktionsarbeit sehr unterschiedlich interpretiert wird. Im Wegweiser wird Interaktionsarbeit in der Pflege als zentraler Bestandteil einer Pflegehandlung beschrieben. Dabei handelt es sich um Prozesse, in denen formale und informelle Elemente ineinandergreifen, Aushandlungen stattfinden, Emotionen reguliert und beeinflusst werden müssen, auf Unwägbarkeiten flexibel reagiert wird und Zeit sowie Aufmerksamkeit eine wesentliche Rolle spielen.

Aus den Interviews ging jedoch klar hervor, dass die Gesprächspartner:innen kein einheitliches Verständnis von Interaktionsarbeit teilen. In einigen Fällen wurde sie als eine Aktivität außerhalb direkter Pflegehandlungen verstanden, wie etwa bei gemeinsamen sportlichen Aktivitäten. Gleichzeitig ist unstrittig, dass Interaktionen im Pflegeheim nicht nur im Kontext von Pflegehandlungen stattfinden, sondern auch in vielfältigen weiteren Settings. Ein zentrales Ergebnis der Interviews ist, dass viele Pflegenden gesundheitsfördernde Maßnahmen als zusätzliche Aufgabe – und damit als zusätzliche Belastung – wahrnehmen. Insbesondere dann, wenn sich solche Maßnahmen nicht direkt in die alltäglichen Pflegeaktivitäten integrieren lassen, entstehe dadurch ein zusätzlicher Druck. Dieser Punkt wurde sowohl in den Controllingberichten als auch in den Interviews thematisiert.

Trotz der unterschiedlichen Interpretationen des Begriffs Interaktionsarbeit wurden in allen Projekten Maßnahmen gesetzt, die das Miteinander verbessern sollen und die laut den Interviewpartnerinnen und -partnern dazu beigetragen haben, dass Pflegepersonen achtsamer handeln und empathischer auf herausfordernde Situationen reagieren. Beispielsweise wurde hervorgehoben, dass das Thema Resilienz eng mit Interaktionsarbeit verknüpft sei. Resilienz umfasse Aspekte wie den Umgang mit Emotionen, Selbstfürsorge, Akzeptanz und eine reflektierte Haltung, aber auch die Fähigkeit, Anforderungen und Belastungen erfolgreich zu bewältigen. Ähnlich argumentieren auch Interviewpartner:innen, die an der Umsetzung von Projekten beteiligt waren, in denen die psychosoziale Gesundheit im Fokus stand.

Die Interviews verdeutlichten zudem, dass sowohl Mitarbeitende als auch Führungskräfte die Bedeutung der Interaktionsarbeit grundsätzlich erkennen. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass es angesichts der oft angespannten Personalsituation und hohen Arbeitsbelastung schwierig sei, diesem Aspekt der Betreuungsarbeit ausreichend Raum und Aufmerksamkeit zu widmen. Dennoch zeigte sich in den Projekten, dass es möglich sei, durch gezielte Ansätze positive „Mikromomente“ zu schaffen. Diese würden nicht nur zur Verbesserung der Interaktion

zwischen Pflegepersonen und Bewohnerinnen und Bewohnern beitragen, sondern auch die Zusammenarbeit innerhalb der Teams stärken.

Partizipation und Diversität

Grundsätzlich versuchten alle Projekte, sämtliche Zielgruppen und Mitarbeitererebenen in die jeweiligen Vorhaben einzubinden. Die Controllingberichte vermitteln jedoch den Eindruck, dass Partizipation vor allem auf der Ebene der Information und der „Anhörung“ umgesetzt wurde. Das bedeutet, dass in verschiedenen Projekten Bedarfserhebungen zu bestimmten Themen durchgeführt und unterschiedliche Zielgruppen befragt wurden. Für diese Erhebungen kamen teilweise auch zielgruppenspezifische Tools, beispielsweise für Menschen mit Demenz, zum Einsatz.

In den Controllingberichten und Interviews wird übereinstimmend festgehalten, dass es aus den genannten Gründen oftmals sehr schwierig sei, die Schwelle zum Mitgestalten oder gar Mitentscheiden zu überschreiten. Bestimmte Bewohnergruppen und insbesondere Angehörige seien schwer zu erreichen. Dabei wird in den Controllingberichten reflektiert, dass hierfür möglicherweise zusätzliche Zeitressourcen eingeplant werden müssten und ergänzend zu Befragungstools zielgruppengerechte Beteiligungsformate entwickelt werden sollten. Zudem wird erkannt, dass es sensibel zu berücksichtigen gilt, ob ein Einzelsetting oder ein Gruppensetting für bestimmte Themen besser geeignet ist. In einigen Projekten zeigte sich, dass die geplanten Maßnahmen nicht immer zielgruppengerecht waren.

In den Interviews, die in einem fortgeschrittenen Stadium der Umsetzung stattfanden, wurde festgestellt, dass Partizipation insbesondere innerhalb der Projektgruppen realisiert wurde. Die Projektgruppen hätten mitunter sehr kreativ und energievoll gearbeitet, sofern ihnen ausreichend Handlungsspielraum eingeräumt worden sei. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass Partizipation innerhalb von Pflegeheimen oft ein neues Konzept darstellt und es eine bereichernde Erfahrung sein kann, die positiven Auswirkungen von Partizipation zu erleben.

4.3.4 Gewinnbringendes bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten

In den Interviews wurde auch ausführlich über gewinnbringende Lerneffekte reflektiert, die zeigen, wie Herausforderungen überwunden und Gesundheitsförderung im Rahmen von Projekten im Setting der Langzeitpflege implementiert werden können. Diese wesentlichen Erkenntnisse werden im Folgenden vorgestellt.

Überzeugungs- und Übersetzungsarbeit leisten und Feuer entfachen

Aus den Aussagen in den Interviews lässt sich ableiten, dass erhebliche Anstrengungen und gut funktionierende Kommunikationsstrukturen erforderlich sind, um die Sinnhaftigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen zu vermitteln, Begeisterung für das Thema Gesundheitsförderung zu wecken und längerfristig aufrechtzuerhalten. Eine gezielte Übersetzungs- und Überzeugungsarbeit sei notwendig, um den Mehrwert klar aufzuzeigen. Fachlich anspruchsvolle Konzepte müssten in alltagstaugliche und praxisorientierte Ansätze übersetzt werden. Diese sollten

verdeutlichen, auf welche Weise Gesundheitsförderung zur Arbeitszufriedenheit, zum Wohlbefinden der Pflegekräfte und zur Lebensqualität der Bewohner:innen beiträgt.

Eine zentrale Schnittstelle für die Kommunikation seien die Hausleitungen und Pflegedienstleitungen. Sie spielen eine entscheidende Rolle dabei, Informationen von der Projektleitung und dem Projektteam an Mitarbeitende und Bewohner:innen weiterzugeben. Daher sei es besonders wichtig, bereits vor Projektbeginn die Unterstützung und das Engagement dieser Leitungspersonen zu gewinnen. Dies schaffe eine solide Basis für die Weitergabe relevanter Informationen und erhöhe die Akzeptanz des Projekts. Gleichzeitig müsse darauf geachtet werden, dass die Einbindung der Mitarbeitenden ihren ohnehin hohen Workload nicht weiter erhöhe. Eine klare, einfache und gut strukturierte Kommunikation sei der Schlüssel, um Partizipation und Akzeptanz zu fördern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Projektkommunikation insbesondere auf folgende Punkte zu achten ist:

- Zielgruppenorientierung: Welche Informationen benötigen die jeweiligen Zielgruppen?
- Fokussierung: Unnötige Informationen vermeiden, um Überforderung durch Informationsoverflow auszuschließen.
- Effiziente Meetings: Besprechungen sollten gut strukturiert und moderiert werden, da unstrukturierte Sitzungen in der Praxis oft als ermüdend empfunden werden.

Aus den Interviews wurde deutlich, dass nicht nur gut aufbereitete Informationen erforderlich sind, die über verschiedene Kommunikationskanäle verbreitet werden. Um die notwendige Übersetzungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten und Begeisterung für das Thema Gesundheitsförderung zu wecken, haben sich bewusstseinsbildende und inspirierende Workshops als besonders wirkungsvoll erwiesen.

Gesundheitsförderung ist ein langfristiger Prozess, der sowohl Ausdauer als auch stetige Motivation erfordert. In den Interviews und Vernetzungstreffen wurde darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, kontinuierlich Energie zu mobilisieren, um den eingeschlagenen Weg konsequent weiterzuverfolgen.

Spielräume für Projektgruppen

In der Umsetzung der Projekte spielen die Projektteams eine zentrale Rolle. Diese Teams, bestehend aus Mitarbeitenden der jeweiligen Einrichtungen, bilden das „Herz und die Seele des Projekts“, wie eine Gesprächspartnerin in einem Interview betonte. Ein anderer Interviewpartner hob hervor, dass es sich als Erfolgsfaktor erwiesen habe, Personen aktiv und persönlich zur Mitarbeit einzuladen. Dieser Ansatz hatte den positiven Effekt, dass sich die Eingeladenen in ihrer Expertise anerkannt und wertgeschätzt fühlten.

Mehrere Interviewpartnerinnen betonten, dass Partizipation vor allem innerhalb der Projektgruppen stattfand. Dort könne viel Kreativität und Eigeninitiative entstehen – vorausgesetzt, die Mitglieder erhalten die nötigen Freiräume. Als erfolgreich habe sich ebenso erwiesen, wenn Unterstützung durch die Projektleiter:innen optional angeboten, aber nicht aufgezwungen wird. Nicht zuletzt habe sich gezeigt, dass Möglichkeiten des Austausches und insbesondere Zustimmung die Motivation der Projektteams fördern.

Den Weg der kleinen Schritte gehen und auf Ressourcen fokussieren

In den Interviews wurde übereinstimmend betont, dass es im Setting der Langzeitpflege essenziell sei, die Mitarbeitenden und das gesamte System nicht durch komplexe und weitreichende Umsetzungsmaßnahmen zu überfordern. Die Erfahrungen würden zeigen, dass der Fokus auf kleinen, umsetzbaren Schritten liegen sollte. Ein solcher Ansatz würde es ermöglichen, Fortschritte zu erzielen, ohne die Beteiligten zu überlasten. Dabei wäre es wichtig, die positiven Aspekte bewusst in den Mittelpunkt zu rücken. Kleine Erfolge, sogenannte „Mikromomente“, könnten eine große Wirkung entfalten, indem sie Motivation fördern und Zuversicht schaffen. Solche positiven Erlebnisse würden nicht nur die Gesundheitsförderung greifbarer machen, sondern würden auch das Gemeinschaftsgefühl unter den Mitarbeitenden stärken. Durch das gezielte Initiieren solcher „Mikromomente“ könne ein Klima der Wertschätzung entstehen und das Engagement erhöht werden.

In den Projekten, in denen Fallbesprechungen eingeführt wurden, habe sich gezeigt, dass diese eine effektive Methode darstellen würden, um aktuelle und konkrete Herausforderungen der Mitarbeitenden aufzugreifen und in einem unterstützenden Umfeld zu besprechen. Dadurch könnten nicht nur unmittelbare Probleme gelöst, sondern auch wertvolle Lernerfahrungen ermöglicht werden. Solche Besprechungen würden dazu beitragen, Kompetenzen zu stärken, den Umgang mit anspruchsvollen Situationen zu verbessern, aber auch positive Aspekte und gelungene Interventionen sichtbar werden zu lassen.

Austausch, Vernetzung und Einbindung von unterschiedlichen Fachpersonen

In den Interviews wurde hervorgehoben, wie unterstützend und hilfreich der Austausch mit anderen Projektleitungen sowie Evaluatorinnen und Evaluatoren war, der im Rahmen der Vernetzungstreffen initiiert wurde. Während dieser Treffen habe man bemerkt, dass man trotz unterschiedlicher inhaltlicher Ausrichtung ähnliche Herausforderungen bei der Umsetzung habe. Es bot sich die Gelegenheit, gegenseitig voneinander zu lernen. Als gewinnbringend für die Umsetzung der Projekte wurde auch der Austausch in den eingerichteten Steuerungsgruppen genannt.

Die Vernetzung mit externen Partnern in allen Projekten habe sehr gut funktioniert und wurde von den interviewten Personen als wichtiger Faktor des Gelingens bewertet. Es wurden Netzwerke aufgebaut und die Sichtbarkeit der jeweiligen Projekte konnte durch Kontakt mit Gemeinden und lokalen Medien gesteigert werden. Externe Projektpartnern, wie etwa Community Nurses, unterstützten beispielsweise darin, pflegende Angehörige für eine Beteiligung am Projekt zu gewinnen. Einem weiteren Projekt wurde durch die Vernetzungsarbeit der Zugang zu freiwilligen Mitarbeiter:innen eröffnet.

Auf der Ebene der Projektgruppen habe es sich als vorteilhaft erwiesen, wenn diese bereichs- und hierarchieübergreifend zusammengesetzt würden. So kämen Personen ins Gespräch, die im Arbeitsalltag selten miteinander kommunizieren. Dies würde Kommunikationshindernisse sichtbar machen, die reibungslose Arbeitsabläufe behindern könnten, und fördere gleichzeitig das gegenseitige Verständnis für unterschiedliche Arbeitsbereiche.

Als weiterer Aspekt wurde die Einbindung von Psychologinnen und Psychologen genannt. Ein Projekt stellte für die Projektlaufzeit eine Gerontopsychologin an, was einen äußerst positiven Einfluss hatte. Sie erwies sich als eine zentrale Ansprechpartnerin für alle Zielgruppen und spielte

insbesondere in konfliktgeladenen Situationen eine entscheidende Rolle. Ihre Interventionen waren von großer Bedeutung und wurden auch von den Bewohnerinnen und von deren An- und Zugehörigen sehr gut angenommen. Auch in einem weiteren Projekt erwies sich die Zusammenarbeit mit in der Organisation tätigen Psychologinnen und Psychologen sowie seelsorgerisch tätigen Personen als sehr hilfreich. Sie trugen wesentlich dazu bei, die Perspektiven der Bewohner:innen einzubringen und zu vertreten, was als große Bereicherung wahrgenommen wurde.

In den Projekten, die von Vertreterinnen und Vertretern von Fachhochschulen geleitet wurden, waren auch Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Ergotherapie in den Umsetzungsprozess eingebunden. Dies erwies sich als vorteilhaft, da Pflegepersonen dadurch entlastet werden konnten. Langfristig bietet diese Herangehensweise für das Setting der Langzeitpflege den Vorteil, dass Pflegekräfte ein ganzheitliches, salutogenetisches Verständnis entwickeln und praktische Erfahrungen sammeln können, wie dieses Konzept im Alltag umgesetzt werden kann. Die in diesen Projekten gesammelten Erfahrungen zeigen jedoch auch, dass die Einbindung von Studierenden mit der Gefahr verbunden sein kann, dass sich die bestehenden Mitarbeiter:innen weniger verantwortlich für die nachhaltige Umsetzung der Maßnahmen fühlen.

4.3.5 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension C: Projekte in der Umsetzung

Die Umsetzung der Projekte macht deutlich, dass das Setting der geriatrischen Langzeitpflege erhebliche strukturelle Herausforderungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung mit sich bringt. Genannt wurden insbesondere knappe Personalschlüssel, hohe Arbeitsdichte, emotionale Belastungen, Krankenstände und eine hohe Personalfuktuation.

Ein teilweise defizitorientiertes Gesundheitsverständnis führte laut den Interviewpartnerinnen und -partnern dazu, dass Pflegepersonen die Gesundheitsförderungsmaßnahmen häufig zunächst skeptisch betrachtet und als zusätzlichen, kaum leistbarer Mehraufwand wahrgenommen hätten. Insbesondere die aktive Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern sei nur teilweise gelungen; zudem sei die Herausforderung der Umsetzung dieses Vorhabens unterschätzt worden.

Als wesentliche Unterstützung, die im Rahmen des Förderschwerpunktes für die Umsetzung der Projekte geboten wurde, wurden die Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten im Rahmen der jährlichen Vernetzungstreffen genannt. Projektumsetzer:innen erkannten dadurch, dass ähnliche Herausforderungen in den verschiedenen Projekten auftauchen, und konnten gemeinsam an Lösungen arbeiten. Der Austausch zwischen den verschiedenen Projekten fand auch außerhalb der Vernetzungstreffen statt und wurde teilweise nach Projektende weitergeführt (siehe Kapitel D).

In Bezug auf die Prämissen wurde auch auf der Ebene der Umsetzung erkannt, dass die Gestaltung von Teilhabe und der Umgang mit einer sehr diversen Zielgruppe die größte Herausforderung in der Projektumsetzung darstellt. Insbesondere auf dieser Ebene sollten zusätzliche Unterstützungsleistungen erarbeitet und angeboten werden. Eine gemeinsame Reflexion über den Stellenwert von Interaktionsarbeit in der Langzeitpflege und wie sie im Rahmen der Pfl egetätigkeit umgesetzt sowie im Kontext von Gesundheitsförderungsprojekten zusätzlich gefördert werden kann, sei notwendig, damit die zentrale Prämisse des Wegweisers auch explizit in zukünftigen Projekten fokussiert wird.

Als gewinnbringend für die Umsetzung erwiesen sich vor allem intensive Übersetzungs- und Überzeugungsarbeit, klare und zielgruppenorientierte Kommunikation sowie die frühzeitige Einbindung von Haus- und Pflegedienstleitungen. Projektgruppen spielten eine Schlüsselrolle, insbesondere wenn Mitarbeitende persönlich eingeladen, wertgeschätzt und nicht überfordert wurden. Ein Vorgehen in kleinen, ressourcenorientierten Schritten, das sichtbare Erfolge ermöglicht, förderte Motivation und Akzeptanz. Ergänzend wirkten Austausch, Vernetzung und die Einbindung unterschiedlicher Fachpersonen – etwa Psychologinnen und Psychologen, externe Partner oder Studierende – unterstützend.

Insgesamt zeigen die Projekte, dass Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege trotz schwieriger Rahmenbedingungen möglich ist, wenn sie alltagsnah, partizipativ, ressourcenorientiert und gut vernetzt umgesetzt wird.

4.4 Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen

Im Folgenden wird beschrieben, wie die Nachhaltigkeit in den sechs untersuchten Gesundheitsförderungsprojekten gesichert wurde. Datengrundlage sind dabei die End- und Evaluationsberichte, die nach Projektende vorlagen. Die nachhaltigen Maßnahmen werden dabei auf fünf verschiedenen Ebenen dargestellt:

1. **Ebene der Strukturen:** Besonders deutliche Marker für Nachhaltigkeit sind neue Strukturen, die in den Pflegeheimen und Organisationen implementiert wurden. Neue Organisationsstrukturen, die während der Projektphase etabliert wurden, haben eine große Chance, auch Jahre nach Projektende bestehen zu bleiben.
2. **Ebene der Produkte:** Ein weiterer Indikator für Nachhaltigkeit sind Produkte, die während der Projektlaufzeit etabliert wurden. Produkte überdauern das Projektende. Dennoch müssen sie auch weiterhin genutzt werden, um ihre Wirksamkeit zu entfalten. Wie Produkte nach Projektende weiter genutzt und auch weiterentwickelt und aktualisiert werden, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht bewertet werden. Dennoch sind konkrete Produkte wie Leitfäden, Videos etc. wichtige Garanten dafür, dass auf die Sicherung von Nachhaltigkeit geachtet wurde.
3. **Ebene des Wissensaufbaus:** Alle der im Rahmen des Förderschwerpunktes umgesetzten Projekte haben einen Wissensaufbau bewirkt. Dieses Wissen, so kann angenommen werden, wirkt auch nach Projektende weiter, auch wenn verständlich ist, dass viele der umgesetzten Workshops und Fortbildungen mit Projektende nicht weitergeführt werden können.
4. **Ebene des Wissenstransfers:** Einige der geförderten Projekte, so wird im Folgenden gezeigt werden, haben auch auf einen Wissenstransfer gesetzt. Neben der Erstellung von Produkten wurde daher mittels Disseminationsstrategien auch darauf geachtet, dass Erkenntnisse an andere Settings und weitere Zielgruppen weitergegeben werden.
5. **Ebene des kulturellen Wandels:** Alle der geförderten Projekte haben darauf geachtet, dass das fokussierte Thema – sei es Gewalt, Resilienz, Aktivitätsförderung etc. – zu einem Umdenken und einer Sensibilisierung in der jeweiligen Organisation führt. Manche der Evaluationsberichte fokussieren explizit darauf, in welchem Umfang dies gelungen ist. Es ist anzunehmen, dass der „kulturelle Wandel“ ein sanfter Marker für die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsprojekten ist, wenngleich er auch eine wichtige Basis dafür ist, dass neue Strukturen anerkannt und Produkte weiterhin eingesetzt werden.

Der Fokus der Darstellung liegt im Folgenden nicht auf allen Maßnahmen, sondern nimmt insbesondere jene in den Blick, von denen auf Basis der Projektberichte und -evaluationen explizit davon ausgegangen werden kann, dass sie nach Projektende weiterwirken. Dabei wurde darauf geachtet, ob Strukturen und Produkte nach Projektende weiterhin bestehen bzw. genutzt werden und ob auf Basis der Evaluationsberichte angenommen werden kann, dass durch den Wissensaufbau und Transfer nachhaltige Wirkung erzeugt wurde. In den folgenden Ausführungen wird zunächst eine Übersicht vorgestellt (Tabelle 4:), aus der hervorgeht, welche Maßnahmen die Projekte auf den verschiedenen Ebenen umgesetzt haben. Danach werden die Maßnahmen auf Einzelprojektebene dargestellt, da die fünf genannten Nachhaltigkeitskriterien eng aufeinander aufbauen und auf diese Weise die Nachvollziehbarkeit der Wirkung erkennbar bleibt.

Tabelle 4: Übersicht: Exemplarische Maßnahmen zur Sicherung von Nachhaltigkeit

Ebene Projekt	Strukturen	Produkte	Wissensaufbau	Wissenstransfer	Kulturwandel
GsGG	GPT	DOGA-Bogen	Gewaltpräventions-Workshop	Innerhalb der eigenen Einrichtung Vernetzungstreffen (FGÖ)	Sensibilisierung für Gewalt
Sei Dabei!	Feste Ansprechpersonen	Besuchs-Boxen, Folder	Schulungen	Gesundheitsleitfaden, Konferenzen, Fachbeiträge, Vernetzungstreffen (FGÖ)	Mehr Zufriedenheit und bessere Kommunikation
GhKA	Flexible Prozesse	Tool-Boxen	Programm Lebensfreude	Transferprojekt, QM-Handbuch, Praxis-Wissenschaft-Transfer, Vernetzungstreffen (FGÖ)	Durch befähigen des Umfeld Selbstverantwortung gestärkt
RESI	Resilienzteams, Pausengestaltung, After-Work-Austausch, Raumgestaltung	RESI-Box	Schulungen	Erprobung der Transferphase, Erstellung von Transferprodukten, Entwicklung eines Transferprojektes (Gemeinsam mit GGiS und Wertschätzung Mensch), Vernetzungstreffen (FGÖ)	Etablierung einer resilienzorientierten Pflegekultur
GGiS	Gerontopsychologin, Angehörigen-Café	Angehörigenbroschüre	WS zu Selbstfürsorge und Stressbewältigung	Projekthandbuch, Entwicklung eines Transferprojektes (Gemeinsam mit RESI und Wertschätzung Mensch), Vernetzungstreffen (FGÖ)	Kultur der Partizipation und des Dialogs wurde gefördert
Wertschätzung Mensch	Gesundheitsförderung im Leitbild verankert, Newsletter	Materialien „Gesund und glücklich im Beruf“, Impulskarte, Besuchsboxen etc.	Schulungen Führungskräfte und Multiplikatoren	Vernetzung auf Landesebene, Entwicklung eines Transfer-Projektes (gemeinsam mit GGiS und RESI), Vernetzungstreffen (FGÖ)	Stellenwert von Gesundheitsförderung wurde erhöht

Quelle: GÖG

4.4.1 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Gemeinsam stark gegen Gewalt“

Die Stärken der nachhaltigen Verankerung im Projekt „Gemeinsam stark gegen Gewalt (GsGG)“ liegen in der Etablierung von Strukturen, in der Erstellung von Produkten, die auch nach Projektende Verwendung finden, weil sie in neu geschaffene Prozesse integriert sind, und im kulturellen Wandel, den das Projekt im Hinblick auf die Wahrnehmung von und das Sprechen über Gewalt bewirkt hat.

Nachhaltige Strukturen

Durch die Einrichtung von Gewaltpräventionsteams (GPT) in allen Pflegewohnhäusern wurden im Projekt „Gemeinsam stark gegen Gewalt“ nachhaltige Strukturen geschaffen, die Gewaltprävention in der Einrichtung professionalisiert haben und auch langfristig sichern können. Die GPT übernehmen eine Schlüsselrolle: Sie fungieren als Botschafter:innen und Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren, verbreiten Informationen, unterstützen bei der Umsetzung von Maßnahmen (z. B. DOGA-Bogen) und stehen als Kontaktstellen für Fragen und Anliegen zu Deeskalation und Gewaltprävention zur Verfügung. Darüber hinaus beraten und sensibilisieren sie Kolleginnen und Kollegen, ermutigen zu einem offenen Umgang bei Betroffenheit von Gewalt und begleiten Fallbesprechungen sowie die Umsetzung erarbeiteter Maßnahmen. Besonders hervorgehoben wird im Evaluationsbericht die diverse, interdisziplinäre Zusammensetzung dieser Teams mit Vertreterinnen und Vertretern aus allen Wohnbereichen. Die GPT tragen wesentlich zur nachhaltigen Verankerung der Gewaltprävention bei, indem sie neue Maßnahmen entwickeln, Kommunikationsprozesse etablieren und die Zusammenarbeit mit Leitungsebene, Bewohnerservice und Ethikteam fördern.

Produkte

Durch die Entwicklung des DOGA-Bogens wurde ein standardisiertes, einrichtungsübergreifend einsetzbares Instrumentarium zur Reflexion und Dokumentation von Gewalt- und Aggressionsereignissen geschaffen. Durch die Anpassung an die Bedürfnisse der einzelnen Pflegewohnhäuser und die Schulung in Bezug auf die Anwendung des Instruments in den GPT-Treffen wurde eine einheitliche Vorgehensweise etabliert. Regelmäßige Fallbesprechungen (Ereignisreflexionen) sichern die praktische Verankerung im Arbeitsalltag und fördern eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt. Durch dieses Produkt wird gewährleistet, dass die Prävention und der konstruktive Umgang mit Gewaltsituationen auch nach Projektende systematisch fortgeführt werden.

Wissensaufbau

Durch Gewaltpräventions-Workshops wurden eine breite Sensibilisierung und Kompetenzentwicklung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Freiwilligen sowie An- und Zugehörigen erreicht. Die Fortbildungen förderten Reflexion, Handlungssicherheit und einen professionellen Umgang mit Gewalt- und Konfliktsituationen im Pflegealltag. Inwiefern Workshops und Schulungen auch nach Projektende weitergeführt werden, wird im Endbericht nicht explizit ausgeführt. Das Wissen ist jedoch durch die ausgebildeten Gewaltexpertinnen und -experten sowie die Gewaltpräventionsteams auch weiterhin in der Organisation vorhanden.

Wissenstransfer

Im Projektbericht wird die Übertragbarkeit der Projektergebnisse reflektiert. Für weitere Pflege-wohnheime können Strukturen und Produkte weitgehend übernommen werden, auch wenn diese eine Kompetenzentwicklung und eine Einschulung erfordern. Für andere Settings – wie etwa die mobile Pflege und Betreuung – müssten die Strukturen und Produkte angepasst werden. Konkrete Disseminationsstrategien, die über die Organisationsgrenzen hinausgehen, werden im Endbericht nicht angeführt. Wissenstransfer fand – wie in allen sechs geförderten Projekten – auch im Rahmen des vom FGÖ angebotenen jährlichen Vernetzungstreffen zwischen den sechs geförderten Projekten statt.

Kulturwandel

Die externe Evaluation erkennt bei Mitarbeitenden und Bewohnenden eine deutliche Veränderung im Umgang mit Gewalt und eine Sensibilisierung für das Thema. So sei eine Enttabuisierung von Gewalterfahrungen erreicht worden. Außerdem sei im Rahmen des Projekts eine gemeinsame Sprache gefunden worden, um über Gewalt zu sprechen. „Eine Kultur des Bewusstseins“ löste langsam eine Kultur des „Vertuschens“ ab.

4.4.2 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Sei Dabei!“

Die Stärken des Projektes „Sei Dabei!“ liegen im Hinblick auf die Nachhaltigkeit insbesondere in der Entwicklung von Produkten wie den Besuchsboxen sowie im Wissenstransfer, auf den schon am Beginn des Projektes geachtet wurde. Kooperationen werden weiterhin bestehen bleiben und der entwickelte Gesundheitsleitfaden steht interessierten Einrichtungen und ähnlich gelagerten Projekten frei zur Verfügung.

Nachhaltige Strukturen

Bei „Sei Dabei!“ wurden im Rahmen des Projektes feste Ansprechpersonen in den beteiligten Einrichtungen etabliert, die durch Haus- und Pflegedienstleitungen zeitliche Ressourcen erhielten, um die verschiedenen, im Projekt entwickelten Maßnahmen zur sinnstiftenden Alltagsbeschäftigung und Gesundheitsförderung regelmäßig mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu besprechen. Inwiefern die Ressourcen und Aufgabenbereiche dieser Personen nach Projektende bestehen bleiben, ist im Endbericht jedoch nicht klar beschrieben.

Produkte

Im Rahmen des Projektes wurden Besuchsboxen zur abwechslungsreichen und an der jeweiligen Biografie orientierten Besuchsgestaltung entwickelt. Diese werden für An- und Zugehörige im Seniorenzentrum zur Verfügung gestellt und enthalten biografieorientierte Materialien und Alltagsgegenstände (z. B. alte Haushaltsgeräte, sensorische Materialien), die Erinnerungen wecken und Gespräche anregen sollen. Sie sollen Besuche abwechslungsreicher und verbindender gestalten und wurden nach einer Testphase verstärkt angenommen. Damit tragen sie zu einer nachhaltig verbesserten Besuchsqualität bei und fördern die Interaktion zwischen Bewohnenden sowie An- und Zugehörigen. Diese Boxen stehen nach Projektende weiterhin zur Verfügung.

Zudem wurde ein Folder „Umzug ins Pflegeheim – eine neue Situation für alle Beteiligten“ entwickelt. Dieser Informationsfolder wird An- und Zugehörigen beim Einzug in die Einrichtung übergeben. Er thematisiert die Herausforderungen und Chancen des Übergangs in die stationäre Pflege, gibt praktische Tipps und vermittelt Sicherheit im Umgang mit der neuen Situation. Damit dient er als niedrigschwelliges Instrument der Orientierung und entlastet An- und Zugehörige in der schwierigen Übergangsphase.

Wissensaufbau

Durch Schulungen, Workshops und Projektsprechstunden wurden Mitarbeitende, Ehrenamtliche, An- und Zugehörige sowie auch ältere Menschen selbst befähigt, ihr Wissen über demenzfreundliche Umgebungsgestaltung, Kommunikation und gesundheitsfördernde Aktivitäten (v. a. auch Ernährung) zu erweitern. Diese Fortbildungsmaßnahmen stärkten die Handlungskompetenz und ermöglichten eine selbstständige Weiterentwicklung von Aktivitäten auch nach Projektende.

Wissenstransfer

Eine zentrale Maßnahme für den Wissenstransfer war im Projekt „Sei Dabei!“ der Gesundheitsleitfaden, der die Projektergebnisse dokumentiert und zur Übertragbarkeit in andere Institutionen beiträgt. Dieser kann über die Website der FH Joanneum abgerufen werden (Link zum Leitfaden: [Gesundheitsleitfaden_SeiDabei_V1.indd.](#)). Neben dem Leitfaden gab es noch weitere Transferstrategien. So wurde das Projekt breit disseminiert: auf Gemeindeebene etwa über einen Beitrag in den Bad Gleichenberger Nachrichten, auf Fachtagungen wie etwa der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie in Fachzeitschriften. Zudem entstanden Bachelorarbeiten und bei Projektende war ein Buchbeitrag in Planung. Zum Wissenstransfer werden ebenfalls die Kooperationen mit Community Nurses, der Nachbarschaftshilfe sowie regionalen Stakeholdern beitragen. Während der Projektphase konnte diese Vernetzung aktiviert werden. Der Austausch brachte Synergieeffekte und wird auch nach Projektende bestehen bleiben.

Kulturwandel

Die Evaluationsergebnisse zeigen einen Wandel im Alltag der Einrichtungen durch mehr Bewusstsein für demenzfreundliche Gestaltung und die Förderung sinnstiftender Aktivitäten. An- und Zugehörige, Bewohnende und Mitarbeitende berichteten von mehr Zufriedenheit und besserer Kommunikation. Es wurde eine Kultur gefördert, in der Teilhabe und gemeinsames Handeln anstelle einer reinen Versorgungsperspektive im Vordergrund stehen.

4.4.3 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Gesundheit hat kein Alter“

Die Stärken des Projekts „Gesundheit hat kein Alter: Transfer Kärnten“ in Bezug auf die Nachhaltigkeit liegen insbesondere in der Entwicklung von Produkten, die innerhalb der Organisation wie auch in anderen Settings weiterhin Anwendung finden können, sowie im Aufbau enger Kooperationen insbesondere an der Schnittstelle Wissenschaft und Praxis.

Nachhaltige Strukturen

Das Projekt „Gesundheit hat kein Alter: Transfer Kärnten“ fokussierte auf die Erarbeitung von Produkten, die Prozesse etablieren sollen, die auch nach Projektende weiter bestehen. Die Prozesse dienen insbesondere der Stressbewältigung und der kollegialen Beratung. Sie sind nicht statisch in Unternehmensabläufe integriert, sondern können flexibel und situativ – etwa während einer Mitarbeitenden-Besprechung – Anwendung finden.

Produkte

Die im Projekt entstandenen Produkte bieten konkrete Werkzeuge für die Praxis, die auch nach Projektende allen Interessierten zur Verfügung stehen.

Die Tool-Box „Energie tanken“ wurde auf Basis von Workshops in Pflegeeinrichtungen entwickelt, um Mitarbeitenden alltagstaugliche Methoden zur Aktivierung, Entspannung und zum Ausgleich zur Verfügung zu stellen. Die Maßnahmen sind leicht verständlich aufbereitet und sowohl individuell als auch in der Gruppe anwendbar. Über Videos mit QR-Codes, ein Handbuch, Kärtchen und Poster wird die Nutzung erleichtert, ergänzt durch ein Trainingstagebuch zur Reflexion. In Workshops, Follow-up- und Refresher-Sitzungen wurden die Tools praktisch vermittelt, ihre Wirkung diskutiert und Strategien zur dauerhaften Integration in den Arbeitsalltag erarbeitet. Besonders Atemübungen, Springen und Klopfen fanden großen Anklang, da sie einfach umsetzbar sind und das Wohlbefinden spürbar steigern. Entscheidend für den Erfolg sind regelmäßige Anwendung, Unterstützung durch Führungskräfte und die Verankerung in Routinen.

Die Tool-Box „Kommunikation“ basiert auf dem Konzept der kollegialen Beratung und unterstützt Pflegeteams dabei, herausfordernde Situationen aus dem Berufsalltag strukturiert zu reflektieren und gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Im Mittelpunkt steht der Austausch ohne externe Moderation, wobei eine festgelegte Gesprächsstruktur Orientierung bietet. Ziel ist es, durch unterschiedliche Perspektiven individuelle Handlungsansätze zu finden, die Reflexionsfähigkeit zu stärken und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen zu fördern. Gleichzeitig entsteht eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung, Wertschätzung und Konfliktlösung, die das Teamklima verbessert. Die Einführung erfolgte über Workshops und Follow-up-Termine, in denen die Methode vermittelt, praktisch erprobt und auf die Arbeitsrealität angepasst wurde. Führungskräfte wurden ebenfalls geschult, um die nachhaltige Implementierung zu sichern. So trägt die Tool-Box dazu bei, Kommunikation, Teamzusammenhalt und Gesundheitskompetenz in den Pflegeeinrichtungen zu stärken.

Wissensaufbau

Über das Weiterbildungsprogramm „LEBENSFREUDE – im Alltag tun, was gut tut®“¹ wurde Bewohnenden und deren An- und Zugehörigen ein ergotherapeutisch fundiertes Wissen zu Gesundheitsförderung angeboten, das Gesundheits- und Lebenskompetenzen sowie soziale Partizipation stärkt. Durch wöchentliche, partizipativ gestaltete Gruppentreffen mit ergänzenden

¹ Das Programm wurde von Frau Prof. (FH) Dr. Ursula Costa, MA am Studiengang Ergotherapie und Handlungswissenschaft der fh gesundheit (Tirol) gemeinsam mit Stake- und Shareholdern entwickelt

Einzelgesprächen erleben die Teilnehmenden Wertschätzung, Solidarität und Empowerment, um ihren Alltag aktiv und selbstbestimmt zu gestalten.

Wissenstransfer

Der Wissenstransfer war im Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ von vornherein bereits angelegt, da es sich um ein Transferprojekt handelte. Auf dieser Basis wurden auch in der Projektkonzeption schon Transferziele festgelegt und schließlich im Projekt umgesetzt. Produkte wie die Tool-Boxen („Energie tanken“, „Kommunikation“) sind Produkte, die darauf angelegt sind, auch in anderen Kontexten Einsatz zu finden. Außerdem wurde auf eine detaillierte Wissensdokumentation (in Form einer Moodle-Plattform) geachtet und eine Integration der Ergebnisse in ein QM-Handbuch umgesetzt sowie eine Kooperation mit der FH-Kärnten eingegangen. So soll etwa der Gesundheitstag, der im Rahmen des Projektes stattfand, weiterhin umgesetzt werden.

Kulturwandel

Neben der Schaffung möglichst förderlicher Rahmenbedingungen für die Nutzung von Angeboten zielte das Projekt darauf ab, die Selbstverantwortung von Mitarbeitenden, Bewohnenden und deren An- und Zugehörigen für die eigene Gesundheit zu verbessern. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass im Rahmen des Projekts „Gesundheit hat kein Alter: Transfer Kärnten“ die Aufmerksamkeit hierfür gesteigert werden konnte.

4.4.4 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Resilienzförderung in Pflegeeinrichtungen“

Die Stärke des Projekts „Resilienzförderung in Pflegeeinrichtungen“ (RESI) liegt insbesondere in der Erstellung einschlägiger Transferprodukte sowie konkreter Formate, wie die Anwendung dieser Produkte in weiteren Settings angeleitet werden kann.

Nachhaltige Strukturen

Während des Projekts wurden in den beteiligten Häusern Resilienzteams etabliert, die auch nach Projektende weiter bestehen. In diesen Resilienzteams sind auch die Haus- oder Pflegedienstleitungen vertreten. Weitere strukturelle Änderungen, die während des Projekts etabliert wurden und die Chance auf Weiterführung haben, sind bereichsübergreifende Pausengestaltung oder der „Schnittwoch“ (ein After-Work-Austausch, der einmal im Monat stattfindet). Durch diese Maßnahmen wird der soziale Zusammenhalt in den Einrichtungen weiterhin gestärkt werden.

Weiter Bestand haben auch die Maßnahmen zur physischen Raumgestaltung. So wurden im Haus Landl großflächige Naturbilder an den Wänden angebracht, die eine stressreduzierende Wirkung haben. Im Haus Fohnsdorf wurde ein Pausenbereich im Freien eingerichtet und im Haus in Weiz das Besuchs-Café umgestaltet.

Produkte

Als zentrales Transferprodukt wurde die RESI-Box entwickelt und Ende 2023 als gedrucktes Set sowie digital zum Download freigegeben. Die Box enthält ein Handbuch mit den theoretischen

Grundlagen zu Resilienz und Positiver Psychologie, Arbeitsblätter in Broschürenform und eine Sammlung von Methoden-Kärtchen. Alle Elemente sind so modular gestaltet, dass Einrichtungen sie einzeln übernehmen, je nach Bedarf kombinieren und mit eigenen Logos neu drucken können. Die RESI-Box ist seither in allen Projektsettings im Einsatz und steht auf der Styria vitalis-Homepage dauerhaft zum Abruf bereit (<https://styriavitalis.at/information-service/downloads/resi-box/>).

Wissensaufbau

Der Kompetenzaufbau erfolgte in zwei aufeinander aufbauenden Stufen: Zuerst in Form eingeführter, hausübergreifender Basisschulungen zu Resilienz und Positiver Psychologie (zweitägig für Pilot- und gemischt zwei- bis dreitägig in der Transferphase), dann in der Pilotphase je zwei halbtägige RESI-Workshops pro Einrichtung. Parallel nahmen alle Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren zweimal an einem Online-Coaching mit einer Resilienz-Expertin teil. Architekturpsychologische Begehungen zur räumlichen Gestaltung gaben weitere Impulse und führten in jeder Einrichtung zu konkreten Veränderungen.

Wissenstransfer

Im RESI-Projekt war der Wissenstransfer insofern inhärent angelegt, als dass das Projekt in eine Pilot- und eine Transferphase unterteilt war. Dabei wurden Formate und Produkte in drei Häusern erprobt und in der Transferphase in drei weiteren Häusern implementiert. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass Formate und Produkte schon auf die Übertragbarkeit hin konzipiert und fundiert ausgearbeitet wurden. Die Transferphase hat gezeigt, dass die Übertragbarkeit der Inhalte gegeben ist.

Zudem wurde gemeinsam mit dem Projekt „Wertschätzung Mensch“ und dem Projekt „Gemeinsam Gesund im Seniorenheim“ im August 2025 ein bundesländerübergreifender Projektantrag eingereicht, um die Erfahrungen und Materialien aus den jeweiligen Projekten aufzubereiten und für weitere Pflegeeinrichtungen zugänglich zu machen. Ziel des Antrags ist es, den Transfer in weitere Einrichtungen zu ermöglichen und eine nachhaltige Vernetzungs- und Kompetenzplattform aufzubauen.

Kulturwandel

Das Einführen von Resilienzübungen in Dienstbesprechungen, die monatlichen „Schnittwoch“-After-Work-Treffen und bereichsübergreifende Pausenformate haben laut Evaluationsbericht die Kommunikationskultur spürbar geöffnet. Der respektvolle Umgang wurde durch Wertschätzungsrituale wie Dankeskarten, Fotowände mit gemeinsamen Aktivitäten und Geburtstags-Infotafeln gestärkt. Auch haben, laut der externen Evaluation, räumliche Interventionen – Naturmotive in Fluren oder Pausenlounges im Freien – das Wohlbefinden gesteigert.

4.4.5 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Gemeinsam gesund im Seniorenheim“

Die Stärken des Projektes „Gemeinsam gesund im Seniorenheim“ liegen in Bezug auf Nachhaltigkeit insbesondere in der Hinzuziehung von externem Fachwissen in Gerontopsychologie

sowie in der Aktivierung der An- und Zugehörigen sowie dem Wissensaufbau bei Mitarbeitenden in Bezug auf Stressbewältigung und Selbstfürsorge.

Nachhaltige Strukturen

Die externe Expertin in Gerontopsychologie, die in den Häusern für Gespräche für Bewohnende, An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende zur Verfügung stand, wurde als sehr entlastend und hilfreich wahrgenommen. Aus dem Evaluationsbericht geht hervor, dass sich die Nutzenden eine Fortführung dieses Angebotes wünschen würden. Inwiefern dieses Angebot nach Projektende weiter bestehen kann, wird im Endbericht nicht erwähnt. Auch das Angehörigen-Café hat sich im Laufe des Projektes bewährt. Während diesen Gesprächsrunden konnten An- und Zugehörigen etwa Abläufe des jeweiligen Hauses nähergebracht werden, was zu einem besseren Verständnis führte und Konflikten vorbeugen konnte. Auch bei dieser strukturellen Maßnahme geht aus dem Endbericht nicht klar hervor, ob sie nach Projektende weiter fortbestehen wird.

Produkte

Eine Angehörigenbroschüre bietet praktische Informationen und Unterstützung für An- und Zugehörige und stärkt so die Transparenz der Pflegearbeit. Auch die eingesetzten Instrumente zur Lebensqualitätsmessung, wie BASQID und QUALIDEM, haben sich als wertvolle Werkzeuge erwiesen, um das Wohlbefinden der Bewohnenden systematisch zu erfassen und kontinuierlich Verbesserungen ableiten zu können. Diese Produkte stellen sicher, dass die erarbeiteten Standards und Erkenntnisse über die Projektlaufzeit hinaus genutzt werden können.

Wissensaufbau

Das Projekt setzte intensiv auf den Wissensaufbau in den Einrichtungen. Durch Workshops zu Themen wie Selbstfürsorge, Stressbewältigung, Teamarbeit und Fehlerkultur konnten Mitarbeitende ihre Handlungssicherheit im Arbeitsalltag stärken. Reflexionsrunden und Fallbesprechungen haben zudem die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit schwierigen Situationen gefördert und die Sensibilität für psychische Belastungen geschärft. Die enge Zusammenarbeit mit externen Fachkräften, insbesondere mit einer Gerontopsychologin und einer Arbeitspsychologin, hat das vorhandene Wissen im Team gezielt ergänzt und Kompetenzen langfristig gestärkt. So wurde eine neue Kultur des Lernens und der gemeinsamen Reflexion geschaffen, die auch über die Projektlaufzeit hinaus Bestand haben kann.

Wissenstransfer

Zur systematischen Sicherung und Weitergabe der Projektergebnisse wurden verschiedene Maßnahmen umgesetzt. Das Projekthandbuch dient dabei als zentrales Instrument des Wissenstransfers und kann auch in anderen Einrichtungen genutzt werden. Auch die Vernetzung mit lokalen Strukturen, wie Vereinen und Gemeinden, trägt dazu bei, dass die Erfahrungen über das Projekt hinaus Verbreitung finden und andere Einrichtungen von den erarbeiteten Ansätzen profitieren können. Wie bereits erwähnt, wurde in diesem Projekt gemeinsam mit dem RESI-Projekt

sowie mit „Wertschätzung Mensch“ ein weiteres Gesundheitsförderungsprojekt ausgearbeitet und eingereicht.

Kulturwandel

Bei Mitarbeitenden, Bewohnenden sowie An- und Zugehörigen zeigte sich laut Evaluationsbericht eine spürbare Veränderung im gegenseitigen Verständnis und im Umgang miteinander. Mitarbeitende hätten ein stärkeres Bewusstsein für die Bedeutung von Selbstfürsorge entwickelt und die Hemmschwelle, psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, sei abgebaut worden. Bewohnende konnten durch Gesprächsrunden, Wunschwerkstätten und Versammlungen erfahren, dass ihre Stimme zählt, wodurch eine Kultur der Mitbestimmung und Partizipation entstanden ist. Auch die An- und Zugehörigen berichteten von einer gesteigerten Offenheit und einem besseren Verständnis für die Abläufe im Heim. Insgesamt wurde eine Kultur des Dialogs und der Transparenz gefördert, die die Grundlage dafür schafft, dass psychosoziale Gesundheit nicht nur als Projektziel, sondern als Bestandteil des Alltags in den Einrichtungen verankert bleibt.

4.4.6 Sicherung der Nachhaltigkeit im Projekt „Wertschätzung Mensch“

Die Stärken des Projekts „Wertschätzung Mensch“ in Bezug auf Nachhaltigkeit liegen insbesondere in der Verankerung von Gesundheitsförderung in den Leitbildern und Strategien der zwei Pflegeheime sowie im Wissenstransfer auf regionaler Ebene und der Erarbeitung eines Projektantrages mit dem Ziel, die Erkenntnisse und Produkte des Projekts überregional zu disseminieren.

Nachhaltige Strukturen

Das Projekt „Wertschätzung Mensch“ fokussierte darauf, Gesundheitsförderung in die Leitbilder und Strategien der beiden Pflegeheime zu integrieren. Strukturell manifestiert sich diese Bestrebung insbesondere in der im Verlauf des Projekts gestarteten Bemühung, das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ zu erlangen.

Der mit Projektbeginn halbjährlich erschienene Newsletter „Herzenspost“ erwies sich als äußerst wirksames Medium, um Beschäftigte, Bewohnende sowie An- und Zugehörige kontinuierlich über Fortschritte und Ergebnisse zu informieren. Aufgrund der positiven Rückmeldungen haben beide Pflegeeinrichtungen entschieden, den Newsletter auch nach Projektende weiterzuführen. Damit wurde dieser Kommunikationskanal nachhaltig in die Organisationsstruktur aufgenommen.

Produkte

Ein nachhaltiger Aspekt betrifft die im Projekt erstellten Materialien der Impulsreihe „Gesund und glücklich im Beruf“. Die drei Online-Vorträge zu Achtsamkeit, Resilienz und Stressbewältigung wurden nicht nur aufgezeichnet, sondern zusätzlich als ausführliche PDF-Dokumente aufbereitet und allen Beschäftigten zur Verfügung gestellt. Dadurch können die vermittelten Übungen, Reflexionsfragen und Gesundheitsimpulse dauerhaft genutzt werden.

Neben Fortbildungsmaterialien entstanden weitere Produkte, die für den langfristigen Gebrauch geeignet sind. Dazu gehören etwa Mini-Aktivitäten, Impulskarten, der „Moment der Woche“, Besucherboxen und weitere alltagsnahe Gesundheitsimpulse. Der Abschlussbericht hebt hervor, dass diese Materialien direkt einsetzbar sind und bei Bedarf leicht angepasst oder erweitert werden können. Ihre Niederschwelligkeit und einfache Anwendbarkeit ermöglichen es den Mitarbeitenden bzw. Besucherinnen und Besuchern, sie auch ohne externe Unterstützung regelmäßig zu verwenden.

Wissensaufbau

Beim Wissensaufbau wurde insbesondere auf Führungskräfte und Mitarbeitende, die als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aufgebaut wurden, fokussiert:

Für die Bereichsleitungen wurde eine dreiteilige Seminarreihe „Gesundes Führen – Vom gesunden Führungsstil zur gesunden Organisation“ angeboten. Sie behandelte zentrale Aspekte gesundheitsorientierter Führung – von Arbeitsfähigkeit und Salutogenese über wertschätzende Führungsinstrumente bis hin zu lebensphasenorientiertem Führen – und kombinierte theoretische Inputs mit Fallbeispielen und konkreten Transferschritten für den Führungsalltag.

Die hausübergreifende Schulung „Gesundheit im Fokus“ für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umfasste drei halbtägige Workshops, an denen je drei Mitarbeitende der beiden Häuser teilnahmen. Die Schulung vermittelte Grundlagen der Gesundheitsförderung, praktische Kommunikationsmethoden sowie Impulse für eine gesundheitsförderliche Pausengestaltung. Dabei entwickelten die Teilnehmenden alltagsnahe Mini-Aktivitäten, stärkten ihre Kompetenzen in Teamkommunikation und reflektierten ihre Rolle als Vorbilder im Umgang mit Regeneration und Pausenkultur.

Wissenstransfer

Das Projekt fokussierte nicht nur auf Zielgruppen innerhalb des Settings Pflegeheim, es wurden auch Studierende aus unterschiedlichen Studienrichtungen in das Projekt einbezogen. Diese planten, führten eigene Aktivitäten durch und lernten Beziehungsarbeit und Gesundheitsförderung im Setting Pflegeheim kennen. Das Wissen und die Erfahrungen werden sie in ihre künftigen Arbeitsumfelder über die zwei Projektstandorte hinaustragen.

Eine weitere Ebene des Wissenstransfer, die auch nachhaltig bestehen bleiben wird, ist der Austausch mit der Arbeitsgemeinschaft für Heimleiter:innen und Pflegedienstleiter:innen der Alten- und Pflegeheime Burgenland. In diesem Rahmen wurden Projektergebnisse vorgestellt sowie eine Erhebung des Stellenwerts von Gesundheitsförderung in burgenländischen Pflege- und Betreuungseinrichtungen angestoßen. Um die Projekterkenntnisse burgenlandweit zu verbreiten und ihre Nachhaltigkeit auf Systemebene zu sichern, wurden auf dieser Ebene auch Transfermaßnahmen vorgestellt und diskutiert. Dabei wurden auch erste Ideen für ein regionales Netzwerk eingebracht. Das Projekt vernetzte sich auch mit zwei anderen geförderten Projekten (RESI und „Gemeinsam gesund im Seniorenheim“), um gemeinsam einen Folgeantrag zu entwickeln.

Kulturwandel

Auch hinsichtlich eines Wandel der Unternehmenskultur lassen sich laut Evaluationsbericht nachhaltige Wirkungen feststellen. Mitarbeitende geben im Rahmen der Evaluation an, dass der Stellenwert von Gesundheitsförderung zum Projektende deutlich gestiegen ist. Dieser veränderte Stellenwert zeigt, dass Gesundheitsförderung nicht mehr als einmalige Initiative, sondern als Teil der Organisationskultur wahrgenommen wird. Zudem wird ausdrücklich betont, dass das Projekt „sichtbare Veränderungen im Miteinander“ bewirkt und Diskussionen über Wertschätzung und Zusammenarbeit angestoßen hat. Diese kulturellen Veränderungen sind als Haltungsänderungen zu verstehen, die über das formale Projektende hinauswirken.

4.4.7 Zentrale Erkenntnisse im Hinblick auf Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen

Die Auswertung der End- und Evaluationsberichte veranschaulicht, dass die geförderten Projekte Wege gefunden haben, um Nachhaltigkeit über die Projektlaufzeit hinaus zu sichern. Dennoch wurde auch sichtbar, dass nicht alle Ebenen der Nachhaltigkeit von allen Projekten gleich stark berücksichtigt wurden. Einige Projekte fokussierten besonders auf Strukturen, andere auf die Entwicklung von Produkten und bestimmte Projekte achteten vor allem auf den Wissenstransfer und die Bewerbung der Projektidee. Für eine noch effektivere Verankerung von Nachhaltigkeit könnte eine Checkliste ausgearbeitet werden, die zusammenfasst, worauf auf den verschiedenen Ebenen der Nachhaltigkeit (Strukturen, Produkte, Wissensaufbau, Wissenstransfer und kultureller Wandel) geachtet werden sollte. Gleichzeitig sollte reflektiert werden, wie sich die Ebenen der Nachhaltigkeit gegenseitig beeinflussen. Zum Beispiel können bestimmte Strukturen vorgeben, welche Produkte in welchem Kontext zu verwenden sind. Ein Wissensaufbau garantiert, dass die produzierten Materialien und Tool-Boxen auch kompetent angewendet werden können, und ein Wissenstransfer stellt wiederum sicher, dass die Produkte so angepasst werden, dass sie in unterschiedlichen Unternehmensbereichen bzw. auch außerhalb des Unternehmens Verwendung finden. Indem man die verschiedenen Zielgruppen erreicht und ein Umdenken bewirkt, wird wiederum sichergestellt, dass neue Strukturen und Werkzeuge nicht als Last, sondern als Ressource wahrgenommen werden. Wegweiser und Eckpunktepapier fokussieren insbesondere auf inhaltliche Aspekte, auf die bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting der Langzeitpflege geachtet werden sollten. Eine konzeptuelle Unterstützung für die Sicherung der Nachhaltigkeit könnte zukünftige Projekte dabei unterstützen, die Nachhaltigkeit ihrer Maßnahmen zu sichern.

Ein besonderer Baustein für den Wissenstransfer, von dem alle Projekte profitierten, waren die jährlichen vom FGÖ organisierten Vernetzungstreffen. Aus den Interviews mit Projektleiterinnen und -leitern sowie Evaluatorinnen und Evaluatoren wurde deutlich, dass diese eine wesentliche Ressource für die Umsetzung der Projekte waren und zur gemeinsamen Problembearbeitung genutzt wurden. Alle Projekte haben daran aktiv teilgenommen und erkannt, dass sie es trotz unterschiedlicher Fokussierung mit ähnlichen Herausforderungen (vor allem auch die behandelten Setting-spezifischen Herausforderungen, siehe Kapitel 4.3) zu tun haben. Teilweise blieben die Kooperationen und der Austausch auch über das Projektende hinaus. Drei Projekte haben sich zusammengeschlossen, um nach Auslaufen der Förderung eine weitere Idee für ein Folgeprojekt einzureichen. Eine ähnliche Plattform für den Wissenstransfer sollte auch weiteren Gesundheitsförderungsprojekten als Begleitmaßnahme angeboten werden. Sie hat sich für die

Umsetzung der im Rahmen des FSP geförderten Projekte als besonders wertvoll erwiesen. Auch auf dieser Ebene könnten Überlegungen angestellt werden, wie die Plattform weiterentwickelt und ggf. auch nach Projektende weiter bestehen bleiben könnte.

5 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Die vorliegende Evaluation des Förderschwerpunktes zur Gesundheitsförderung im Setting der geriatrischen Langzeitpflege zeigt insgesamt ein positives Bild. Der FSP hat sich als wirksames Instrument erwiesen, um Gesundheitsförderung in einem strukturell anspruchsvollen Setting zu initiieren, zu begleiten und nachhaltig zu verankern. Gleichzeitig macht die Evaluation deutlich, dass bestimmte konzeptionelle Prämissen – insbesondere Partizipation, der Umgang mit Diversität sowie die explizite Fokussierung von Pflege als Interaktionsarbeit – über alle Dimensionen hinweg zentrale Entwicklungsfelder darstellen. Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse entlang der vier Evaluationsdimensionen zusammengefasst, anschließend übergreifende Zusammenhänge zwischen den vier Dimensionen reflektiert und abschließend Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung abgeleitet.

5.1 Wesentliche Ergebnisse entlang der vier Dimensionen

Zunächst zu den wesentlichen Ergebnisse entlang der vier Dimensionen:

5.1.1 Dimension A: Konzeption des Förderschwerpunktes

Die Konzeption des Förderschwerpunktes hat sich auf mehreren Ebenen bewährt. Besonders positiv hervorzuheben ist die Kombination aus dem Transfer bestehender erfolgreicher Projektansätze und der Förderung neuer, innovativer Projekte. Dadurch konnten sowohl Organisationen mit hoher Innovationskraft als auch solche mit Fokus auf Übertragung bewährter Konzepte angesprochen werden. Diese Offenheit ermöglichte die Nutzung von Synergien bei gleichzeitiger Innovationsförderung.

Ein weiterer Erfolgsfaktor war die fachliche Unterstützung einreichender Organisationen mittels Wegweiser, Eckpunktepapier und begleitender Workshops. Diese Angebote boten Organisationen Orientierung und sicherten die Qualität der Projektkonzepte. Auch fachliche Transfer-Workshops erwiesen sich als effektive Unterstützungsmaßnahmen.

Als herausfordernd zeigte sich hingegen das Kriterium, alle Zielgruppen (Mitarbeitende, Bewohner:innen sowie An- und Zugehörige) gleichermaßen zu fokussieren. Obwohl dieses Kriterium nicht immer den pragmatischen Vorstellungen der Organisationen entsprach, erwies es sich als wichtige strategische Direktive, um Interdependenzen von Gesundheitsförderung sichtbar zu halten.

Entwicklungspotenziale bestehen insbesondere in der Unterstützung bei der Planung partizipativer Prozesse sowie in der frühzeitigen Einbindung von Mitarbeitenden. Projektkonzepte werden häufig auf Managementebene entwickelt. Mitarbeitende auf unterschiedlichen Ebenen erfahren von Projekten zumeist erst nach der Förderzusage. Die Evaluation legt nahe, dass hier neue Förder- und Beratungsformate (z. B. zweistufige Einreichverfahren) sinnvoll wären. Die frühzeitige Einbindung verschiedener Mitarbeiter:innen kann sicherstellen, dass Gesundheitsförderungsprojekte mehr Akzeptanz finden und nicht als durch das Management „verordnet“ wahrgenommen werden.

5.1.2 Dimension B: Konzeption der geförderten Projekte

Die Analyse der Projektanträge zeigt, dass die konzeptionellen Vorgaben des FSP weitgehend erfolgreich in die Projektplanung integriert wurden. Die Mehrheit der Projekte berücksichtigte zentrale gesundheitsförderliche Prämissen, etwa die Abstimmung von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die Integration in bestehende Organisationsstrukturen, die Orientierung an evidenzbasierten Interventionen sowie die Einbindung aller relevanten Zielgruppen.

Weniger stark ausgeprägt waren hingegen zwei zentrale Aspekte: die konkrete Planung partizipativer Prozesse und der Umgang mit Diversität und Einschränkungen der Zielgruppen. Diese Ergebnisse spiegeln die bereits in Dimension A identifizierten Herausforderungen wider und verdeutlichen, dass Partizipation und Diversität nicht nur normative Anforderungen, sondern auch planerisch anspruchsvolle Aufgaben darstellen.

Auffällig ist zudem, dass die zentrale Prämisse, Pflege als Interaktionsarbeit explizit in den Mittelpunkt zu stellen, in den Projektkonzepten häufig nur implizit beachtet wurde. Dies ist insofern kritisch, als Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege dann besonders wirksam sind, wenn sie an die arbeitsinhaltenlichen Besonderheiten der Pflege anschließen und nicht als zusätzliche Belastung wahrgenommen werden.

5.1.3 Dimension C: Projekte in der Umsetzung

Die Umsetzung der Projekte verdeutlicht die hohen strukturellen Belastungen im Setting der Langzeitpflege. Personalknappheit, hohe Arbeitsdichte, emotionale Beanspruchung, Krankenstände und Fluktuation erschweren die Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Gleichzeitig wurde ein hoher Bedarf an Gesundheitsförderung wahrgenommen, was teilweise zu ambivalenten Reaktionen bei den Mitarbeitenden führte.

Erfolgreiche Projekte zeichneten sich durch eine alltagsnahe, ressourcenorientierte und schrittweise Umsetzung aus. Besonders wirksam waren intensive Kommunikations- und Übersetzungsleistungen, persönliche Ansprache, Wertschätzung sowie die frühzeitige Einbindung von Leitungsfunktionen. Projektgruppen erwiesen sich als zentrale Träger der Umsetzung, vor allem wenn sie Mitarbeitende aktiv einluden und nicht überforderten.

Die Vernetzungstreffen spielten in der Phase der Umsetzung eine entscheidende Rolle. Sie ermöglichten kollektive Problembearbeitung, gegenseitige Bestärkung und den Transfer von Lösungsansätzen. Gleichzeitig zeigte sich erneut, dass Partizipation und der Umgang mit einer sehr heterogenen Zielgruppe die größten Herausforderungen darstellen und die einreichenden Organisationen hier zusätzliche Unterstützung benötigen.

5.1.4 Dimension D: Nachhaltigkeit der Interventionen

Die Evaluation zeigt, dass viele Projekte erfolgreich Strategien entwickelt haben, um Nachhaltigkeit über die Projektlaufzeit hinaus zu sichern. Dabei wurden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt – etwa auf strukturelle Verankerung, die Entwicklung von Materialien, Wissensaufbau oder Wissenstransfer. Allerdings wurden diese Ebenen nicht immer systematisch miteinander verknüpft.

Besonders deutlich wird, dass Nachhaltigkeit als mehrdimensionaler Prozess verstanden werden sollte, in dem sich Strukturen, Produkte, Wissensaufbau und -transfer sowie kultureller Wandel gegenseitig beeinflussen. Die Vernetzungstreffen erwiesen sich erneut als zentraler Baustein für nachhaltigen Wissenstransfer und Kooperation. In einigen Fällen führten sie sogar zur Entwicklung gemeinsamer Folgeprojekte.

Gleichzeitig wird sichtbar, dass eine konzeptionelle Unterstützung zur Sicherung von Nachhaltigkeit – etwa in Form von Checklisten oder Leitfäden – zukünftige Projekte dabei unterstützen könnte, nachhaltige Wirkungen gezielter zu planen.

5.2 Übergreifende Erkenntnisse und Zusammenhänge

Über alle vier Dimensionen hinweg zeigt sich ein konsistentes Muster: Partizipation, Diversität und Interaktionsarbeit sind zentrale, aber schwer umzusetzende Kernprinzipien der Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege. Diese Themen wurden auf der Ebene der Projektplanung vernachlässigt und bei der Umsetzung als schwer zu bewerkstelligende Herausforderungen wahrgenommen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass Vernetzung, Austausch und fachliche Begleitung als verbindende Elemente über alle Dimensionen hinweg eine Schlüsselrolle spielen. Die Möglichkeit zum Austausch wurde von allen Projekten aufgegriffen und als unterstützend wahrgenommen.

Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und der Akzeptanz von Gesundheitsförderung: Maßnahmen werden dann erfolgreich angenommen, wenn sie an bestehende Arbeitsrealitäten anschließen, die Sinnhaftigkeit der Pflegearbeit stärken und als Unterstützung – nicht als Zusatzbelastung – wahrgenommen werden.

5.3 Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen lassen sich folgende zentrale Empfehlungen ableiten:

- 1. Stärkere konzeptionelle Unterstützung partizipativer Prozesse**
Entwicklung spezifischer Workshops, Leitfäden und Beratungsangebote zur Planung und Umsetzung von Partizipation im Setting der Langzeitpflege.
- 2. Frühzeitige Einbindung von Mitarbeitenden in die Projektentwicklung**
Prüfung zweistufiger Fördermodelle, die partizipative Konzeptentwicklungen bereits vor der eigentlichen Projektbewilligung ermöglichen.
- 3. Explizite Fokussierung von Pflege als Interaktionsarbeit**
Stärkere Verankerung dieser Prämisse in Förderkriterien, Beratungsformaten und Projektbegleitung, um die Anschlussfähigkeit an den Pflegealltag zu erhöhen.
- 4. Ausbau von Unterstützungsleistungen zum Umgang mit Diversität**
Entwicklung praxisnaher Instrumente zur Einbindung heterogener Zielgruppen unter Berücksichtigung von Einschränkungen und Ressourcen.
- 5. Systematische Förderung von Nachhaltigkeit**
Erstellung einer Nachhaltigkeits-Checkliste und konzeptioneller Hilfsmittel, die alle relevanten Ebenen (Strukturen, Produkte, Wissen, Transfer, Kultur) integrieren.
- 6. Verstetigung von Vernetzungs- und Austauschformaten**

Fortführung und ggf. Ausweitung der Vernetzungstreffen als zentrales Begleitinstrument für Gesundheitsförderungsprojekte in der Langzeitpflege. Prüfen von Möglichkeiten, wie eine Austauschplattform auch nach Projektende weitergeführt werden kann.

7. Abstimmung von inhaltlichen Förderkriterien (Prämissen) und Instrumenten der Projektdokumentation und des Controllings

Die Projekte wurden nicht anhand der inhaltlichen Prämissen des FSP reflektiert. Grund dafür kann darin gesehen werden, dass die Masken für die Controllingberichte bzw. die Vorgaben für die Endberichte nicht speziell für die inhaltlichen Kriterien des FSP angepasst wurden und nach anderen Kriterien aufgebaut sind. Dies könnte angepasst werden, damit sich die Verbindlichkeit für die Einhaltung der Prämissen erhöht. Auf die Prämissen wurde vor allem auf der Ebene der Projektkonzepte Bezug genommen. Sie spielten bei der Umsetzung und der Projektdokumentation eine geringere Rolle.

Zusammenfassend zeigt die Evaluation, dass der Förderschwerpunkt ein tragfähiges und wirksames Instrument zur Förderung von Gesundheit in der Langzeitpflege darstellt. Durch gezielte Weiterentwicklungen in den genannten Bereichen kann seine Wirkung künftig noch weiter vertieft und nachhaltig abgesichert werden.

Literatur

- Blättner, Beate; Tempelmann, Anke (2020): Bedarfsanalyse in der stationären Pflege. Lebensqualität und Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegekräften. In: Prävention und Gesundheitsförderung 15/2: 182-187
- Böhle, Fritz (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. In: WSI Mitteilungen 2011/9:456-461
- Böhle, Fritz (2018): Interaktionsarbeit – neue Herausforderungen an eine humane Arbeitsgestaltung. In: Arbeiten mit Menschen - Interaktionsarbeit humanisieren Band 1. Hg. v. ver.di-Bereich, Innovation und Gute Arbeit. bund-verlag, Berlin. S. 36-S. 44
- Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Wehrich, Margit (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. edition sigma,
- FGÖ (2021): Information zum Förderschwerpunkt 2021. Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Fonds Gesundes Österreich
- Fourie, Carina (2017): Who is experiencing what kind of moral distress? Distinctions for moving from a narrow to a broad definition of moral distress. In: AMA Journal of Ethics 19/6:578-584
- Pfabigan, Doris; Pleschberger, Sabine (2021): Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Ein Wegweiser für die Praxis (Wissensband 19). Hg. v. Zeuschner, Verena; Lang, Gert. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris (2020): Demenzkompetenz im Pflegeheim. Eine Orientierungshilfe für Führungskräfte. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Staflinger, Heidemarie (2019): Personalbedarf und -einsatz in den Oberösterreichs Krankenhäusern. Grundlagen - Herausforderungen - Entwicklungsbedarf. Arbeiterkammer Oberösterreich, Linz
- Weißenhofer, Sabine; Gyimesi, Michael; Czásny, Ines; Domittner, Brigitte (2023): Professionelle Pflegeversorgung in Österreich. Professionelle Pflegeversorgung in Österreich. Pflegereporting: Daten 2022. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien