

# Gesundheit hat kein Alter

„Lebens- und Arbeitswelt  
SeniorInnenwohnhaus gestalten“

PROJEKTHANDBUCH

## Gesundheitsförderung im Setting SeniorInnenwohnhaus praktisch umsetzen

AUFBAUEND AUF DEN ERGEBNISSEN DES PILOTPROJEKTS  
GESUNDHEIT HAT KEIN ALTER

**Autor:** Mag. Sascha Müller

**Herausgeber:** Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



# Impressum

## Verwendung des Handbuchs

Um dieses Handbuch mit all seinen eingebetteten Zusatzdokumenten vollständig nutzen zu können, bitten wir Sie hierfür das Programm Adobe Acrobat Reader zu verwenden.

Falls Sie dieses Programm nicht auf ihrem Computer installiert haben, finden Sie hier einen Link zum Download der aktuellen Version:

<http://get.adobe.com/de/reader/>

## Liebe Leserin, lieber Leser!

Zur leichteren Lesbarkeit der Texte wurde in diesem Handbuch entweder die männliche oder weibliche Form von Personenbezeichnungen gewählt bzw. auf die grammatikalisch problematische

### „Groß-I-Schreibung“

verzichtet.

Eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts ist damit keinesfalls beabsichtigt.

## Herausgeber und Medieninhaber

Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger  
Kundmanngasse 21-23, 1031 Wien  
[www.hauptverband.at](http://www.hauptverband.at)  
[www.gesundheithatkeinalter.at](http://www.gesundheithatkeinalter.at)

## Bestellmöglichkeit

Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger

## Redaktion

Mag. Sascha Müller

## Feedback

Für Verbesserungsvorschläge wenden Sie sich bitte per Mail an: [sascha.mueller@hvb.sozvers.at](mailto:sascha.mueller@hvb.sozvers.at)

## Gestaltung & Produktion

Boom Jelly | Branding – Advertising – Digital  
[www.boomjelly.com](http://www.boomjelly.com)

## Stand

1. Auflage  
Wien, Juli 2014

## Copyrightvermerk und Marken

© Hauptverband – Alle Rechte vorbehalten

Adobe, Acrobat, Portable Document Format (PDF) sind eingetragene Marken oder Marken der Adobe Systems Incorporated in den USA und/oder anderen Ländern.

Microsoft, Excel sind Marken der Microsoft Corporation in den USA und/oder anderen Ländern.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Gesundheitsförderung im Setting »stationäre Altenbetreuung« aus der Sicht des FGÖ</b> .....	5
<b>2 Grundprinzipien der Gesundheitsförderung</b> .....	7
<b>3 Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus praktisch umsetzen</b> .....	9
3.1 Erster Schritt: Vorprojektphase.....	10
3.2 Zweiter Schritt: Diagnosephase .....	10
3.3 Dritter Schritt: Strategieentwicklung und Planung von konkreten Maßnahmen.....	11
3.4 Vierter Schritt: Umsetzung der Maßnahmen .....	12
3.5 Fünfter Schritt: Evaluation und Bewertung der Ergebnisse .....	12
3.6 Sechster Schritt: Sicherung der Nachhaltigkeit - Überführung in den Regelbetrieb.....	13
<b>4 Vorprojektphase</b> .....	15
4.1 Projekt initiieren.....	15
4.2 Klärung der Ausgangssituation.....	16
4.3 Erstellen eines Projektauftrages .....	18
4.3.1 Einleitung/Projektbegründung.....	18
4.3.2 Setting und Zielgruppen.....	19
4.3.3 Vision und Projektziele .....	20
4.3.4 Aufbauorganisation.....	22
4.3.5 Ablauforganisation .....	28
4.3.6 Evaluation .....	30
4.3.7 Projektbudget.....	31
4.4 Projektstart .....	34
<b>5 Diagnosephase</b> .....	37
5.1 Zielgruppe: Management.....	38
5.2 Zielgruppe: Mitarbeiter .....	38
5.2.1 Gesundheitsbezogener Fragebogen .....	39
5.2.2 Fehlzeitenanalyse.....	40
5.2.3 Altersstrukturanalyse.....	41
5.3 Zielgruppe: Ehrenamtliche Mitarbeiter .....	41
5.4 Zielgruppe: Angehörige.....	42
5.5 Zielgruppe: Bewohner .....	44

<b>6 Strategieentwicklung und Planung von konkreten Maßnahmen</b> .....	47
6.1 Partizipation der Zielgruppen .....	47
6.2 Partizipation der Mitarbeiter – Gesundheitszirkel .....	52
6.2.1 Wer soll im Gesundheitszirkel mitarbeiten?.....	53
6.2.2 Mögliche Varianten von Gesundheitszirkeln.....	53
6.2.3 Moderation der Gesundheitszirkel.....	55
6.2.4 Die Arbeitsweise im Gesundheitszirkel .....	56
6.3 Priorisierung von Themen.....	58
<b>7 Maßnahmenumsetzung</b> .....	61
7.1 Praxisbeispiel: Förderung der Mobilität und Autonomie der Bewohner .....	62
7.1.1 Inhalte der Mobilitätsintervention und Erfahrungen bei der Durchführung.....	63
7.1.2 Themenschwerpunkte der Intervention: .....	65
7.1.3 Ergebnisse .....	68
<b>8 Abschlussevaluation</b> .....	69
<b>9 Sicherung der Nachhaltigkeit</b> .....	71



# 1 Gesundheitsförderung im Setting »stationäre Altenbetreuung« aus der Sicht des FGÖ

Alle in Österreich lebenden Menschen sollen bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen. Gesundheitsfördernde Lebenswelten und Lebensweisen sind der Schlüssel dazu. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, trägt dazu bei, indem er Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention finanziell fördert und entsprechende Aktivitäten auch selbst initiiert. Das Setting **stationäre Altenbetreuung** bietet sich als besonders sinnvoller Ort für ein Gesundheitsförderungsprojekt an: Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen haben einen starken Einfluss auf die Gesundheit ihrer Bewohner sowie große Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Einflussfaktoren und Gesundheitsdeterminanten. Auch die darin arbeitenden Menschen, Angehörige, ehrenamtliche Mitarbeiter, sowie das Management sind wichtige Zielgruppen von ganzheitlicher Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus. Bisher wurden diese Zielgruppen jedoch meist nur isoliert betrachtet – z. B. die Mitarbeiter im Rahmen eines Projekts Betriebliche Gesundheitsförderung oder die Bewohner durch spezifische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit.

Aus diesem Grund setzt der FGÖ einen spezifischen Schwerpunkt in der Förderung von Projekten in Einrichtungen der Pflege- und Langzeitbetreuung. Projekte in entsprechenden Einrichtungen werden nur dann gefördert, wenn sie über die engeren Zielgruppen betrieblicher Gesundheitsförderung hinausreichen. Gewünscht ist, dass neben den Bediensteten die Bewohner und deren Zu- und Angehörige systematisch in das Projekt einbezogen werden und deren Bedürfnisse in einem breiten Prozess berücksichtigt werden.



# 2 Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

Der FGÖ orientiert sich am Gesundheitsbegriff und an den Grundprinzipien der Ottawa Charta (WHO, 1986). Diese Grundprinzipien bilden seit den Anfängen der Gesundheitsförderung einen wichtigen Orientierungsrahmen bzw. beschreiben, was Gesundheitsförderung ist. Sie sind auch jetzt das Fundament für die Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten der Gesundheitsförderung.

## **Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff**

Dem umfassenden Gesundheitsbegriff zufolge ist Gesundheit kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, in dem das Individuum ständig ein Gleichgewicht mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu optimieren.

## **Gesundheitliche Chancengerechtigkeit**

Im Einklang mit der WHO-Strategie Gesundheit für alle und der Ottawa-Charta setzt sich die FGÖ zum Ziel, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Chancengerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit zu erreichen.

## **Ressourcenorientierung und Empowerment**

Ressourcenorientierung bedeutet eine Orientierung an den vorhandenen persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen im Sinne von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen, etc. (sowohl von Individuen als auch von sozialen Netzwerken oder Systemen); im Unterschied zu einer Defizitorientierung, die Mangel, Probleme, etc. in den Mittelpunkt stellt. Empowerment bedeutet Befähigung bzw. ist ein Prozess, mit dem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt und aktiviert werden, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, um die Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit begünstigen.

## **Setting- und Determinantenorientierung**

Die Einflussfaktoren, welche die Gesundheit bestimmen, liegen auf mehreren Ebenen. Will man die Gesundheit der Menschen fördern, ist es deshalb nötig, aktiv mehrere dieser Determinanten anzugehen und sie in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Dabei geht es um Beachtung individueller Faktoren wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen (Verhaltensorientierung) in ihrer Wechselwirkung mit Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen, und um die natürliche Umwelt (Verhältnisorientierung).

### **Zielgruppenorientierung**

Durch den Zielgruppenansatz unterstreicht die Gesundheitsförderung die Notwendigkeit der Anpassung ihrer Methoden und Maßnahmen an die Bedürfnisse und Ausgangsbedingungen der jeweiligen Zielgruppen.

### **Partizipation der Akteure des Settings**

Partizipation in Gesundheitsförderungsprojekten ermöglicht es, den Zielgruppen und anderen beteiligten Akteuren Einfluss auf Entscheidungen auszuüben, indem sie z. B. ihre Themen und ihr Wissen einbringen, wesentliche Projektschritte mitentscheiden, oder aktiv an der Projektdurch- bzw. -ausführung beteiligt sind.

### **Vernetzung**

Vernetzen bedeutet unter anderem, systematisch Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam zu lernen, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen, und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu schaffen. Es geht aber auch um die Vermittlung zwischen und Vernetzung der unterschiedlichen Politikbereiche, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu erreichen.

### **Nachhaltigkeit der Veränderungen**

Nachhaltigkeit auf der Projektebene beinhaltet die Frage, ob die optimierten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Projektdauer hinaus Bestand haben (statische Nachhaltigkeit) bzw. die Frage, ob die Innovationen auch an sich ändernde Bedingungen angepasst werden.

# 3 Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus praktisch umsetzen

Sie wollen Gesundheitsförderung in einem Seniorenwohnhaus langfristig etablieren? Starten Sie mit einem Gesundheitsförderungsprojekt – erfolgreiche Elemente können Sie nach Projektabschluss in den normalen Arbeitsalltag integrieren.

Projekte sind Organisationen auf Zeit und benötigen eine sorgfältige Planung, geeignete Strukturen und Ressourcen. Auf den ersten Blick wirkt das Aufsetzen eines Projekts kompliziert – lassen Sie sich davon nicht abschrecken. Vereinfacht dargestellt durchläuft ein Gesundheitsförderungsprojekt sechs Phasen (PGSS):

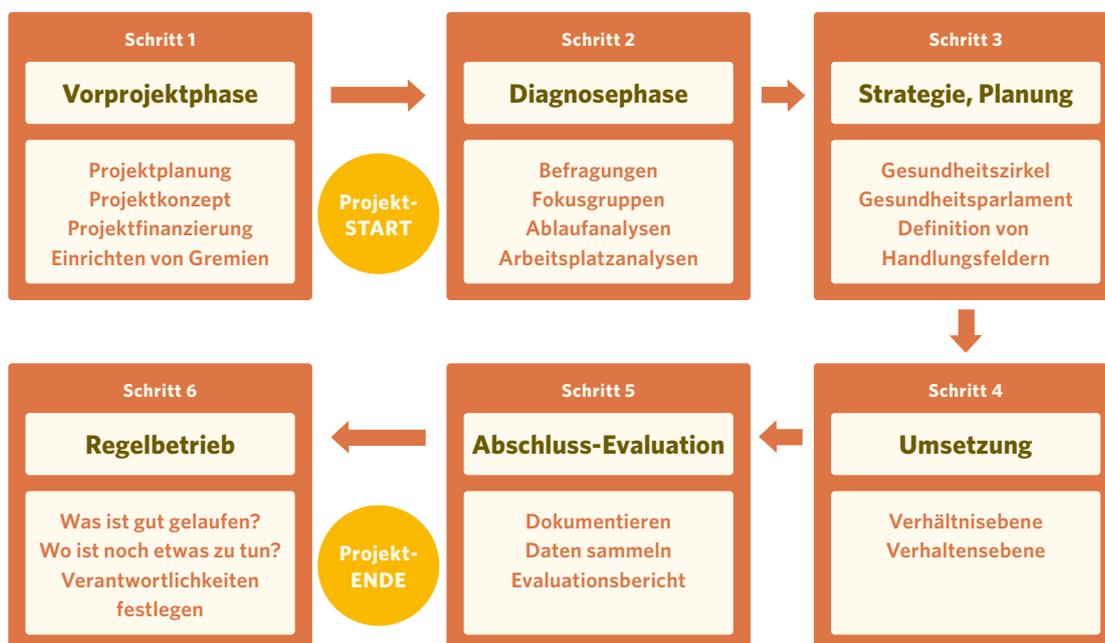


Abb. 1  
Planungszyklus Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus

## 3.1 Erster Schritt: Vorprojektphase

Ein Projekt beginnt bereits vor dem eigentlichen Projektstart und meist existiert noch keine geeignete Projektorganisation. In dieser Phase werden aber die maßgeblichen Weichen für ein erfolgreiches Projekt gestellt. Dabei werden die wichtigsten Fragen vorab geklärt:

- ▶ Welche Ziele verfolge ich mit meinem Projekt?
- ▶ Wie finanziere ich mein Projekt?
- ▶ Wer ist wofür verantwortlich und wie viele Zeitressourcen müssen eingeplant werden?
- ▶ Welche Zielgruppen will ich in mein Projekt einbinden?
- ▶ Wie lange wird mein Projekt dauern?
- ▶ Wo kann ich mir Unterstützung holen?
- ▶ Wer sind meine Projektpartner?
- ▶ Wie und vor allem was soll zu Projektende evaluiert werden?

Die Planung eines Projekts erfolgt meist in Form eines Projektkonzepts. Ein gut erstelltes Projektkonzept kann bei der Einreichung für externe Fördermittel sehr hilfreich sein. Ein von Entscheidungsträgern abgenommenes bzw. frei gegebenes Projektkonzept kann auch als konkreter Projektauftrag dienen und hilft zur eigenen Erfolgskontrolle während der Projektlaufzeit. Die im Rahmen eines Projektkonzepts beschriebenen Entscheidungsstrukturen sollten vor dem offiziellen Projektstart eingerichtet sein, um offiziell „grünes Licht“ für den eigentlichen Projektstart zu geben.



### Praxistipp

*Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für die Vorprojektphase. Ein gut formuliertes Projektkonzept hilft Ihnen Gesundheitsförderung in Ihrem Seniorenwohnhaus strukturiert einzuführen.*

## 3.2 Zweiter Schritt: Diagnosephase

Die genaue Analyse und Diagnose der gesundheitsrelevanten Ausgangslage in einem Seniorenwohnhaus bildet den Grundstock für später folgende gesundheitsförderliche Maßnahmen. Grundsätzlich sollte folgender Leitsatz immer berücksichtigt werden: **Keine Aktion ohne Diagnose!**

In einem Seniorenwohnhaus gibt es unterschiedliche Zielgruppen: Bewohner bzw. zu Pflegende, Mitarbeiter und ehrenamtlich Tätige, Angehörige, Führungskräfte und Entscheidungsträger.

Für diese unterschiedlichen Zielgruppen stehen auch unterschiedliche Diagnoseinstrumente zur Verfügung. Dies können zum Beispiel

- ▶ schriftliche und/oder mündliche Befragungen,
- ▶ Fokusgruppen,
- ▶ Analyse von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen,
- ▶ Fehlzeitenanalysen,
- ▶ Altersstrukturanalysen

sein. Eine nähere Beschreibung der unterschiedlichen Instrumente finden Sie in einem eigenen Kapitel in diesem Handbuch.

Häufig wird ein Gesundheitsförderungsprojekt von den unterschiedlichen Zielgruppen in der Diagnosephase erstmals wirklich wahrgenommen. Deswegen ist eine gute Planung der Diagnosephase auch in Hinblick auf die positive Wahrnehmung eines Gesundheitsförderungsprojekts und für die interne Kommunikation von großer Bedeutung.

*Melden Sie die Ergebnisse aus der Diagnosephase an die einzelnen Zielgruppen zurück. Dies fördert die Identifikation mit Ihrem Gesundheitsförderungsprojekt – auch wenn Sie in dieser Phase noch keine konkreten Maßnahmen anbieten können.*



## **Praxistipp**

### **3.3 Dritter Schritt: Strategieentwicklung und Planung von konkreten Maßnahmen**

Aufbauend auf den Ergebnissen der Diagnosephase werden gesundheitsförderliche Strategien und Maßnahmen geplant. In dieser Phase kann es auf Grund des komplexen Settings Seniorenwohnhaus mit seinen unterschiedlichen Zielgruppen dazu kommen, dass Sie „vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sehen“. Auch hier gibt es geeignete Instrumente, um die Komplexität zu reduzieren. Aus der Vielzahl von erhobenen Daten, den unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnissen der einzelnen Zielgruppen und daraus resultierenden Maßnahmenvorschlägen wird am Ende dieser Projektphase ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept geschmiedet. In dieser Phase ist auch zu klären, wie stark die einzelnen Zielgruppen auf die Entscheidungsfindung Einfluss nehmen können (Partizipation).

### 3.4 Vierter Schritt: Umsetzung der Maßnahmen

In einem vierten Schritt werden die strategisch geplanten Maßnahmen umgesetzt. Für diese Phase gibt es wenig strukturierte Instrumente oder Prozessabläufe. Wesentlich ist dabei jedoch, dass Sie eine richtige Mischung aus verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen umsetzen. Manche Maßnahmen können sehr rasch und ohne großen finanziellen Aufwand realisiert werden. Andere Bereiche wie z. B. bauliche Maßnahmen können oft nur über einen längeren Zeitraum hinweg realisiert werden. Dabei ist es wichtig, dies auch den betroffenen Zielgruppen zu kommunizieren. Bei der Umsetzung von Maßnahmen kann es hilfreich sein eine Strukturierung nach hoch-, mittel- und niederschweligen Maßnahmen vorzunehmen.



#### Praxistipp

*Achten Sie auf ein ausgewogenes Verhältnis von Lebensstilmaßnahmen (Verhalten) und Maßnahmen auf struktureller bzw. prozessualer Ebene (Verhältnisse).*

### 3.5 Fünfter Schritt: Evaluation und Bewertung der Ergebnisse

Ziel einer Evaluation ist letztlich immer, rechtzeitige und umfassende Informationen über Entwicklung, Verlauf und Wirkung von Projekten zu gewinnen. Idealerweise beginnt die Diskussion der Evaluation eines Projekts also bereits während der Planung des Projekts selber. In jedem Fall sollten Projekte vom ersten Tag an wenigstens minimal beobachtet oder evaluiert werden.



#### Praxistipp

*Das Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz hat einen guten Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluationen entwickelt. Sie finden diesen Leitfaden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)*

### 3.6 Sechster Schritt: Sicherung der Nachhaltigkeit – Überführung in den Regelbetrieb

Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus langfristig zu etablieren, beginnt meist mit der Planung und Umsetzung eines Projekts. Dazu stehen in einem definierten Projektzeitraum entsprechende Ressourcen zur Verfügung und die Sensibilität für das Thema Gesundheit wird bei allen Zielgruppen gestärkt. Aus der Projektpraxis können wichtige Lern- und Entwicklungsschritte für die Zukunft abgeleitet werden. Im Anschluss an ein Projekt sollten diese Erfahrungen genutzt werden, um Gesundheitsförderung nachhaltig für alle Zielgruppen zu verankern. Die Überführung in den Regelbetrieb sichert, dass Erfolge, die im Rahmen des Projekts erzielt wurden, langfristig und nachhaltig wirken können.



# 4 Vorprojektphase

---

In der Vorprojektphase werden die Weichen für das eigentliche Gesundheitsförderungsprojekt gestellt. Sie umfasst die gesamte Planung des Projekts, das Einrichten von Strukturen, die Klärung der Finanzierung bis hin zu einem offiziellen Projektstart.

---

Projekte sind ein guter Einstieg, um Gesundheitsförderung in Ihrem Seniorenwohnhaus nachhaltig zu etablieren. Projekte übernehmen komplexe bereichsübergreifende Aufgaben, die im Routinebetrieb meist nicht bearbeitet werden können. Aus diesem Grund müssen sie auch sorgfältig geplant werden. Folgende Eckpunkte zeichnen ein Projekt aus:

- ▶ Zeitlich begrenzt (definierter Start und Endzeitpunkt)
- ▶ Definiertes Ziel
- ▶ Begrenzte und klar definierte Ressourcen
- ▶ Durchführung in Teamarbeit.

Die Vorprojektphase dient zur Planung des Projekts und bezeichnet den zeitlichen Rahmen von der Projektinitiierung (Projektidee) und dem Projektstart. Dieser Phase ist besonderes Augenmerk zu widmen, da in dieser Zeit Entscheidungen getroffen werden, die den späteren Projekterfolg maßgeblich beeinflussen können.

*Wichtig von Beginn an ist es, die wesentlichen Entscheidungsträger ins Boot zu holen. Diese können die Leitung des Hauses, Finanzverantwortliche, Stationsleitungen aber auch Arbeitnehmervertreter sein.*



**Praxistipp**

## 4.1 Projekt initiieren

Die Idee, ein Gesundheitsförderungsprojekt durchzuführen, kann von unterschiedlichen Seiten kommen. Entweder kommt die Idee für ein Projekt von einem engagierten Mitarbeiter, von Führungskräften, oder von der Trägerorganisation des Seniorenwohnhauses. Die Initiative kann aber

auch von außen kommen – von der Sozialversicherung, von Seite des Arbeitnehmerschutzes oder von ressortzuständigen Politikern. Oft müssen jedoch intern Skeptiker noch überzeugt werden. Es herrscht noch Unklarheit wie viele Ressourcen für ein Gesundheitsförderungsprojekt aufgewendet werden müssen. Auch die Frage, ob Gesundheitsförderung überhaupt etwas bringt, kann vorgebracht werden.

Es gibt eine Vielzahl von Argumenten, warum es Sinn macht, Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus zu etablieren:<sup>1</sup>

- ▶ Gesundheitsförderung verbessert die Motivation und Gesundheit von Mitarbeitern und trägt so zu einer erhöhten Leistungsfähigkeit des Unternehmens bei.
- ▶ Gesundheitsförderung erhöht auch indirekt die Qualität der Pflege und Betreuung.
- ▶ Gesundheitsförderung erhöht die Lernfähigkeit der Organisation.
- ▶ Gesundheitsförderung trägt durch den generationenübergreifenden Ansatz und auch zu einer alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung bei.
- ▶ Gesundheitsförderung erhöht die Kommunikation und das Sozialkapital eines Unternehmens.
- ▶ Gesundheitsförderung wirkt auch bei hochaltrigen Menschen. Gerade die Förderung der Autonomie und Mobilität erhöht die Lebensqualität der Bewohner wesentlich oder verlangsamt zumindest den gesundheitlichen Abbau im hohen Alter.
- ▶ Mittelfristig kann Gesundheitsförderung auch dazu beitragen die Pflegebedürftigkeit zu senken.
- ▶ Gesundheitsförderung kann die Kommunikation mit den Angehörigen verbessern.
- ▶ Gesundheitsförderung erhöht die Attraktivität der Einrichtung für ihre (auch potenziellen) Mitarbeiter und (potenziellen) Bewohner.

Wenn genügend Personen in Ihrem Unternehmen für die Idee gewonnen werden konnten, ein Gesundheitsförderungsprojekt durchzuführen, werden in einem nächsten Schritt die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Projekts geklärt.

## 4.2 Klärung der Ausgangssituation

Um ein genaueres Bild eines möglichen Projekts zu bekommen, hilft es die Ausgangslage für Gesundheitsförderung in Ihrem Seniorenwohnhaus zu beschreiben. Dabei können Sie sich an folgenden Leitfragen orientieren:

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu Spicker I., Schopf A.: *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen – Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*, Wien 2007, S. 76

## WARUM?

- ▶ Gibt es einen konkreten Anlassfall?
- ▶ Was sind die Beweggründe?
- ▶ Von wem ist die Initiative ausgegangen?
- ▶ Welche Erwartungen gibt es?

## WAS?

- ▶ Welche Projektziele haben wir?
- ▶ Was sind Nichtziele?
- ▶ Was kann Gesundheitsförderung leisten und was nicht?
- ▶ Was wird bei uns zum Thema Gesundheit bereits getan?

## WER?

- ▶ Wer ist an der Lösung interessiert?
- ▶ Wer ist von der Lösung betroffen?
- ▶ Wer ist für die Lösung verantwortlich?
- ▶ Wer ist für die Entscheidungsfindung einzubinden?
- ▶ Wer sind die Zielgruppen des Projekts?

## WANN?

- ▶ Wann soll der Projektstart sein?
- ▶ Wann ist das Projektende?
- ▶ Gibt es relevante Zwischentermine?
- ▶ Können einzelne Projektphasen zeitlich klar voneinander getrennt werden?

## WO?

- ▶ Wollen wir Gesundheitsförderung im gesamten Haus etablieren?
- ▶ Gibt es Bereiche oder Abteilungen mit besonders hohem Bedarf?

## WOMIT?

- ▶ Welche zeitlichen Ressourcen stehen uns zur Verfügung?
- ▶ Welche monetären Ressourcen stehen uns zur Verfügung?
- ▶ Gibt es die Möglichkeit einer externen Kofinanzierung?

*Die Klärung der Ausgangssituation kann dabei helfen Struktur in eine Projektidee zu bringen. Die Beantwortung der Leitfragen zur Ausgangssituation ist der erste Schritt bei der Erstellung eines Projektkonzepts und sollte mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppe gemeinsam erörtert werden.*



## Praxistipp

## 4.3 Erstellen eines Projektauftrages

Ein Projektauftrag ist eine schriftliche Arbeitsgrundlage, die den groben Rahmen Ihres Gesundheitsförderungsprojekts definiert. Nachdem Sie die Leitfragen zur Ausgangssituation gemeinsam mit der Steuerungsgruppe erörtert haben, können Sie anhand dieser Projektskizze in die Detailplanung des Projekts übergehen. Üblicherweise beinhaltet ein Projektauftrag bzw. ein Projektkonzept folgende Punkte:

- ▶ Einleitung/Projektbegründung
- ▶ Setting und Zielgruppen
- ▶ Vision und Projektziele
- ▶ Projektaufbauorganisation
- ▶ Projektablauforganisation
- ▶ Projektevaluation
- ▶ Projektbudget

### 4.3.1 Einleitung/Projektbegründung

In diesem einleitenden Kapitel des Projektauftrages gilt es, die Rahmenbedingungen des Projekts zu beschreiben, den Bedarf für das Projekt schlüssig zu begründen, und – sofern bereits ähnliche Projekte durchgeführt wurden – die Erfahrungen aus anderen Projekten zu reflektieren und für die Umsetzung Ihres Projekts zu nutzen.



#### Praxistipp

*Eine Projektbegründung soll eine objektive Entscheidungsgrundlage dafür bieten, ob ein Projekt überhaupt durchgeführt werden soll oder nicht. Daher ist es auch wichtig, die Adressaten eines Projektkonzepts zu kennen und die Form der Projektbegründung daran auszurichten.*

Der Fonds Gesundes Österreich führt in seinem Leitfaden zur Projektförderung<sup>2</sup> folgende Indikatoren für eine schlüssige Begründung des Bedarfs an:

- ▶ Die Fachliteratur und andere mögliche Quellen für die fachliche Begründung sind recherchiert.
- ▶ Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist erwiesen und dokumentiert (theoretisch/empirisch).
- ▶ Die Komplementarität des Projekts zu bestehenden Projekten oder Angeboten bzw. eine schlüssige Begründung des zusätzlichen Bedarfs ist gegeben.

<sup>2</sup> [https://projektguide.fgoe.org/downloads/Leitfaden\\_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf](https://projektguide.fgoe.org/downloads/Leitfaden_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf)

### 4.3.2 Setting und Zielgruppen

In Ihrem Projektkonzept sollten Sie das Setting, in dem das Gesundheitsförderungsprojekt durchgeführt wird, sowie die unterschiedlichen Zielgruppen (Anzahl der Personen je Zielgruppe, Überblick über soziodemographische Eckdaten), kurz beschreiben. Ein Setting bezeichnet im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO) einen Lebensbereich, in dem die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen (z. B.: Schule, Arbeitsplatz, soziales Wohnumfeld, etc.). Die Arbeit in Settings stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und bedeutet, dass sowohl strukturelle Maßnahmen der Organisationsentwicklung, der physischen und sozialen Umweltgestaltung, als auch klassische Prävention und Gesundheitserziehung systematisch und miteinander verbunden dort zum Einsatz kommen, wo Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt leben.<sup>3</sup> Der Fonds Gesundes Österreich beschreibt folgende Indikatoren für eine Setting- und Zielgruppenorientierung:<sup>4</sup>

#### Festlegung und Beschreibung des/der Settings

- ▶ Das Setting, in dem das Projekt stattfindet, ist klar definiert und beschrieben.
- ▶ Das Setting ist geeignet, gesundheitlich benachteiligte Menschen zu erreichen.
- ▶ Die
  - › strukturellen Ressourcen (wie Einrichtungen, Institutionen und Vereine, Strategien und Programme, Leitbilder, Finanzierungsquellen, Qualifikationen)
  - › sozialen Ressourcen (wie Netzwerke, soziale Bindungen)
  - › persönlichen Ressourcen (wie Gesundheitskompetenz, Engagement, Erfahrung) des Settings werden beschrieben oder im Zuge des Projekts erhoben.
- ▶ Das Projekt ist auf die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting ausgerichtet.
- ▶ Das Setting ist geeignet, die definierte/n Zielgruppe/n zu erreichen.

#### Festlegung und Beschreibung der Zielgruppe/n

- ▶ Das Projekt richtet sich an ausgewählte und zur Zielerreichung relevante Zielgruppen. Die Auswahl der Zielgruppe/n ist schlüssig begründet.
- ▶ Die Zielgruppe/n ist/sind klar definiert und beschrieben. Folgende Aspekte sollen berücksichtigt werden:
  - › Bildung, Einkommen, berufliche Position, soziale Herkunft
  - › Migrationshintergrund, Wohnregion
  - › Lebensalter, Gender, Familienstand

---

<sup>3</sup> [http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2013/06/Rahmengesundheitsziele\\_Langfassung2.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2013/06/Rahmengesundheitsziele_Langfassung2.pdf)

<sup>4</sup> [https://projektguide.fgoe.org/downloads/Leitfaden\\_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf](https://projektguide.fgoe.org/downloads/Leitfaden_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf); Seite 24 f

- ▶ Die Wahl der Zielgruppe/n des Projekts ist auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtet.
- ▶ Die Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe der Zielgruppe/n sind beschrieben oder werden im Zuge des Projekts erhoben und angemessen berücksichtigt.
- ▶ Es ist klar beschrieben, wie die Zielgruppe/n erreicht werden soll/en und mit welchen Schwierigkeiten dabei zu rechnen ist. Im Projektkonzept werden weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) definiert und beschrieben.

### 4.3.3 Vision und Projektziele

In der Vorphase eines Projekts gibt es oft unrealistisch hohe Erwartungen, was mit einem Projekt verwirklicht werden kann. Das bedeutet nicht, dass diese hohen Erwartungen nicht formuliert und verschriftlicht werden sollen. Ein Blick durch die „Realitätsbrille“ kann aber dabei helfen, den Blick dafür zu schärfen, was auch im Rahmen eines Projekts umgesetzt werden kann.



#### Praxistipp

*In der Vorprojektphase ist es häufig noch nicht möglich, die Projektziele präzise zu formulieren. Eine Konkretisierung der Projektziele ist nach Abschluss der Diagnosephase nachzuholen. Dies sollte auch explizit als ein Arbeitsschritt in Ihrem Projektkonzept festgehalten werden.*

Viele gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen können nur langfristig verändert werden. Sie benötigen oft längere Zeiträume und auch Veränderungen im Bereich der Unternehmenskultur. Diese hohen Erwartungen können in Form einer **Vision** formuliert werden. Eine **Vision** ist eine längerfristige Leitidee, zu der ein Projekt einen wichtigen Beitrag leisten kann. Ein Projektziel beschreibt hingegen einen konkreten Zustand, der bis Projektende erreicht werden soll.

Zum Beispiel könnte eine Vision lauten:

**„Die Strukturen und Prozesse unseres Hauses sind so ausgerichtet,  
dass die Gesundheit aller involvierten Personengruppen  
(Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter, Management)  
stets im Mittelpunkt unserer Handlungen steht.“**

Bei der Formulierung von Projektzielen sollte man sich gedanklich das Ende eines Projekts vorstellen – sie sollten Situationen beschreiben, die durch ein Projekt auch erreichbar sind. Projektziele sollten grundsätzlich **SMART** formuliert sein:

<b>Spezifisch</b>	Was konkret soll erreicht werden?
<b>Messbar</b>	Woran erkennen wir, dass ein Ziel erreicht ist?
<b>Attraktiv</b>	Warum lohnt es sich, das Ziel zu verfolgen?
<b>Realistisch</b>	Kann das Ziel durch ein Projekt auch wirklich erreicht werden?
<b>Terminiert</b>	Bis wann soll das Ziel erreicht werden?

**Abb. 2**  
Formulierung von Projektzielen

Indikatoren und Sollwerte können dabei helfen, Ziele zu konkretisieren und messbar zu machen. Ein mögliches Beispiel für ein Projektziel mit Indikatoren und Sollwerten könnte wie folgt aussehen.

**Projektziel:** Die Mitarbeiter sind über richtiges Heben und Tragen unter besonderer Berücksichtigung ihres konkreten Arbeitsumfeldes informiert.

**Indikator 1:**  
Arbeitsplatzanalysen

**Sollwert 1:**  
Bis Ende 2017 sind die Arbeitsplätze in den Bereichen Küche, Reinigung, Pflege und Administration einer spezifischen Analyse hinsichtlich des Themas „richtiges Heben und Tragen“ unterzogen

**Indikator 2:**  
Ergonomieschulungen durchführen

**Sollwert 2:**  
80% aller Mitarbeiter haben bis Ende 2016 an einer arbeitsplatzspezifischen Ergonomieschulung teilgenommen

**Abb. 3**  
Beispiel für Indikatoren und Sollwerte

## Toolbox



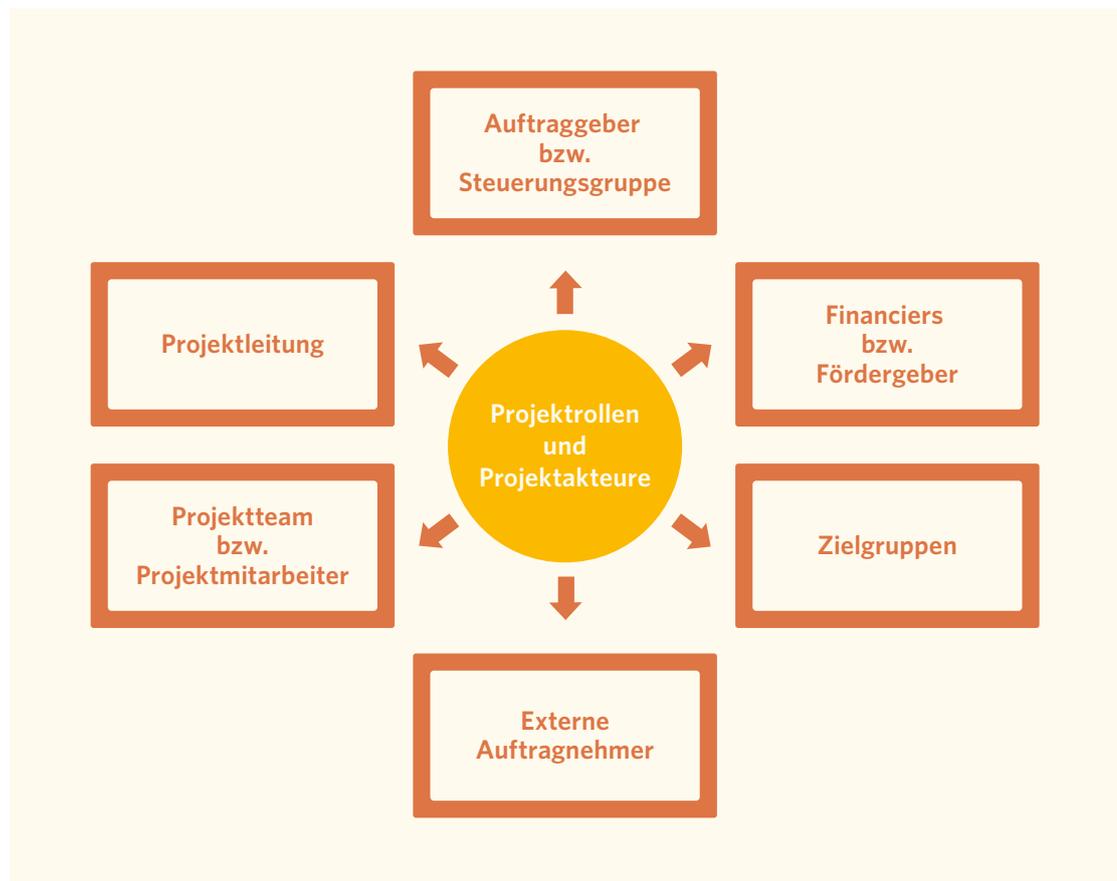
Der Fonds Gesundes Österreich hat weiterführende Unterlagen zum Thema Projektziele erarbeitet. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.



### 4.3.4 Aufbauorganisation

Projekte werden von Menschen getragen, denen unterschiedliche Rollen zugeordnet werden. Diese Rollen sind Funktionszuschreibungen, die für die Dauer des Projekts gelten. Das Gelingen von Gesundheitsförderungsprojekten ist wesentlich davon abhängig, ob Verantwortlichkeiten und Entscheidungswege vorab geklärt sind. Folgende zentrale Rollen mit entsprechenden Verantwortlichkeiten sollten vor Projektstart definiert sein:

Abb. 4  
Projektrollen und  
Projektakteure



## Auftraggeber bzw. Steuerungsgruppe

### Aufgaben

- ▶ Formulierung der Projektziele
- ▶ Abnahme des Projektkonzepts
- ▶ Erteilung des Projektauftrages
- ▶ Beauftragung des Projektleiters
- ▶ Beauftragung des Projektteams
- ▶ Trifft strategische Entscheidungen
- ▶ Beschluss von Budgets
- ▶ Kontrolle und Abnahme von Statusberichten
- ▶ Interne und externe Öffentlichkeitsarbeit
- ▶ Abnahme des Projekts zu Projektende

### Anforderungen

- ▶ Kenntnisse der Organisation
- ▶ Strategische Orientierung
- ▶ Entscheidungskompetenz

**Abb. 5**  
Auftraggeber bzw. Steuerungsgruppe

Gesundheitsförderungsprojekte brauchen einen Auftraggeber. In der Regel ist dies die Geschäftsführung oder die oberste Managementebene eines Unternehmens. Die Rolle des Auftraggebers kann auch an die Steuerungsgruppe delegiert werden. In diesem Steuerungsgremium sind die wichtigsten Entscheidungsträger eingebunden. Sie fungiert als Bindeglied zum Auftraggeber, sofern dieser nicht persönlich darin vertreten ist. Es ist zielführend, wenn auch externe Experten der Gesundheitsförderung – z. B. aus der Sozialversicherung oder externe Prozessbegleiter in der Steuerungsgruppe vertreten sind. Die Steuerungsgruppe sollte aber auch nicht zu groß sein, um handlungsfähig zu bleiben.

*Eine konstituierende Sitzung der Steuerungsgruppe sollte bereits in der Vorprojektphase – wenn die betrieblichen Voraussetzungen für Ihr Gesundheitsförderungsprojekt geklärt sind – erfolgen. Im Rahmen dieser ersten Sitzung sollten Sie die Leitfragen zur Ausgangssituation gemeinsam mit den Steuerungsgruppenmitgliedern erörtern.*



### Praxistipp

Eine maximale Größe von 8-10 Personen hat sich in der Praxis für eine Steuerungsgruppe bewährt.

Folgende Personengruppen können als Mitglieder einer Steuerungsgruppe in Frage kommen:

- ▶ Geschäftsführung/Direktion
- ▶ Führungskräfte
- ▶ Betriebsräte
- ▶ Personalverantwortliche
- ▶ Präventivkräfte
- ▶ Externe Personen (z. B. externe Prozessbegleitung)
- ▶ Projektleitung
- ▶ Bewohnervertreter

**Abb. 6**  
Projektleitung



Die Projektleitung ist Teil des Projektteams und für eine Reihe von Aufgaben zuständig. Die Planung, Steuerung, und das Controlling des Projekts wird von der Projektleitung durchgeführt. Wesentlich ist die Frage der verfügbaren Zeitressourcen. Ein umfassendes Gesundheitsförderungsprojekt, das mehrere Zielgruppen umfasst, kann nicht ohne zusätzliche Zeitressourcen bzw. das Freispielen von anderen Aufgaben qualitativ hochwertig geleitet werden. Die Projektleitung sollte zumindest Grundkenntnisse des Projektmanagements beherrschen. Ein gewisses Eigeninteresse an Gesundheitsförderung sowie die Akzeptanz des Projektleiters im Unternehmen tragen wesentlich zum Erfolg des Projekts bei.



## Praxistipp

Planen Sie sorgfältig die notwendigen Zeitressourcen der Projektleitung. Bauen Sie auch „Zeitpuffer“ ein, die bei unvorhersehbaren Ereignissen oder bei Verzögerungen im Prozess aufgebraucht werden können. Die Projektleitung kann nicht zusätzlich bzw. neben der Routinearbeit geleistet werden. Das Zur-Verfügung-Stellen von Zeitressourcen für die Projektleitung durch die Steuerungsgruppe und/oder durch Vorgesetzte ist essentiell.

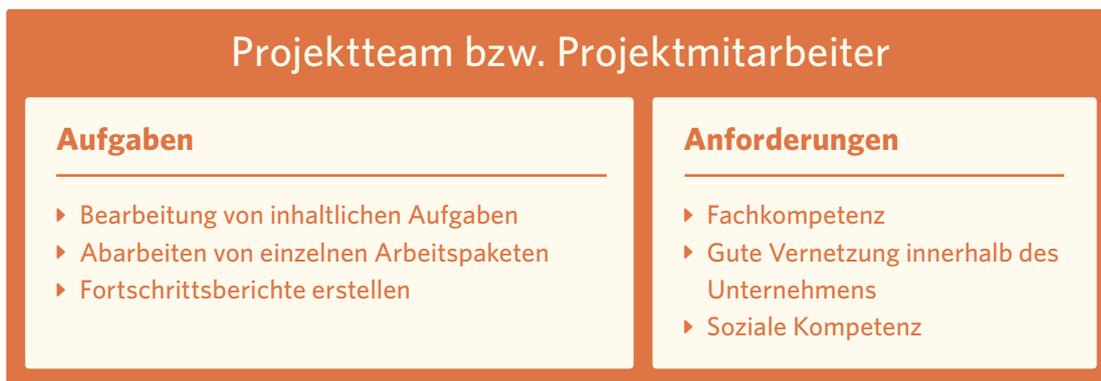


Abb. 7  
Projektteam bzw. Projektmitarbeiter

Das Engagement von unterschiedlichen Personengruppen ist maßgeblich für das Gelingen von ganzheitlichen Gesundheitsförderungsprojekten. Das Einrichten eines operativen Projektteams hat sich bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten bewährt. Das Projektteam kann entweder über die gesamte Projektlaufzeit oder auch nur zeitlich begrenzt für bestimmte Phasen Aufgaben übernehmen.



Abb. 8  
Externe Auftragnehmer

Eine externe Projektbegleitung kann eine wichtige Unterstützung in Gesundheitsförderungsprojekten leisten. Der Vorteil externer Projektbegleitungen besteht vor allem darin, eine externe und neutrale Position einzunehmen. Gerade zu Beginn eines Projekts ist vieles noch unklar – hier können externe Projektbegleiter auf Erfahrungswerte aus anderen Projekten zurückgreifen. Sehr oft wird in Projekten auch die Evaluation extern vergeben. Zum Thema Evaluation planen Sie bitte Details im entsprechenden Kapitel. Auch im Bereich der Maßnahmenumsetzung kann es hilfreich sein, sich externe Expertise zu sichern. Für das Projektbudget sind externe Auftragnehmer natürlich eine wichtige Größe. Es empfiehlt sich – unabhängig von der Aufgabe, die externe Auftragnehmer übernehmen sollen – Angebote von zumindest drei unterschiedlichen Anbietern einzuholen.



## Praxistipp

*Oft bieten die sozialen Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger oder regionale Gesundheitsförderungsträger der Bundesländer Unterstützungsleistungen an.*

### Zielgruppen

Es gibt unterschiedliche Zielgruppen, die Adressaten eines Gesundheitsförderungsprojekts in einem Seniorenwohnhaus sein können:

- ▶ Mitarbeiter (hauptamtliche sowie ehrenamtliche)
- ▶ Management des Unternehmens
- ▶ Bewohner
- ▶ Angehörige.

Die Entscheidung, welche Zielgruppen in welcher Intensität angesprochen werden sollen, ist eine Frage, die im Rahmen der Steuerungsgruppe zu klären ist. Beachten Sie hierzu aber die Förderbedingungen des FGÖ (siehe auch Kapitel 1)

### Financiers bzw. Fördergeber

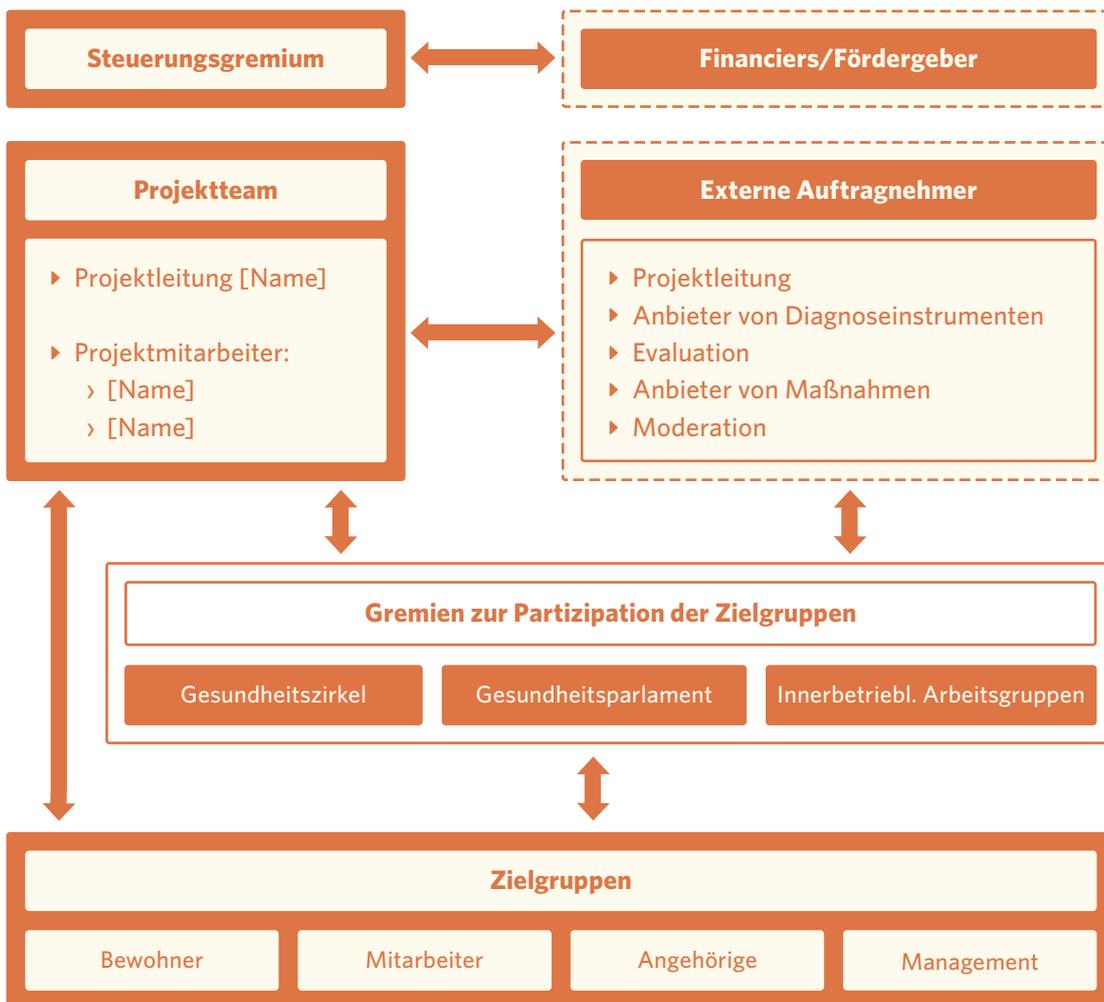
In Österreich ist der Fonds Gesundes Österreich ein wichtiger Fördergeber ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)). Darüber hinaus gibt es in manchen Bundesländern auch die Möglichkeit über regionale Gesundheitsförderungsstrukturen Förderungen zu erhalten. Erkundigen Sie sich auch bei ihrem sozialen Krankenversicherungsträger bzw. bei Ihrem Unfallversicherungsträger, welche konkreten Unterstützungsangebote für Sie nützlich sein können.

Diese unterschiedlichen Projektrollen stehen in einer hierarchischen Ordnung zueinander.



## Praxistipp

Stellen Sie die Aufbauorganisation in einem Aufbauorganigramm graphisch dar. Dies ermöglicht allen Projektbeteiligten sich rasch einen Überblick zu verschaffen, wie die Kommunikations- und Entscheidungswege in Ihrem Projekt geregelt sind. Die folgende Grafik zeigt, wie ein mögliches Aufbaudiagramm aussehen könnte.



**Abb 9**  
Beispiel Projektaufbauorganisation

## Toolbox



Der Fonds Gesundes Österreich hat weiterführende Unterlagen erstellt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete EXCEL-Datei zu öffnen.

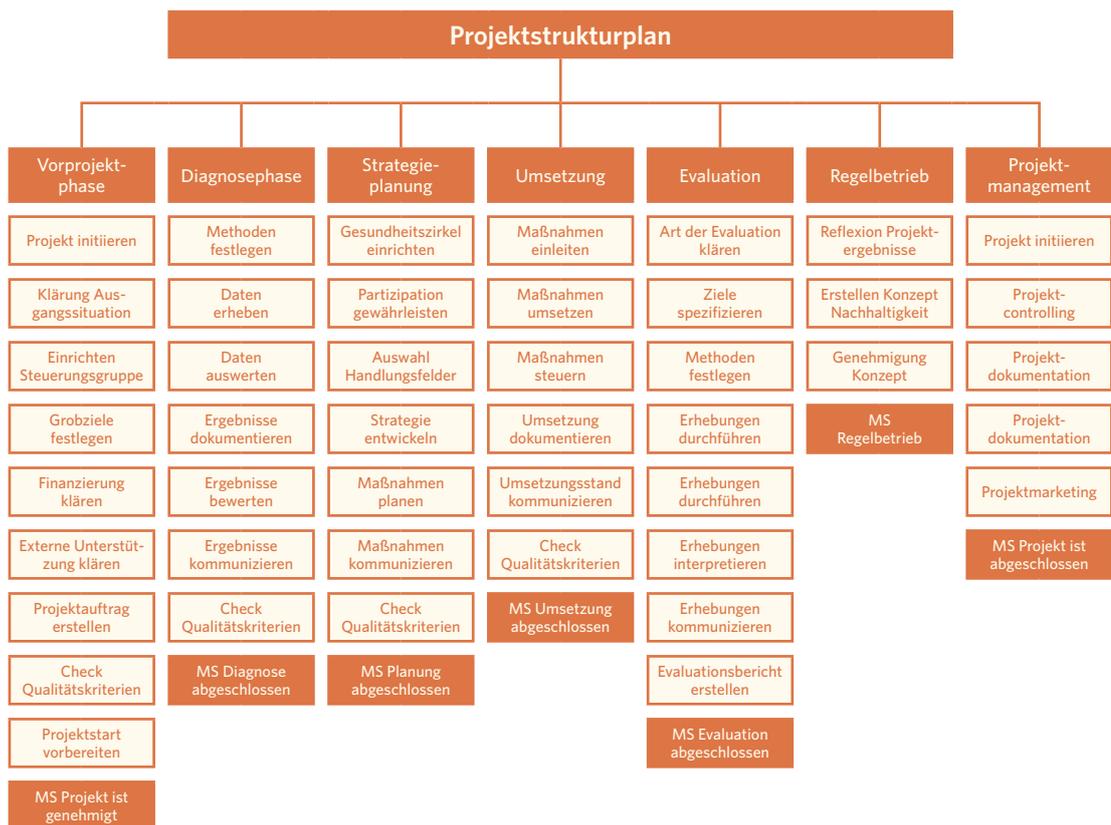


### 4.3.5 Ablauforganisation

Die Ablauforganisation bietet Hilfestellungen zur Beurteilung, wann von wem welche Arbeiten erledigt werden sollen. Bei der Planung der Ablauforganisation ist es hilfreich, zuerst einen groben Projektstrukturplan zu erstellen. Der Projektstrukturplan gibt einen Überblick über das Projekt und gliedert es in überschaubare Teilprojekte und Arbeitspakete. Der Projektstrukturplan bildet die Grundlage für die Planung von Terminen, Meilensteinen und Ressourcen.

Ein möglicher Projektstrukturplan könnte wie folgt aussehen:

Abb. 10  
Bsp. Projektstrukturplan



In einem nächsten Schritt beschreiben Sie die einzelnen Arbeitspakete genauer. Die Beschreibung der Arbeitspakete sollte zumindest folgende Inhalte haben:

- ▶ Name des Arbeitspakets
- ▶ Ziel des Arbeitspakets
- ▶ Verantwortlich für die Abarbeitung des Arbeitspakets
- ▶ Notwendige Berichte/Entscheidungen für die Abnahme des Arbeitspakets
- ▶ Benötigte Zeitdauer
- ▶ Grobschätzung der Kosten (Personalkosten, Sachkosten)
- ▶ Notwendige Arbeitsschritte.

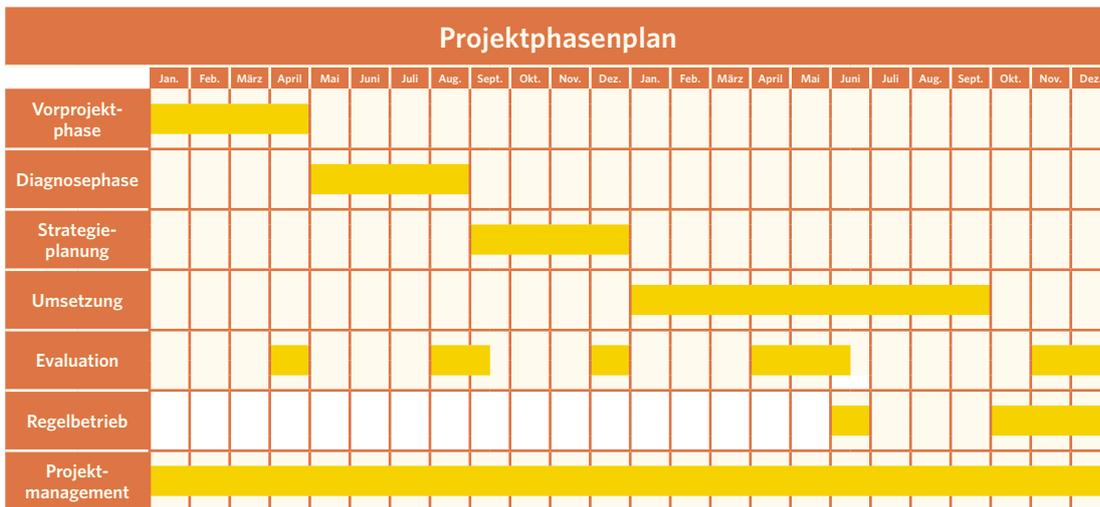
Wenn Sie die einzelnen Arbeitspakete beschrieben haben, können Sie einen ersten groben Projektphasenplan erstellen. Achten Sie bei der Erstellung auch auf Abhängigkeiten der einzelnen Arbeitspakete. Gewisse Arbeitsschritte können erst erledigt werden, wenn ein vorhergegangenes Arbeitspaket bereits abgeschlossen ist.



### Praxistipp

*Planen Sie auch immer Zeitpuffer ein. Es passiert in einem Projekt immer etwas Unvorhersehbares. Durch das Einplanen von Zeitpuffern lassen sich Verzögerungen einzelner Projektschritte vermeiden.*

Ein Projektphasenplan könnte wie folgt aussehen:



**Abb. 11**  
Beispiel Projektphasenplan

## Toolbox



Der Fonds Gesundes Österreich hat weiterführende Unterlagen als Vorlage für einen Projektablaufplan erstellt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete EXCEL-Datei zu öffnen.



### 4.3.6 Evaluation

Evaluation bedeutet die systematische Untersuchung des Nutzens eines Gegenstands/Vorgangs, z. B. eines Projekts. Sie sollte nicht als „Kontrolle“ verstanden werden, sondern sollte vor allem dazu dienen, für die Projektumsetzer und hinsichtlich des Projekterfolgs wesentliche Fragestellungen zu beantworten. In diesem Sinn sind Evaluationen Teil des Qualitätsmanagements für das Projekt, wodurch v. a. Lernen und Weiterentwicklung ermöglicht werden kann.

Fragestellungen einer Evaluation sind:

- ▶ Haben wir die gesetzten Ziele erreicht?
- ▶ Welche Projektaktivitäten sind/waren besonders erfolgreich?
- ▶ Wie können wir unsere Zielgruppe noch besser erreichen?
- ▶ Was sollten wir anpassen, um unsere Ziele noch besser zu erreichen?
- ▶ Externe Evaluation oder interne Evaluation/Selbstevaluation?

Je nach Herkunft der Evaluatoren kann man zwischen externer und interner Evaluation eines Projekts unterscheiden.

Die externe Evaluation wird durch beauftragte außenstehende Fachpersonen oder Institutionen durchgeführt.

Die interne Evaluation kann von Mitgliedern der eigenen Organisation durchgeführt werden, welche nicht in das Projekt involviert sind. Häufiger ist jedoch die interne Evaluation durch die Projektverantwortlichen selbst – in diesem Fall spricht man von Selbstevaluation.

Möglich sind auch Mischformen, z. B. eine unterstützte Selbstevaluation, bei der sich die Projektverantwortlichen für einzelne Evaluationsschritte fachliche Unterstützung von außen holen. Um zu entscheiden, ob entweder eine externe Evaluation oder eine Selbstevaluation sinnvoller ist, sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- ▶ Gibt es im Projektteam oder in der Organisation Erfahrungen mit der Durchführung von Evaluationen bzw. mit sozialwissenschaftlichen Methoden?
- ▶ Wie komplex sind die Fragestellungen, die wir durch die Evaluation beantworten möchten?
- ▶ Wie viel Zeit können wir in die Evaluation investieren?

- ▶ Welche finanziellen Ressourcen sind für die Evaluation vorgesehen?
- ▶ Könnte eine Selbstevaluation zu Rollenkonflikten führen?<sup>5</sup>

In Ihrem Projektauftrag sollten Sie zumindest ein nachvollziehbares Evaluationskonzept darlegen.



Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Evaluationskonzept zu Beginn des Projekts entwickelt und im Projektverlauf weiter entwickelt. Dieses Evaluationskonzept kann als Anhaltspunkt für Ihre Evaluation dienen. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.

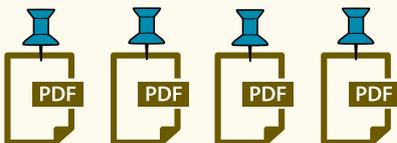


## Toolbox

Ob Sie eine externe Evaluation oder Selbstevaluation durchführen, hängt auch davon ab, ob Sie eine Förderung für Ihr Projekt beantragen und wie hoch die Förderung ist.



## Praxistipp



Der Fonds Gesundes Österreich hat weiterführende Unterlagen zum Thema Evaluation erstellt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die jeweiligen Pinnadeln, um die eingebetteten PDF-Dateien zu öffnen.



## Toolbox

### 4.3.7 Projektbudget

Die Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten benötigt natürlich angemessene Ressourcen. Ein Projektauftrag beinhaltet detaillierte Angaben zu allen Aufwänden (z. B. finanzielle und personelle Ressourcen, Sachmittel) sowie Erträgen (z. B. finanzielle Eigenmittel, Drittmittel bzw. Förderungen).

<sup>5</sup> Basiswissen Evaluation – FGÖ Projektguide,

[http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Basiswissen\\_Evaluation.pdf](http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Basiswissen_Evaluation.pdf)

## Praxistipp



*In Österreich existieren unterschiedliche Förderstellen für Gesundheitsförderungsprojekte. Die bekannteste Förderinstitution ist der Fonds Gesundes Österreich ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)). Erkundigen Sie sich aber auch nach regionalen Fördermöglichkeiten (Gesundheitsreferat bzw. Sozialreferat Ihres Bundeslandes, Gemeinde, Sozialversicherungsträger).*

Bei der Erstellung eines Projektbudgets muss unter anderem geklärt werden, auf welche Ressourcen der Trägerorganisation zugegriffen werden kann (z. B. Sitzungsräume, Sekretariat) und welche extern beschafft werden müssen. Dies beinhaltet auch die Frage nach den fachlichen Qualifikationen: Welche fachlichen Ressourcen braucht es im Projekt? Welche davon können intern abgedeckt werden und welche müssen zusätzlich akquiriert und vergütet werden?

## Praxistipp



*Da Projekte in der Gesundheitsförderung, wie alle anderen Projekte auch, meist nicht exakt nach Plan verlaufen, lohnt es sich, eine Reserve für Unvorhergesehenes einzuplanen. Meistens wird der Zeitaufwand unterschätzt – budgetieren Sie hier nicht zu knapp bzw. planen Sie Zeitpuffer ein.*

Obwohl es schwierig ist, zu Beginn eines Projekts den genauen Arbeitsaufwand für die einzelnen Teammitglieder zu bestimmen, lohnt sich eine detaillierte Kalkulation. Anhand einer Checkliste Budgetierung können Sie überprüfen, ob bei der Berechnung des Budgets die wichtigsten kostenrelevanten Punkte berücksichtigt worden sind.

Die Checkliste Budgetierung umfasst folgende Elemente:

- ▶ Personalaufwand: detaillierte Aufwände der Projektleitung, der Projektmitarbeitenden und des Sekretariats auf Basis der Anzahl Tage und der Tagessätze.
- ▶ Betriebs- und Sachaufwand für Sitzungen, Tagungen und Veranstaltungen, Leistungsaufträge an Dritte, Warenaufwand, Öffentlichkeitsaufwand, Aufwände für Maßnahmen.

Kalkulieren Sie anhand Ihres Projektstrukturplans bzw. der Arbeitspaketbeschreibungen für jedes Arbeitspaket gesondert die benötigten Ressourcen. Ein Soll-Ist Vergleich erleichtert Ihnen auch das laufende Kostencontrolling während des Projekts.

Projektkostenplan				
Arbeitspaket	Kostenart	Plankosten	Ist-Kosten	Abweichung
	Personalkosten			
	Sachkosten			
	Fremdkosten			
	Sonstige Kosten			
	<b>GESAMT</b>			
	Personalkosten			
	Sachkosten			
	Fremdkosten			
	Sonstige Kosten			
	<b>GESAMT</b>			
<b>Projektkosten</b>				

**Abb. 12**  
Beispiel Projektkostenplan

Als letzten Arbeitsschritt erstellen Sie aus dem Projektkostenplan sowie den geplanten Einnahmen ein Gesamtbudget für Ihr Projekt. Eine übersichtliche Gliederung – z. B. nach Projektphasen – erleichtert auch das Ansuchen um Förderungen, da der Fördergeber sich rasch einen Überblick verschaffen kann.



*Der Fonds Gesundes Österreich hat weiterführende Unterlagen zum Thema Projektbudget erstellt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete EXCEL-Datei zu öffnen.*



## Toolbox

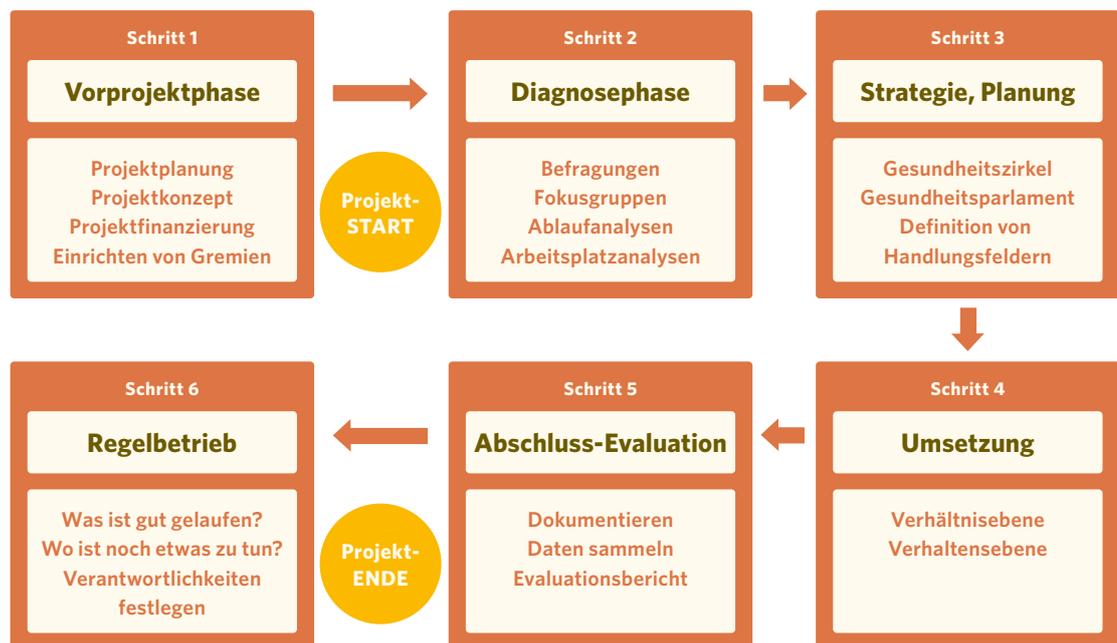
## 4.4 Projektstart

Im Rahmen des Projektstarts informieren Sie die Zielgruppen erstmals umfassend über Ihr Gesundheitsförderungsprojekt.

Gratulation! Sie haben die Vorprojektphase bereits hinter sich und wichtige Bereiche wie die Projektziele, das Projektbudget, der Ablaufplan und auch die Rollenverteilungen sind geplant.

Sehen wir uns nochmals kurz den Planungszyklus Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus an:

Abb. 13  
Planungszyklus Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus



Der Projektstart ist zwar keine eigene Projektphase, muss aber trotzdem sorgfältig geplant werden. Dies geschieht im Idealfall gemeinsam mit der Steuerungsgruppe.

Bevor Sie mit der Diagnosephase beginnen, müssen Sie die Zielgruppen über Ihr Gesundheitsförderungsprojekt informieren. Folgende Informationen sollten im Rahmen einer **Kick-Off-Veranstaltung** vermittelt werden:

- ▶ Welche Ziele verfolgen Sie mit dem Projekt?
- ▶ Wie lange wird das Projekt dauern?
- ▶ Was ist im Rahmen des Projekts für die einzelnen Zielgruppen zu erwarten?
- ▶ Was sind die nächsten Schritte?



## Praxistipp

*Organisieren Sie einen Wettbewerb für den kreativsten Projektnamen. Dies sollte vor der Kick-Off-Veranstaltung passieren. Alle Zielgruppen können sich daran beteiligen - so machen Sie die Menschen in Ihrem Unternehmen neugierig auf das Projekt. Die Prämierung des besten/kreativsten Projektnamens können Sie im Rahmen der Kick-Off-Veranstaltung vornehmen.*



# 5 Diagnosephase

---

Die genaue Analyse und Diagnose der gesundheitsrelevanten Ausgangslage in einem Seniorenwohnhaus bildet den Grundstock für später folgende gesundheitsförderliche Maßnahmen. Grundsätzlich sollte folgender Leitsatz immer berücksichtigt werden: Keine Aktion ohne Diagnose! Für die unterschiedlichen Zielgruppen gibt es auch unterschiedliche Diagnosemethoden und Instrumente.

---

In Ihrem Projektkonzept haben Sie unterschiedliche Zielgruppen für Ihr Gesundheitsförderungsprojekt definiert. Für diese unterschiedlichen Zielgruppen stehen auch unterschiedliche Diagnoseinstrumente zur Verfügung. Dies können zum Beispiel

- ▶ schriftliche und/oder mündliche Befragungen,
- ▶ Fokusgruppen,
- ▶ Analyse von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen,
- ▶ Fehlzeitenanalysen,
- ▶ Altersstrukturanalysen

sein.

*Häufig wird ein Gesundheitsförderungsprojekt von den unterschiedlichen Zielgruppen in der Diagnosephase erstmals wirklich wahrgenommen. Deswegen ist eine gute Planung der Diagnosephase auch in Hinblick auf die positive Wahrnehmung eines Gesundheitsförderungsprojekts und für die interne Kommunikation von großer Bedeutung.*



**Praxistipp**

In den folgenden Abschnitten werden Ihnen unterschiedliche Diagnoseinstrumente und Diagnosemethoden vorgestellt.

## 5.1 Zielgruppe: Management

Zur Beurteilung des Entwicklungsstandes von Gesundheitsförderungsstrukturen und -aktivitäten in Altenbetreuungseinrichtungen aus der Sicht des Managements wurde im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** ein Fragebogen entwickelt, der kostenfrei zur Verfügung steht. Dieser Fragebogen enthält folgende Dimensionen:

- A. Status und Möglichkeiten zur Entwicklung von Gesundheitsförderung
- B. Kooperationen mit Akteuren in der Umwelt
- C. Gesundheitsförderung für Mitarbeiter
- D. Gesundheitsförderung für Bewohner
- E. Gesundheitsförderung für Angehörige der Bewohner



### Praxistipp

*Der Fragebogen für das Management eignet sich besonders zu Beginn des Projekts um einen Überblick über gesundheitsförderliche Aktivitäten Ihres Hauses zu bekommen.*



### Toolbox

*Im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein eigener Fragebogen für das Management entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.*

*Für nähere Informationen bzw. Auswertung kontaktieren Sie bitte das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung: [www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at)*



## 5.2 Zielgruppe: Mitarbeiter

Für die Zielgruppe der Mitarbeiter stehen die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erprobten Instrumente wie:

- ▶ Gesundheitsbezogene Fragebögen,
- ▶ Fehlzeitenanalyse,
- ▶ Altersstrukturanalyse,
- ▶ Arbeitsplatzanalysen

zur Verfügung.

## 5.2.1 Gesundheitsbezogener Fragebogen

Die gängigste Methode um die gesundheitsbezogene Ausgangslage der Mitarbeiter zu erheben ist ein gesundheitsbezogener Fragebogen. Üblicherweise weist dieser Fragebogen folgende Kategorien auf:

- ▶ Arbeitsbedingungen
- ▶ Belastungen und Ressourcen
- ▶ Kooperationsbeziehungen
- ▶ Entwicklungsmöglichkeiten
- ▶ Gesundheitszustand
- ▶ Gesundheitsrelevanter Lebensstil
- ▶ Selbsteinschätzung
- ▶ Arbeitszufriedenheit
- ▶ Gesamteinschätzung
- ▶ Statistischer Teil

Sie können gemeinsam mit der Steuerungsgruppe entscheiden, welche dieser Kategorien für Ihr Projekt wichtig sind.

*Die Wahrung der Anonymität ist sehr wichtig, wenn Sie ehrliche Antworten bekommen bzw. eine hohe Rücklaufquote erreichen wollen.*



### Praxistipp

Natürlich wollen die Mitarbeiter auch eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Befragung bekommen. Diese können Sie entweder schriftlich in Form eines Gesundheitsberichts, oder in Form einer Präsentation im Rahmen einer Mitarbeiterveranstaltung geben.

Der gesundheitsbezogene Fragebogen sollte auch am Ende des Projekts nochmals eingesetzt werden, um Veränderungen durch das Projekt messen zu können.

## Toolbox



Im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein eigener Fragebogen für das Setting Seniorenwohnhaus erstellt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.

Für nähere Informationen bzw. Adaptierungen und/oder Auswertungen kontaktieren Sie bitte das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung: [www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at)



### 5.2.2 Fehlzeitenanalyse

Zwar sind grundsätzlich Daten über Fehlzeiten in Ihrem Haus in der Personalabteilung vorhanden, diese Daten geben aber keine konkreten Hinweise über die Ursachen von Fehlzeiten. Eine Krankenstandsauswertung kann bei Ihrem Sozialversicherungsträger in Auftrag gegeben werden.

Diese Auswertungen sind anonym – es können keine Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiter getroffen werden!

## Praxistipp



Informieren Sie die Mitarbeiter über die Modalitäten einer Krankenstandsauswertung und weisen Sie besonders auf die Anonymität hin.

## Toolbox



Weiterführende Informationen zu einer Krankenstandsauswertung finden Sie bei den Regionalstellen des Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung:

<http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701065&action=2&viewmode=content>

### 5.2.3 Altersstrukturanalyse

Der demografische Wandel in Österreich hat vielfältige Auswirkungen auf Gesellschaft und Arbeitswelt. Sicher ist, dass Betriebe künftig mit einer älteren Belegschaft wettbewerbsfähig und produktiv sein müssen und sich zudem auf einen verstärkten Fachkräfteengpass einstellen müssen.

Es ist von hoher Bedeutung, dass Betriebe die demografisch bedingten Herausforderungen frühzeitig erkennen und in ihren Planungen berücksichtigen. Ein erster und wichtiger Schritt dazu ist die systematische Analyse der aktuellen und zukünftig erwarteten Altersstruktur im Betrieb.<sup>6</sup>



## Toolbox

*Die Wirtschaftskammer Österreich hat ein Online-Tool zur Altersstrukturanalyse entwickelt. Dieses Tool können Sie kostenlos unter folgendem Link downloaden:  
[https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Standort-und-Innovation/Demografische\\_Entwicklung\\_in\\_Unternehmen.html](https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Standort-und-Innovation/Demografische_Entwicklung_in_Unternehmen.html)*

### 5.3 Zielgruppe: Ehrenamtliche Mitarbeiter

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter stellen eine wichtige Ressource in Altenbetreuungs- und Pflegeeinrichtungen dar. Ehrenamtliche Mitarbeiter können auch angehörigensähnliche Rollen übernehmen, insbesondere, wenn der Bewohner keine Angehörigen mehr hat bzw. kaum bis kein Kontakt vorhanden ist. Die Gruppe der ehrenamtlichen Mitarbeiter können in der Phase der Bedarfserhebung auch in Form einer Fokusgruppe einbezogen werden.

Die Hauptfragestellungen in Fokusgruppen mit ehrenamtlichen Mitarbeitern sind das Erörtern von Gründen für die ehrenamtliche Mitarbeit, von Bereichen, in denen sich ehrenamtliche Mitarbeiter in den Einrichtungen bei ihrer Arbeit unterstützt bzw. belastet fühlen, der Grad der gefühlten Partizipation und welche Veränderungswünsche ehrenamtliche Mitarbeiter sehen.



## Toolbox



*Im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Leitfaden für eine Fokusgruppe für ehrenamtliche Mitarbeiter entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.*

<sup>6</sup> [https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Standort-und-Innovation/Demografische\\_Entwicklung\\_in\\_Unternehmen.html](https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Standort-und-Innovation/Demografische_Entwicklung_in_Unternehmen.html)

## 5.4 Zielgruppe: Angehörige

Eine Zielgruppe des Projekts sind die Angehörigen der Bewohner, als mitbetroffene Population und wichtige Koproduzenten der Betreuungsqualität und damit auch wichtig für das Wohlbefinden der Bewohner. Des Weiteren sind Angehörige ein Verbindungsglied der Bewohner zur Außenwelt, zu Freunden und anderen Verwandten. Als Angehörige werden all jene Personen bezeichnet, die eine häufige bzw. verpflichtende Nähe zu den Bewohnern haben, also z. B. auch Lebensgefährten oder Freunde. Probleme, die in Zusammenarbeit oder auch Nicht-Zusammenarbeit entstehen können, sind:

- ▶ Schuldgefühle von Seiten der Angehörigen bezogen auf die Bewohner
- ▶ Kommunikationsprobleme zwischen Pflegepersonen und Angehörigen
- ▶ Konflikte zwischen Mitarbeitern und den Angehörigen
- ▶ Fehlende Information für Angehörige
- ▶ Belastungen der Angehörigen
- ▶ Belastungen der Mitarbeiter
- ▶ Ungenügender Einbezug der Angehörigen in die Einrichtung bzw. in den Alltag der Bewohner
- ▶ Unzufriedenheit der Bewohner führt zu Unzufriedenheit der Angehörigen
- ▶ Probleme beim Einzug in das Wohnhaus führen zu einer schlechten Vertrauensbasis
- ▶ Probleme bei Vertrauensbildung
- ▶ Keine Möglichkeit in der Einrichtung über Probleme zu sprechen, Belastungen loszuwerden
- ▶ Änderungswünsche bzw. Bitten werden nicht berücksichtigt

Diese möglichen Problemlagen können im Rahmen von Fokusgruppen erörtert werden. Dabei diskutieren, je nach Größe der Einrichtung, eine oder mehrere repräsentative Gruppen von Angehörigen (5–8 Personen) in strukturierter Form über diese möglichen Problemlagen. Ein Moderator steuert diese Diskussion anhand von vorab bestimmten Leitfragen.

Für die Auswahl des Moderators gelten folgende Grundregeln:

- ▶ Moderatoren steuern das Gespräch im Hinblick auf Fragestellung, Fokus und Ziel des Projekts und halten eine rege Diskussion aufrecht.
  - > Sie nehmen nicht die Rolle des Experten ein.
  - > Sie nehmen nicht die Rolle eines Teilnehmers mit persönlicher Meinung ein.
- ▶ Die Diskussion wird anhand des Leitfadens gelenkt.
- ▶ Moderatoren sollten einen inhaltlichen Background sowie soziale und kommunikative Fähigkeiten besitzen.

Um die unterschiedlichen möglichen Problemlagen strukturiert zu diskutieren, empfiehlt sich eine Clusterung nach unterschiedlichen Themen. Folgende Leitfragen könnten im Rahmen der Fokusgruppe erörtert werden:

**THEMA 1: Wohlbefinden und Gesundheit der Angehörigen** – Wie geht es Ihnen als Angehöriger von einem Bewohner in dieser Einrichtung?

- ▶ Was erleichtert Ihr Leben?
- ▶ Was empfinden Sie als Belastung?
- ▶ Wo fühlen Sie sich unterstützt / wo belastet?
- ▶ Welche Veränderungswünsche haben Sie?
- ▶ Haben Sie Kontakte zu anderen Angehörigen hier im Haus?

**THEMA 2: Erfahrungen mit der Einrichtung** – Welche Erfahrungen haben Sie als Angehöriger mit dieser Einrichtung bis jetzt gemacht?

- ▶ Wie stark fühlen Sie sich in die Einrichtung / in Entscheidungen miteinbezogen?
- ▶ Welche Erfahrungen haben Sie im Umgang mit den Mitarbeitern?
- ▶ Welche Ansprechpersonen gibt es für Sie als Angehörigen?
- ▶ Haben Sie Kontakt zu ehrenamtlichen Mitarbeitern? Wichtigkeit dieser Gruppe?

**THEMA 3: Serviceleistungen/Informationsmöglichkeiten/Angebote** – Welche Angebote / Serviceleistungen / Informationsmöglichkeiten gibt es für Sie als Angehörigen im Seniorenwohnhaus?

- ▶ Informationsmöglichkeiten
- ▶ Angehörigenabende
- ▶ Fortbildungen
- ▶ Beschwerdestellen
- ▶ Beratungsmöglichkeiten
- ▶ Was würden Sie sich wünschen?

**THEMA 4: Gesundheit der Bewohner** – Wie schätzen Sie die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung bei Bewohnern hier im Haus ein? Was gehört Ihrer Meinung nach zur Gesundheitsförderung im Alter dazu?

- ▶ Was wird in den Häusern Ihrer Meinung nach bereits dazu gemacht?
- ▶ Ein Aktivitätsangebot für die Bewohner
- ▶ Welche Rolle nehmen Ihrer Meinung nach Angehörige in der Gesundheitsförderung ein?

## Toolbox



Im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Leitfaden für eine Angehörigen-Fokusgruppe entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.



## 5.5 Zielgruppe: Bewohner

Die Zielgruppe der Bewohner kann in der Phase der Bedarfserhebung mit unterschiedlichen Instrumenten einbezogen werden. Grundsätzlich empfiehlt sich eine Kombination aus Eigen- und Fremdperspektive, da bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen das Selbstausfüllen eines Fragebogens oft nicht zielführend ist.

Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Fragebogen zur Einschätzung der Eigenperspektive, der mit Unterstützung von Fachpersonal ausgefüllt wird, entwickelt. Dieser beinhaltet folgende Dimensionen:

- ▶ Soziodemographische Grunddaten
- ▶ Psychische, physische Gesundheit und Mobilität
- ▶ Sinnesfunktionen und Hilfsmittel
- ▶ Umgebung/Haus
- ▶ Sicherheit
- ▶ Autonomie
- ▶ Soziale Beziehungen
- ▶ Soziale Netzwerke
- ▶ Angebote und Aktivitäten im Haus.

## Toolbox



Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Fragebogen zur Einschätzung der Eigenperspektive, der mit Unterstützung von Fachpersonal ausgefüllt wird, entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.



Für die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität der Bewohner aus der Fremdbeurteilungsperspektive wurde im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** ebenfalls ein Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen enthält folgende Dimensionen:

- ▶ Selbstständigkeit
- ▶ Mobilität
- ▶ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- ▶ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- ▶ Versorgung
- ▶ Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- ▶ Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
- ▶ Präventionsbedarf
- ▶ Kontakte der Bewohner



*Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Fragebogen zur Einschätzung der subjektiven Lebensqualität aus Fremdbeurteilungsperspektive, entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.*



**Toolbox**



# 6 Strategieentwicklung und Planung von konkreten Maßnahmen

Die Phase der Strategieentwicklung und Planung von konkreten Maßnahmen beschäftigt sich mit der Leitfrage, mit welchen Instrumenten und Strategien die festgestellten gesundheitlichen Probleme bzw. die gesundheitlich belastenden Faktoren der Organisation bearbeitet werden können.

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderungsprozessen ist die Partizipation der Akteure des Settings. Dies bedeutet, dass für die Zielgruppe/n Möglichkeiten vorgesehen sind, sich in Entscheidungsprozesse einzubringen. Für die Zielgruppe der Mitarbeiter hat sich das Instrument der Gesundheitszirkel bereits bewährt. Für die Zielgruppe der Bewohner gibt es noch keine etablierten Instrumente – aus diesem Grund wird in diesem Kapitel das Thema Partizipation kurz aufbereitet, um entsprechende Strategien der Partizipation, die maßgeschneidert auf den Entwicklungsstand Ihres Unternehmens sind, entwickeln zu können.

## 6.1 Partizipation der Zielgruppen<sup>7</sup>

Partizipation bedeutet nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe, also Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. Dazu gehört die Definitionsmacht und somit die Möglichkeit, die Gesundheitsprobleme (mit-)bestimmen zu können, die von gesundheitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen angegangen werden sollen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess einnimmt, umso größer ist seine Partizipation.

Dieses Prinzip geht von der zentralen Forderung der Ottawa-Charta<sup>8</sup> aus, Selbstbestimmung der Bürger als Kern der Gesundheitsförderung zu realisieren.

Partizipation ist kein *Entweder/Oder* sondern ein Entwicklungsprozess. Selbstreflexion und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren vor Ort fördern die Weiterentwicklung der Partizipation in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Partizipation ist je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Zielgruppe unterschiedlich realisierbar.

---

<sup>7</sup> Quelle: <http://partizipative-qualitaetsentwicklung.de>

<sup>8</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

Die Aufgabe besteht darin, die den Bedingungen entsprechend passende Stufe der Partizipation zu finden. Die Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung **Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.** und das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung hat zur besseren Erklärung ein Stufenmodell der Partizipation entwickelt, welches es ermöglicht, die Ausprägung existierender partizipativer Prozesse in der Gesundheitsförderung und Prävention besser zu beschreiben. In vielen Zusammenhängen müssen zunächst Vorstufen der Partizipation realisiert werden, bevor eine umfassende Beteiligung der Zielgruppe an Entscheidungsprozessen möglich ist. Auf der anderen Seite bieten aber zahlreiche Maßnahmen, die sich für partizipativ halten, keine Möglichkeit für eine Beeinflussung der Entscheidungsprozesse und sind daher nicht als partizipativ einzustufen.

**Abb. 14**  
Stufenplan d. Partizipation;  
Quelle: [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de)



Im Folgenden werden am Beispiel der Partizipation der Zielgruppe die einzelnen Stufen erläutert:<sup>9</sup>

Auf der Ebene der Nicht-Partizipation sind verschiedene Varianten vorstellbar. Zwei Ausprägungen sind in der Gesundheitsförderung und Prävention oft anzutreffen:

<sup>9</sup> In Anlehnung an [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de)

### **Stufe 1 – Instrumentalisierung:**

Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen, und die Interessen der Entscheidungsträger stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen (Zielgruppenmitglieder als „Dekoration“).

#### **Beispiele:**

Nur die Bewohner eines Seniorenwohnhauses, die die Ansichten der Entscheidungsträger vertreten, werden nach ihrer Meinung gefragt. Das Ergebnis der Befragung wird als Meinung aller Bewohner dargestellt.

### **Stufe 2 – Anweisung:**

Entscheidungsträger (oft ausgebildete Fachkräfte) nehmen die Lage der Zielgruppe wahr. Ausschließlich auf Grundlage der (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträger werden die Probleme der Zielgruppe definiert und Vorgänge zur Beseitigung oder Linderung der Probleme festgelegt. Die Meinung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträger ist direktiv.

#### **Beispiele:**

Viele herkömmliche Formen der medizinischen, psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Beratung und Behandlung sind dadurch geprägt, dass Fachkräfte die alleinige Verantwortung für die Definition (Diagnose) des Problems und deren Beseitigung tragen. Professionell bestimmte Interventionen in diesem Sinne sind oft notwendig, z. B. im Fall einer akuten Gesundheitsgefahr oder im Fall eingeschränkter Möglichkeiten seitens des/der Betroffenen. Bei den Vorstufen der Partizipation handelt es sich um eine zunehmend starke Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, auch wenn (noch) kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich ist.

### **Stufe 3 – Information:**

Die Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe (aus Sicht der Entscheidungsträger) hat und welche Hilfe sie benötigt: Verschiedene Handlungsmöglichkeiten werden der Zielgruppe für die Beseitigung oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Das Vorgehen der Entscheidungsträger wird erklärt und begründet. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

#### **Beispiel:**

Herkömmliche Aufklärungsarbeit fällt in der Regel unter diese Kategorie. Ob im Rahmen von bundesweiten Kampagnen oder auf Veranstaltungen steht im Vordergrund die Mitteilung von Informationen, die von Experten aufbereitet und vorgestellt werden.

#### **Stufe 4 - Anhörung:**

Die Entscheidungsträger interessieren sich für die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört, haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob ihre Sichtweise Beachtung findet.

##### **Beispiel:**

Die am häufigsten verwendete Form der Anhörung in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Befragung. Ob schriftlich oder mündlich, im Einzel- oder im Gruppengespräch geht es darum, die Situation der Zielgruppe in Erfahrung zu bringen. In der Regel werden die Berichte der einzelnen Personen oder Gruppen anonymisiert und mit den Aussagen von anderen zusammengetragen, um sich ein Bild über die Situation der Zielgruppe zu verschaffen.

#### **Stufe 5 - Einbeziehung:**

Die Einrichtung lässt sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die den Entscheidungsträgern nahe stehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

##### **Beispiel:**

Ein Angehörigenvertreter wird zu einer Vorstandssitzung eingeladen, um die Sichtweise der Angehörigen zu schildern. Bei der „echten“ Partizipation hat die Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

#### **Stufe 6 - Mitbestimmung:**

Die Entscheidungsträger halten Rücksprache mit Vertretern der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den Entscheidungsträgern zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.

##### **Beispiel:**

Die Mitgliedschaft von Vertretern aus der Zielgruppe in Entscheidungsgremien (Vorstand, Beirat, Steuerungsgruppe) ist ein Beispiel der Mitbestimmung. Die Errichtung eines Nutzerbeirates bestehend ausschließlich aus Mitgliedern der Zielgruppe ist eine andere Form der Mitbestimmung. Formale Kooperationen mit Organisationen, die die Interessen der Zielgruppe vertreten, kann auch eine Mitbestimmung der Zielgruppe ermöglichen.

#### **Stufe 7 - Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz:**

Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z. B. bei Mitarbeitern einer Einrichtung.

**Beispiel:**

Eine Einrichtung will das organisierte Freizeitprogramm von betreuten Senioren neu organisieren. Eine Gruppe aus der Zielgruppe wird gebildet, deren Aufgabe es ist, neue Angebote für die Zielgruppe zu entwickeln

**Stufe 8 - Entscheidungsmacht**

Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft mit einer Einrichtung oder anderen Akteuren. Andere Akteure außerhalb der Zielgruppe sind an wesentlichen Entscheidungen beteiligt, sie spielen jedoch keine bestimmende, sondern eine begleitende oder unterstützende Rolle.

**Beispiel:**

Ein Nutzerbeirat in einer Einrichtung regt ein neues Angebot für die Zielgruppe an und übernimmt die Verantwortung für die Planung und Durchführung.

Die letzte Stufe des Modells geht über die Partizipation hinaus. Sie umfasst alle Formen selbst organisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von der Zielgruppe selbst initiiert werden können.

**Stufe 9 - Selbstorganisation:**

Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht die Eigeninitiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig und eigenverantwortlich. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe.

**Beispiele:**

Diese Stufe schließt alle Formen von Initiativen ein, die von Menschen aus der Zielgruppe selbst konzipiert und durchgeführt werden. Diese können formell oder informell als (spontane) Aktion von gleichgesinnten Menschen organisiert werden.

Welche Stufe der Partizipation für die unterschiedlichen Zielgruppen in Ihrem Projekt in Frage kommt, sollten Sie gemeinsam mit den Projektverantwortlichen und Entscheidungsträgern erörtern. Für die Gruppe der Bewohner könnte z. B. ein Gesundheitsparlament eingerichtet werden – die Vertreter dieses Gesundheitsparlaments könnten mit Stimmrecht in die Steuerungsgruppe aufgenommen werden.

Für die Zielgruppe der Mitarbeiter hat sich das Instrument des Gesundheitszirkels bewährt, wobei auch hier die unterschiedlichen Stufen der Partizipation durchlaufen werden können. Die Frage dabei ist, wer letztendlich die Entscheidung trifft, welche Maßnahmen umgesetzt werden.

## 6.2 Partizipation der Mitarbeiter – Gesundheitszirkel<sup>10</sup>

Aufbauend auf den Ergebnissen der Diagnosephase sollten die Mitarbeiter in die Planung der Maßnahmen einbezogen werden. Dies wird im Rahmen von Gesundheitszirkeln gewährleistet. Gesundheitszirkel sind betriebliche Arbeitsgruppen (Kleingruppen), in denen Arbeitnehmer gemeinsam Gesundheitsrisiken in der Arbeit aufdecken, die Ursachen hinterfragen und Veränderungsvorschläge zum Abbau von Arbeitsbelastungen entwickeln. Das Besondere an Gesundheitszirkeln ist, dass sich Beschäftigte selbst Gedanken über ihre eigene Gesundheitssituation machen und vor dem Hintergrund ihrer konkreten Berufserfahrungen Vorstellungen entwickeln, wie man die Arbeit gesundheitschonender gestalten könnte. Das Ziel von Gesundheitszirkeln besteht zum einen darin, konkrete umsetzbare Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln, die teilweise erst im Nachgang der Zirkelarbeit umgesetzt werden können. Insofern können die Zirkel dazu dienen, umfassendere gesundheitsbezogene Umsetzungsaktivitäten im Betrieb anzustoßen. Zum anderen fördern sie die Diskussion und Auseinandersetzung mit Gesundheitsrisiken und können damit auch unmittelbar Veränderungen gesundheitsriskanter Einstellungen und Verhaltensweisen bei den Beteiligten bewirken.<sup>11</sup>

Die Gesundheitszirkel bilden sich im Auftrag der Steuerungsgruppe der Gesundheitsförderung im Betrieb und treten in ihrem Auftrag zusammen. Sie arbeiten daher im Interesse der Beschäftigten und des Unternehmens. Sie haben die Aufgabe, in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich

- ▶ jene Faktoren zu identifizieren, die die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten negativ beeinflussen,
- ▶ diese Faktoren zu analysieren und Vorschläge zu erarbeiten, wie die Situation verbessert werden könnte.

Dabei wird nach einem 4-Stufen-Konzept vorgegangen:

1. Ermittlung von gesundheitsbelastenden und -gefährdenden Arbeitssituationen und Arbeitsabläufen, d. h. Sammlung aller als beanspruchend empfundenen Arbeitsaspekte
2. Herstellen eines Beschwerden- und Belastungszusammenhangs, d. h. Ermittlung der gesundheitlichen Beschwerden, die die Beschäftigten in unmittelbarer Verbindung mit bestimmten Arbeitssituationen wahrnehmen
3. Erarbeiten verhältnis- und verhaltensbezogener Verbesserungsvorschläge, d. h. Entwickeln technischer, organisatorischer und personenbezogener positiver Änderungsvorschläge für die als beschwerderelevant identifizierten Arbeitssituationen
4. Einbringen der Ergebnisse in die Steuerungsgruppe des Gesundheitsförderungsprojekts

---

<sup>10</sup> Quelle: Dieses Subkapitel wurde im Wesentlichen vom Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung übernommen -  
Siehe: [www.netzwerk-bgf.at](http://www.netzwerk-bgf.at)

<sup>11</sup> Quelle: [www.wgkk.at](http://www.wgkk.at)

Es macht für Mitarbeiter auf Dauer nur dann Sinn, sich in derartigen Arbeitsgruppen zu engagieren, wenn die Resultate der Arbeit in ihrem Sinn verwertet und umgesetzt werden. Vorab ist es zwar in keinem Unternehmen möglich, die Realisierung aller Vorschläge zuzusagen: In jedem Fall ist ein konstruktiver Umgang mit den Ergebnissen und ihre rationale Diskussion zu vereinbaren. Vor allem dann, wenn sie in abgewandelter Form oder gar nicht umgesetzt werden, muss dies von den Verantwortlichen begründet werden.

### 6.2.1 Wer soll im Gesundheitszirkel mitarbeiten?

Gesundheitszirkel setzen sich aus Mitarbeitern zusammen, die zueinander in einem für die Problembearbeitung sinnvollen Zusammenhang stehen. Sie arbeiten z. B. im selben Bereich, oder es handelt sich um eine Berufsgruppe (z. B. diplomierte Pflege). Sinnvoll sind auch Gesundheitszirkel von Personen, die in verschiedenen Arbeitsbereichen eingesetzt werden, aber in der Arbeitsorganisation voneinander abhängig sind.

Der „ideale“ GZ-Teilnehmer kennt folglich das Unternehmen und ist offen für neue Ideen. Er interessiert sich für Gesundheit und hat einen „guten Draht“ zu den Kollegen.

In welchen Bereichen überhaupt Gesundheitszirkel gestartet werden und welcher Teilnehmerkreis eingeladen wird, entscheidet die Steuerungsgruppe. Eine vorherige Bestandsaufnahme von Gesundheits- und Sicherheitsproblemen bildet dafür die geeignete Basis.

### 6.2.2 Mögliche Varianten von Gesundheitszirkeln

Gesundheitszirkel leiten sich aus Qualitätszirkeln ab. Ende der Achtziger Jahre des 20. Jh.s wurden in der BRD gleichzeitig zwei verschiedene Modelle von Gesundheitszirkeln entwickelt und in die Praxis umgesetzt:

- ▶ Homogen zusammengesetzter Gesundheitszirkel: **Berliner** bzw. **Hannoveraner Modell**
- ▶ Inhomogen, hierarchieübergreifend zusammengesetzter Gesundheitszirkel: **Düsseldorfer Modell**

### Berliner Modell

Gleichartige Zusammensetzung auf einer hierarchischen Ebene (z.B. gewählte Beschäftigte einer Arbeitsgruppe/Abteilung, jedoch üblicherweise ohne Vorgesetzte):

- ▶ Der Erfahrungsaustausch ist ohne Druck durch Vorgesetzte möglich. Diese Zirkel eignen sich daher besonders gut zur Problembeschreibung aus der Sicht der Betroffenen.
- ▶ Ziele bzw. Vorteile bestehen in der Möglichkeit, festgefahrene Wahrnehmungs- und Kommunikationsstrukturen vorsichtig aufzulösen und die Beteiligten in einen fruchtbaren Dialog bringen zu können. Auch das Thematisieren von gesundheitsgerechtem Verhalten, psychosozialen Belastungen, Problemen mit dem Führungsverhalten der Vorgesetzten oder der Arbeitsorganisation u. a. sind leichter möglich.
- ▶ Positiver Nebeneffekt: Die Teilnehmenden werden automatisch zu Multiplikatoren in ihrem Arbeitsbereich.
- ▶ Detaillierte Mängel werden meist nicht so gut erfasst. Daher sind eventuell Ergänzungen zum Erstellen einer genauen Mängelliste notwendig.

### Düsseldorfer Modell

Gemischte Kleingruppe aus vier bis fünf gewählten Beschäftigten eines Arbeitsbereiches, mehrere hierarchische Ebenen:

- ▶ Analyse der Gesundheitssituation aufgrund der Diagnosephase
- ▶ Ziel ist eine quantitative Behandlung aller gesundheitlich negativ erlebten Arbeitsanforderungen. Ein möglicher Vorteil liegt darin, dass erarbeitete Lösungsvorschläge unterschiedliche Perspektiven wiedergeben und direkt im Zirkel auf ihre Durchführbarkeit überprüfbar sind. Gemeinsam gefundene Lösungen sind besonders tragfähig.
- ▶ Allerdings könnten durch Vorurteile bzw. Vorbehalte der verschiedenen Hierarchieebenen ev. bestimmte Sachverhalte nicht bzw. nicht offen genug angesprochen und behandelt werden.

Die personelle Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels sollte während seiner Laufzeit nicht verändert werden. Ausfall oder Wechsel von Mitgliedern stört die Arbeitsfähigkeit der ganzen Gruppe. Die Teilnehmenden müssen sich daher verpflichten, an allen Sitzungen teilzunehmen. Die optimale Größe für Arbeitsgruppen dieser Art sind fünf bis zehn Personen. Größere Gruppen werden unüberschaubar, außerdem wird in ihnen die Verständigung schwieriger und die Möglichkeit, sich einzubringen, für einzelne Mitglieder immer geringer.

Für die Sitzungen benötigen die Gesundheitszirkel einen abgeschlossenen Raum und die entsprechenden Arbeitsmaterialien (Tafel mit Flip-Chart-Papier, Metaplanmaterialien).

### 6.2.3 Moderation der Gesundheitszirkel

Gerade Personen, die in der betrieblichen Hierarchie weiter unten stehen, tun sich zumindest anfänglich schwer, in einer derartigen Arbeitsgruppe mitzuarbeiten. Eine Moderation sorgt dafür, dass alle Teilnehmenden gut zu Wort kommen, dass Themen nicht unter den Tisch fallen, dass sich die Gruppe nicht verzettelt. Der Moderator der Gruppendiskussion sorgt für die Einhaltung von Gesprächsregeln und eine angstfreie Atmosphäre.

- ▶ Funktion der Moderation:
  - › Einordnen unterschiedlicher Sichtweisen und Interessen
  - › Eventuell Vermittlung zwischen Expertenwissen und Erfahrungswissen der Beschäftigten
  - › Dokumentation der Ergebnisse
- ▶ Anforderungen an die Moderation:
  - › Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung, Weiterbildung)
  - › Neutrale Haltung gegenüber Sichtweisen, Interessen
  - › Offenheit und Einfühlungsvermögen
  - › Akzeptanz bei den Beschäftigten

Ob die Person von außerhalb (KV-Träger, Freiberufliche, usw.) oder innerhalb des Betriebes kommt, kann je nach Projekt entschieden werden. Moderation erfordert jedenfalls Vertraulichkeit beim Umgang mit Informationen aus der Gruppe, deswegen kann es von vornherein günstiger sein, eine externe Moderation zur Verfügung zu stellen oder zu vermitteln. Geklärt werden muss in diesem Fall die Kostenfrage. Sollen Personen aus dem Betrieb selbst für die Moderation eingesetzt werden, ist für ihre Ausbildung zu sorgen.



**Abb. 15**  
Vor- und Nachteile interner bzw. externer Moderation

Wesentlichste Voraussetzungen sind die Akzeptanz und das Vertrauen der Belegschaftsmitglieder sowie des Projektteams!

## Praxistipp



Der Fonds Gesundes Österreich bietet Ausbildungen für Gesundheitszirkelmoderatoren an. Nähere Informationen finden Sie unter [www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)

Wenn sich der Zirkel zum ersten Mal trifft, ist es notwendig, die Teilnehmenden über diese Form der Arbeit zu informieren, weil sie häufig nicht gewohnt sind, in Gesprächsgruppen Ergebnisse zu erarbeiten. Die Moderation kann dafür zum Einstieg Regeln erläutern, die sich erfahrungsgemäß als hilfreich für die Arbeit in Gruppen erwiesen haben:

- ▶ Jeder ist Experte auf seinem Gebiet. (Regel gegen autoritäre Haltungen mancher Fachleute).
- ▶ Jeder hat die Möglichkeit, seine Meinung frei zu äußern und auszureden.
- ▶ Meinungen sollen nicht der Person angelastet werden (Unbequeme Meinungen sollen nicht zu Nachteilen führen).
- ▶ Was in der Gruppe gesagt wird, soll in der Gruppe bleiben. (Persönliche Informationen werden nicht weiter „getratscht“).
- ▶ Die Gruppe soll beim Thema bleiben, vermeidet ausufernde Nebendiskussionen. (Von den Teilnehmenden werden ja Ergebnisse erwartet).
- ▶ Abweichende Meinungen sollen begründet werden. (Durch Begründungen wird ein Argument verständlicher).
- ▶ Nicht alle geäußerten Anregungen und Vorschläge können verwirklicht werden. (Im Betrieb ist nicht alles Wünschenswerte machbar, und über die Umsetzung entscheidet die Steuerungsgruppe nach Prüfung der Vorschläge).
- ▶ Es sollen gemeinsame Vorschläge erarbeitet werden. (Zusammenarbeit bei der Erarbeitung, Begründung und Durchsetzung erhöht die Erfolgchancen. Praxisnahe Lösungsvorschläge haben größere Chancen auf Umsetzung).

### 6.2.4 Die Arbeitsweise im Gesundheitszirkel

In einer ersten Runde werden (sehr breit) jene Probleme gesammelt, die aus der Sicht der Zirkelmitglieder (oder ihrer Kollegenschaft) die Gesundheit im Tätigkeitsbereich des Zirkels beeinträchtigen können: Was kann in unserem Arbeitsbereich die Gesundheit beeinträchtigen?



## Praxistipp

*Jedes Zirkelmitglied schreibt Stichworte einzeln auf Kärtchen. Anschließend werden diese Kärtchen gemeinsam an der Pinnwand befestigt und dabei bereits vorgeordnet. Dabei werden die Stichworte kommentiert. Wenn Sie diesen Überblick abfotografieren, haben Sie bereits einen Teil des Protokolls erledigt.*

Anschließend werden die aufgelisteten Probleme nach ihrer Bedeutung gewichtet, und die Gruppe muss die Reihenfolge der Bearbeitung festlegen (z. B. eine bestimmte Problemgruppe für jeden der nächsten Sitzungstermine):

- ▶ Was brennt der Gruppe besonders unter den Nägeln?
- ▶ Was betrifft viele Beschäftigte, was nur wenige?
- ▶ Wobei wäre ein rascher Erfolg möglich?

Diese Reihung wird anschließend abgearbeitet. Dabei benützt die Gruppe in erster Linie eigenes Wissen und Erfahrung. Für Spezialfragen kann jemand beigezogen oder ein Mitglied der Gruppe beauftragt werden, bis zur nächsten Sitzung die entsprechenden Informationen zu besorgen. Die Bearbeitung erfolgt so, dass zuerst das Problem für alle verständlich in der Gruppe dargestellt wird, seine Ursachen hinterfragt werden, und schließlich überlegt wird, welche Lösungsmöglichkeiten und -wege man dem Betrieb vorschlagen kann.

Zur Vereinbarung mit dem Betrieb über das gesamte Verfahren gehört, dass die Zirkelergebnisse der Projektleitung bzw. der Steuerungsgruppe und damit auch der Geschäftsleitung zumindest zur Kenntnis gebracht werden, und sich das Management damit konstruktiv auseinandersetzt. Es sind jedoch auch höhere Stufen der Partizipation möglich (siehe Kapitel 6.1).

Insgesamt ist mit drei bis fünf Treffen eines Gesundheitszirkels zu rechnen.



## Praxistipp

*Die Präsentation der Ergebnisse spielt für den Erfolg der Weiterarbeit eine wesentliche Rolle. Sie sollte daher gut vorbereitet werden. Auf jeden Fall ist der letzte Sitzungstermin des Gesundheitszirkels dafür freizuhalten.*

## 6.3 Priorisierung von Themen

Aufbauend auf den Ergebnissen der Diagnosephase werden gesundheitsförderliche Strategien und Maßnahmen durch die Steuerungsgruppe geplant. In dieser Phase kann es auf Grund des komplexen Settings Seniorenwohnhaus mit seinen unterschiedlichen Zielgruppen dazu kommen, dass Sie „*vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sehen*“. Auch hier gibt es geeignete Instrumente, um die Komplexität zu reduzieren. Aus der Vielzahl von erhobenen Daten, den unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnissen der einzelnen Zielgruppen und daraus resultierenden Maßnahmenvorschlägen wird am Ende dieser Projektphase ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept geschmiedet.

Manche Maßnahmen richten sich an die Verbesserung der Gesundheit von einzelnen Zielgruppen (z. B. Mitarbeiter oder Bewohner), andere Maßnahmen können gesundheitsförderlich auf mehrere Zielgruppen wirken. Gewisse die Gesundheit belastende Bereiche können sehr schnell und lokal umgesetzt werden.

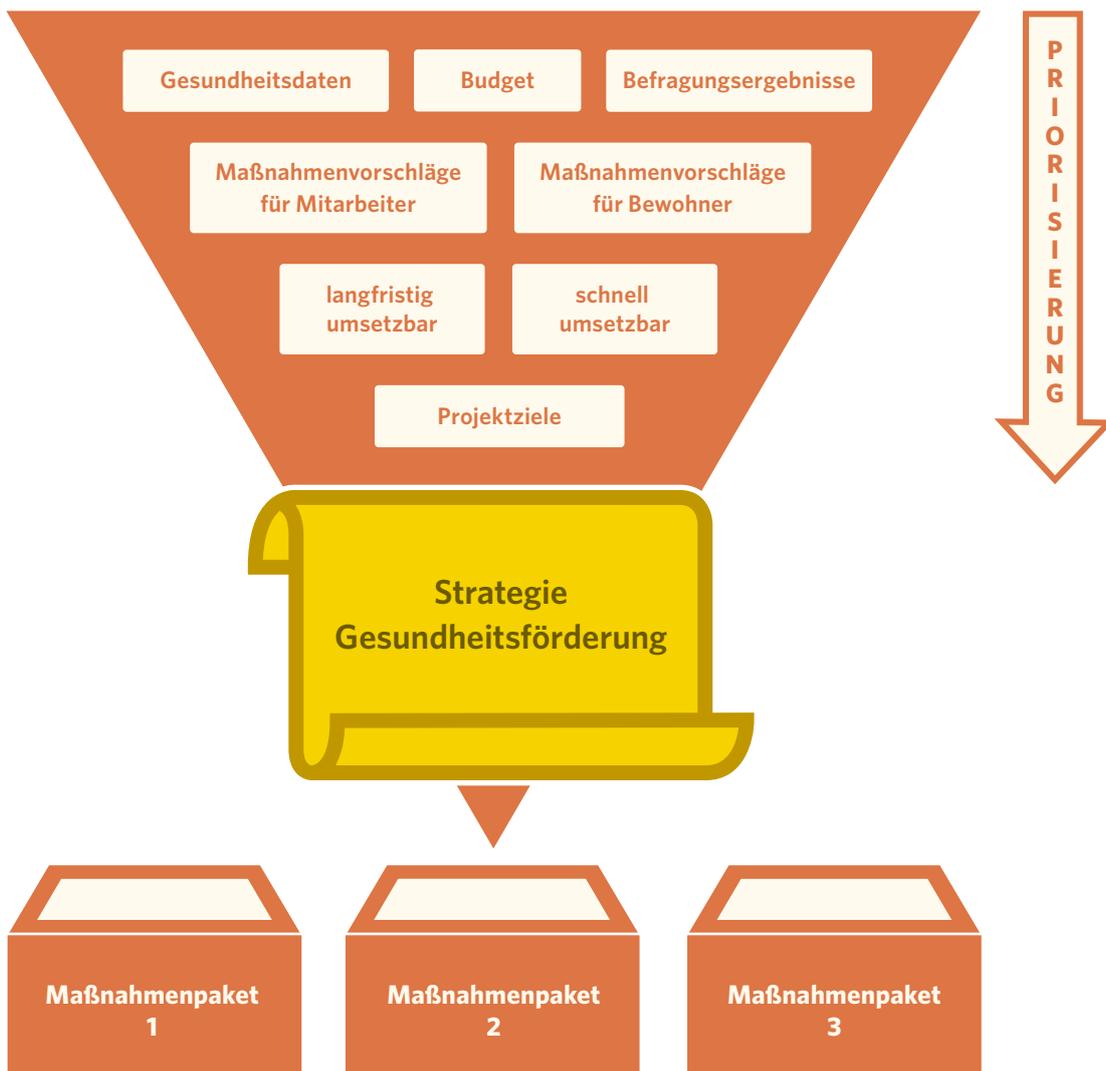
Manche Maßnahmen (z. B. bauliche Veränderungen) sind kostenintensiv und müssen auf einer höher gelegenen Ebene entschieden werden. Dies bedeutet manchmal auch, dass eine Priorisierung von unterschiedlichen Handlungsfeldern vorgenommen werden muss. Wesentlich in dieser Phase ist immer wieder, den Bezug zu den vorweg definierten Projektzielen herzustellen.



### Praxistipp

*Es können nie sofort alle gewünschten Maßnahmen umgesetzt werden. Priorisieren Sie die wichtigsten und realistischen Maßnahmen.*

Stellen Sie sich diese Projektphase wie einen Trichter vor, der die Komplexität reduziert (siehe Abbildung nächste Seite):



**Abb. 16**  
Planungszyklus Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus

**Quelle:**

In Anlehnung an Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2007: Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, S. 52

*Geben Sie den Zielgruppen zeitnah eine Rückmeldung welche Maßnahmen mit welchem Zeithorizont umgesetzt werden.*



**Praxistipp**



# 7 Maßnahmenumsetzung

Eine Unterteilung in niederschwellige Maßnahmen oder komplexe, meist auch kostenintensivere Maßnahmen kann Ihnen helfen, die einzelnen Maßnahmen den Zielgruppen zu kommunizieren. Die folgende Grafik zeigt eine Einteilung nach Komplexität exemplarisch:



**Abb. 17**  
Strukturierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen

Grundsätzlich gibt es keinen Standard, wie Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Wichtig ist jedoch ein ausgewogener Mix aus verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Maßnahmen. Welche Maßnahmen tatsächlich zur Umsetzung gelangen, hängt wesentlich von der Diagnosephase bzw. von der Phase der Strategieentwicklung und Planung ab.

Im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde für die Zielgruppe der Bewohner eine Mobilitätsintervention entwickelt. Diese Intervention dient als Praxisbeispiel speziell für die Zielgruppe der Bewohner.

## 7.1 Praxisbeispiel: Förderung der Mobilität und Autonomie der Bewohner

**Autorin:** Erika Mosor, MSc; Ergotherapeutin

---

Im Rahmen des Projekts „Gesundheit hat kein Alter“ wurde eine wissenschaftliche Studie zur Mobilitätsförderung älterer Menschen in Seniorenwohnhäusern durchgeführt. Im Zuge dessen wurden alle wichtigen motorisch-funktionellen Faktoren, die zum Erhalt der Selbstständigkeit nötig sind, wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Gleichgewicht und Koordination trainiert! Dabei konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, ältere Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zurückzugewinnen, zu erhalten und/oder auszubauen, und sie in der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen.

---

Zahlreiche Studien belegen, dass ältere Menschen aufgrund von Mobilitätseinschränkungen Probleme in ihren Alltagstätigkeiten haben. Dies kann zu Veränderungen ihres Lebensstils, zu Schwierigkeiten in den ADLs (activities of daily living) und zu sozialer Isolation führen.<sup>12,13</sup> Während es für „junge Alte“ bereits zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen gibt, wird an ältere Menschen mit funktionellen Einschränkungen, die in Betreuungseinrichtungen leben, häufig nicht gedacht. In der Gesundheitsförderung für ältere Menschen geht es vor allem darum, sich auf die alltäglichen Handlungen zu konzentrieren und die Menschen dabei zu unterstützen, diese weiterhin durchführen zu können. Ältere Menschen haben im Alltag oft große Schwierigkeiten bei einfachen Tätigkeiten, wie zum Beispiel: etwas aufzuheben, etwas von oben hinunter zu nehmen, etwas zu tragen, über einen Randstein zu steigen, einen Fahrschein zu lösen, oder an der Kassa zu stehen und zu bezahlen. Im Zuge der Mobilitätsintervention **Bewegtes Leben** konnten die Teilnehmer wieder mehr Sicherheit erlangen wichtige Betätigungen in ihrem Alltag selbständig durchzuführen.

Die Überprüfung der Machbarkeit und der Wirksamkeit erfolgte mittels randomisiert-kontrollierter Studie durch das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR). Erfahrungen der Teilnehmer während der Mobilitätsintervention wurden in Fokusgruppen erhoben und analysiert. Insgesamt nahmen über die Gesamtlaufzeit der Mobilitätsintervention 276 Personen in drei Projekthäusern des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser teil.

---

<sup>12</sup> Vgl. Schepens, S., Ananda, S., Painter, J. A., & Murphy, S. L.: *Relationship between fall-related efficacy and activity engagement in community-dwelling older adults: A meta-analytic review. The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 66 (2), 137–148, 2012.

<sup>13</sup> Painter, J. A., Allison, L., Dhingra, P., Daughtery, J., Cogdill, K., & Trujillo, L. G.: *Fear of falling and its relationship with anxiety, depression, and activity engagement among community-dwelling older adults. The American Journal of Occupational Therapy. Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 66 (2), 169–176, 2012.

## 7.1.1 Inhalte der Mobilitätsintervention und Erfahrungen bei der Durchführung

Das Curriculum für die Mobilitätsintervention wurde von Priv. Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Tanja Stamm und Dr.<sup>in</sup> Gudrun Diermayr auf Basis vorhandener Evidenzen zum Thema und praktischer Erfahrungen von Experten im geriatrischen Bereich entwickelt.



*Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Curriculum für die Mobilitätsintervention **Bewegtes Leben** entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.*



### Toolbox

Die Durchführung der 20 Bewegungseinheiten erfolgt durch ein geschultes interdisziplinäres Team aus Animatoren und Ergo- oder Physiotherapeuten (in 11 von 20 Einheiten anwesend).

Die Schulungen wurden von den Entwicklern des Curriculums abgehalten und dauerten ca. vier Stunden. Als Herausforderung für die Trainer kann die „*Verschiedenheit*“ und „*Einzigartigkeit*“ der einzelnen Gruppenteilnehmer gesehen werden. Jeder ältere Mensch bringt unterschiedliche Voraussetzungen, Fähigkeiten und Bedürfnisse mit, auf die im Rahmen der Intervention immer wieder individuell eingegangen wird.



*Übungen individuell anzupassen, ist aufgrund des vorgegeben zeitlichen und organisatorischen Rahmens mitunter nur eingeschränkt möglich. Am besten gelingt ein individuelles Eingehen in den interdisziplinär durchgeführten Einheiten im Rahmen verschiedener Parcours.*

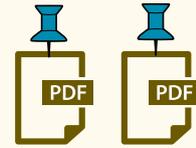
### Praxistipp

Zu Beginn und am Ende der Intervention besuchen die Therapeuten die Teilnehmer in ihren Wohnungen. Die Erhebungen werden durch einen Gesprächsleitfaden strukturiert. Durch die Gespräche gelingt es sowohl die vorhandenen Ressourcen als auch die Alltagsschwierigkeiten der älteren Menschen zu erheben, eventuell vorhandene externe Sturzfaktoren zu ermitteln, bedeutungsvolle Betätigungen für den Einzelnen zu erkennen und gemeinsam handlungsorientierte Ziele zu formulieren. Die Bewohner fühlen sich mit ihren individuellen Alltagsproblemen ernst genommen. Die Beobachtungen und die von den Bewohnern erhaltenen Informationen sind für die weitere Mobilitätsintervention wertvoll und erleichtern das individuelle Eingehen auf die Teilnehmer sehr.

## Toolbox



Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein Assessmentverfahren für die Mobilitätsintervention **Bewegtes Leben** entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die jeweiligen Pinnadeln, um die eingebetteten PDF-Dateien zu öffnen.



Neben der Bewegungsförderung stehen in den 20 Einheiten die Handlungsfähigkeit und der Alltagsbezug der einzelnen Übungen stets im Vordergrund. So werden bevorzugt Situationen, die den Teilnehmern im täglichen Leben Schwierigkeiten bereiten, trainiert.

## Praxistipp



Das Verknüpfen einzelner Übungen mit Alltagssituationen motiviert die Teilnehmer sehr. So ziehen sie zum Beispiel Mäntel an, räumen Lebensmittel aus unterschiedlichen Höhen in Einkaufstaschen und räumen diese nach dem Überwinden zahlreicher Hindernisse wieder aus.

Trainiert und geübt wird nach wichtigen didaktischen Prinzipien, wie Wiederholung, Herausforderung für den Einzelnen, Alltagsorientierung und Motivation sowie Instruktion und Feedback.

## Praxistipp



Ältere Teilnehmer benötigen ausreichend Wiederholungen und auch Teilnehmer mit reduzierten kognitiven Fähigkeiten sowie leichter Demenz können am besten durch Wiederholung lernen, allerdings bei gleichen Aufgaben- und Umweltbedingungen. Die Einheiten sollen Freude und Spaß an der Bewegung vermitteln, thematisch wiederholt und je nach Möglichkeit der Teilnehmer gesteigert werden (durch Steigerung der Anzahl an Wiederholungen, durch Veränderung des Materials, ...). Zielgerichtete, sinnvolle Alltagstätigkeiten (z.B.: etwas zu tragen, aufzuheben, weiterzureichen, ...) werden thematisiert, immer wieder eingebaut und in den Alltag der älteren Menschen integriert (siehe Übungen aus dem Übungsprogramm für Zuhause).

## 7.1.2 Themenschwerpunkte der Intervention:

Die unterschiedlichen Schwerpunktthemen des Curriculums befassen sich u. a. mit:

1. dem **Übungsprogramm für Zuhause**
2. Aufzeigen von Sturzgefahren im Alltag und Information über Hilfsmittel
3. funktionellem Kräftigen
4. Fitness- & Herz-Kreislauftraining mit Alltagsbezug
5. Gleichgewichts- und Gangsicherheitstraining mit Alltagsbezug
6. Propriozeptives Wahrnehmungstraining und Dual-Task Training
7. Aufrichtung
8. Übungen zur Entspannung und Atmung
9. Bewegung zu Musik/Tanz
10. Wurfspiele/Ballspiele/Kegelspiele
11. Yoga, Qi Gong, Tai Chi

Die unterschiedlichen Themen folgen in zwei oder mehrmals aufeinanderfolgenden Einheiten, um eine Vertiefung der einzelnen Übungen anbieten zu können.

### „Übungsprogramm für Zuhause“

Um die Teilnehmer dabei zu unterstützen täglich „bewegt zu leben“, wurde ein eigenes **Übungsprogramm für Zuhause** entwickelt. Die Übungen haben hohen Bezug zum Alltag und sind mit einfachem Material durchzuführen. Da sie im Rahmen der Intervention immer wieder geübt werden, ist es möglich eventuell auftretende Übungsfehler rasch zu erkennen und gegebenenfalls zu korrigieren. Die individuell ausgewählten Übungen sollten von den Teilnehmern möglichst regelmäßig durchgeführt werden.



Im Rahmen des Pilotprojekts **Gesundheit hat kein Alter** wurde ein **Übungsprogramm für Zuhause** entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.



**Toolbox**

### Aufzeigen von Sturzgefahren im Alltag und Information über Hilfsmittel

Anhand von Beispielen im Haus und Garten werden extrinsische Sturfaktoren besprochen. Anschließend werden gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeitet. Hilfsmittel für den Alltag wie unterschiedliche Gehhilfsmittel, Duschhocker, Anti-Rutschmatte, WC-Erhöhung, Greifzange und Strumpfanzieher

können vorgestellt und im Sinne einer Beratung von den Teilnehmern aktiv ausprobiert werden. In der Literatur finden wir eine hohe Evidenz dafür, dass ergotherapeutische Hilfsmittelberatung, Umweltanpassung und Wohnraumadaptierung als Teile des Risikoassessments effektiv sind.<sup>14,15,16</sup>

### Funktionelles Kräftigen

Die Teilnehmer erhalten Information über Auswirkungen verbesserter Muskelkraft u. a. auf Aktivitäten des täglichen Lebens oder auf Osteoporose. Sie lernen einfache Übungen zur Muskelkräftigung der oberen und unteren Extremitäten und des Rumpfes kennen, wobei diese in Alltagsfunktionen eingebettet sind (z. B. aufstehen vom Sessel).

### Gleichgewichts- und Gangsicherheitstraining

Besonders wichtig und wertvoll für ihren persönlichen Alltag scheint den Teilnehmern das Gleichgewichts- und Gangsicherheitstraining zu sein. Die Teilnehmer stehen von verschiedenen Sitzgelegenheiten auf, setzen sich nieder und trainieren auf verschiedene Umweltgegebenheiten zu reagieren (Überwinden einer Zufahrtsrampe oder des Balkonstufens). Weiters üben sie im Rahmen der Mobilitätsintervention sich im Alltag sicher zu bewegen und gleichzeitig andere Alltagstätigkeiten auszuführen (z. B.: gehen und gleichzeitig sprechen, ein Tablett/einen Teller tragen, oder einen Fahrschein lösen, ...). Zahlreiche Studien zeigen, dass reines Gehtraining selten zu einer Verbesserung der Gangsicherheit führt. Es gibt jedoch gute Evidenzen dafür, dass Dual-Task-Training hilft, diese komplexen Alltagstätigkeiten wieder sicherer durchführen zu können und dadurch das Sturzrisiko zu reduzieren.<sup>17,18</sup>



## Praxistipp

*Durch das regelmäßige Training fühlen sich die Teilnehmer subjektiv sicherer. Sie stehen leichter auf („Ich muss mich nicht mehr mühsam hochziehen ...“), brauchen Gehhilfen nicht mehr in unmittelbarer Nähe, und können für längere Zeit frei stehen.*

14 Clemson, L., Cumming, R. G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R., & Taylor, K.: *The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: A randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (9), 1487-1494, 2004.

15 Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sheldon, T. A., Drummond, A. E., & Bland, J. M.: *Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (1), 26-33, 2011.

16 Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N., Close, J. C., & Lord, S. R.: *Exercise to prevent falls in older adults: An updated meta-analysis and best practice recommendations. New South Wales Public Health Bulletin*, 22 (3-4), 78..83, 2012.

17 Silsupadol, P., Shumway-Cook, A., Lugade, V., van Donkelaar, P., Chou, L. S., Mayr, U., & Woollacott, M. H.: *Effects of single-task versus dual-task training on balance performance in older adults: A double-blind, randomized controlled trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (3), 381-387, 2009.

18 Yang, Y. R., Wang, R. Y., Chen, Y. C., & Kao, M. J.: *Dual-task exercise improves walking ability in chronic stroke: A randomized controlled trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88 (10), 1236-1240, 2007

### Soziale Kontakte

Da die Bewegungsintervention wöchentlich mit einer Gruppe von etwa zehn Personen stattfand, konnten sich die Teilnehmer regelmäßig austauschen, mit- und voneinander lernen und rasch soziale Kontakte knüpfen. Einige kamen gemeinsam zur Gruppe und trafen sich auch außerhalb der Intervention, um gemeinsam spazieren zu gehen, oder zu plaudern.

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der stattfindende Erfahrungsaustausch zwischen den Trainern und anderen Berufsgruppen der Institution stellt eine wertvolle Quelle für wichtige Informationen zum Gesundheitszustand einzelner Bewohner dar.

*Die Durchführung der Intervention im interdisziplinären Team war in mehreren Einheiten nötig und wurde von den Trainern selbst, aber auch von den Teilnehmern bereichernd und hilfreich erlebt.*



**Praxistipp**

### Erinnerungshilfen

Einige Teilnehmer benötigen Unterstützung oder Erinnerungshilfen für eine regelmäßige Teilnahme an den Einheiten (Notizen, Kalendereintragungen, telefonische Erinnerung durch Trainer oder Angehörige, ...).

*Fallweise unterstützten auch Ehrenamtliche und Zivildienstler das Team durch Hol- und Bringdienste. Sie stellten damit auch die Teilnahme für stark mobilitätseingeschränkte, oder vergessliche Teilnehmer sicher.*



**Praxistipp**

### 7.1.3 Ergebnisse

Durch die Mobilitätsintervention, die über einen Zeitraum von fünf Monaten durchgeführt wurde, kam es unter anderem zu einer signifikanten Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes der Teilnehmer.

#### Toolbox



Die Mobilitätsintervention wurde im Rahmen des Projekts **Gesundheit hat kein Alter** evaluiert. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.



# 8 Abschlussevaluation

Evaluation bedeutet die systematische Untersuchung des Nutzens eines Gegenstands/Vorgangs, z. B. eines Projekts. Sie sollte nicht als „Kontrolle“ verstanden werden, sondern sollte vor allem dazu dienen, für die Projektumsetzer und hinsichtlich des Projekterfolgs wesentliche Fragestellungen zu beantworten. In diesem Sinn sind Evaluationen Teil des Qualitätsmanagements für das Projekt, wodurch vor allem Lernen und Weiterentwicklung ermöglicht werden kann. Fragestellungen einer Evaluation sind:

- ▶ Haben wir die gesetzten Ziele erreicht?
- ▶ Welche Projektaktivitäten sind/waren besonders erfolgreich?
- ▶ Wie können wir unsere Zielgruppe noch besser erreichen?
- ▶ Was sollten wir anpassen, um unsere Ziele noch besser zu erreichen?<sup>19</sup>

Obwohl die Evaluation erst als fünfter Schritt im Planungszyklus vorgesehen ist, passiert die Evaluation laufend. Aus diesem Grund wurde auch in der Vorprojektphase ein Evaluationskonzept erstellt, welches schrittweise im Laufe des Projekts umgesetzt wird.

Der Ablauf und die Zeitpunkte der Datenerhebungen richten sich grundsätzlich nach der gewählten Methodik und nach Projektverlauf. Für die einzelnen Datenerhebungen sind klare, schriftlich festgelegte Anweisungen zu formulieren. Dies ist einerseits wichtig, wenn mehrere Personen Daten erheben, damit möglichst wenige Verzerrungen aufgrund individuell unterschiedlicher Vorgehensweisen entstehen. Andererseits wird durch die Verschriftlichung der Prozess der Datenerhebung im Detail geklärt und transparent dokumentiert. Bei qualitativen Verfahren findet in der Regel vorgängig zu den Datenerhebungen eine schriftliche oder persönliche Kontaktaufnahme mit den Auskunftspersonen und Interviewpartnern statt, um diese über Ziel und Zweck der Datenerhebung zu informieren, sie zum Mitmachen zu motivieren und ihr Einverständnis zu erhalten. Den Auskunftspersonen wird in der Regel eine anonymisierte Datenverwendung und nach Möglichkeit die Einsichtnahme in die Ergebnisse zugesichert (in bestimmten Fällen kann dies anders vereinbart werden).<sup>20</sup>

Den Abschluss dieser Phase bildet ein Evaluationsbericht, in dem die einzelnen Fragestellungen der Evaluation beantwortet bzw. bewertet werden.

---

<sup>19</sup> Vgl. Basiswissen Evaluation des FGÖ

<sup>20</sup> [https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1205?section\\_id=5](https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1205?section_id=5)



# 9 Sicherung der Nachhaltigkeit

Projekte sind Organisationen auf Zeit. Nach Abschluss des Projekts gilt es, die Prozesse und Strukturen der Gesundheitsförderung in den Regelbetrieb überzuführen.

Aus der Projektpraxis können wichtige Lern- und Entwicklungsschritte für die Zukunft abgeleitet werden. Im Anschluss an ein Projekt sollten diese Erfahrungen genutzt werden um Gesundheitsförderung nachhaltig für alle Zielgruppen zu verankern. Die Überführung in den Regelbetrieb sichert, dass Erfolge, die im Rahmen des Projekts erzielt wurden, langfristig und nachhaltig wirken können.



*Der FGÖ hat eine Checkliste zur Sicherung der Nachhaltigkeit entwickelt. Bitte (doppel)klicken Sie auf die Pinnadel, um die eingebettete PDF-Datei zu öffnen.*



**Toolbox**





[www.gesundheitatkeinalter.at](http://www.gesundheitatkeinalter.at)