

## Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse

<b>Projektnummer</b>	2573
<b>Projekttitel</b>	Gesundheit hat kein Alter: Transfer Steiermark
<b>Projektträger/in</b>	Styria vitalis
<b>Projektlaufzeit, Projektdauer in Monaten</b>	30
<b>Schwerpunktzielgruppe/n</b>	Management, MitarbeiterInnen und BewohnerInnen in Pflegeheimen, Angehörige und Freiwillige
<b>Erreichte Zielgruppengröße</b>	15 Management 228 MitarbeiterInnen 327 BewohnerInnen 200 Angehörige 35 Freiwillige
<b>Zentrale Kooperationspartner/innen</b>	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Land Steiermark–Pflege, Träger Pflegeeinrichtungen, STGKK, einschlägige Ausbildungseinrichtungen, niedergelassene Ergo- und PhysiotherapeutInnen in der Steiermark
<b>Autoren/Autorinnen</b>	Maga Dr <sup>in</sup> Christine Neuhold
<b>Emailadresse/n Ansprechpartner/innen</b>	christine.neuhold@styriavitalis.at
<b>Weblink/Homepage</b>	<a href="http://styriavitalis.at">http://styriavitalis.at</a>
<b>Datum</b>	31 07 2017

## 1. Kurzzusammenfassung

„Gesundheit hat kein Alter“ Transfer Steiermark hatte zum Ziel, in 5 Pflegeheimen (PWH) integrierte Gesundheitsförderung sowie ein Mobilitätsförderungsprogramm (MOF) in einer 30-monatigen Laufzeit umzusetzen und auf Steiermark-Ebene Projektergebnisse/-erfahrungen strukturell durch geeignete Maßnahmen zu transferieren.

Zielgruppen waren das Management, MitarbeiterInnen (MA) und BewohnerInnen (BW) in Pflegeheimen, Angehörige (AG) und Freiwillige (EA) sowie steirische AkteurInnen und Strukturen rund um Pflegeheime, bspw. Trägerorganisationen, Bewohnervertretung und Ausbildungsstätten von MA in PWH.

Die ersten Phasen wie Strukturaufbau, Diagnose, Formulierung von Zielsetzungen und Planung von Maßnahmen wurden in den fünf PWH zeitgleich und erfolgreich abgeschlossen.

Es wurden Maßnahmen umgesetzt, um die Lebens- und Arbeitswelt in PWH gesundheitsförderlicher zu gestalten. Von strukturellen Maßnahmen wie bspw. Neuorganisation des Frühstücksdienstes, Einführen eines Beschwerdemanagements, ein runder Tisch zur Verpflegung mit Haus- und Küchenleitung und BW, Speiseplancheck und Verkostung, Aufbau eines Ehrenamts-pools für Besuchsdienste oder Raumgestaltung für mehr Privatsphäre in Zweibettzimmern bis zu Infoveranstaltungen zum Thema Demenz für MA, AG und GemeindebürgerInnen sowie Ernährungsworkshops der STGKK für MA als Angebot auf der Verhaltensebene. Das Programm der MOF wurde in allen 5 Häusern in 2 Zyklen zu je zwei Kleingruppen umgesetzt und aufgrund des großen Erfolgs nachhaltig implementiert und mit einem Gütesiegel zertifiziert.

Auf Transferebene waren die Kooperation mit der FH JOANNEUM Physio- und Ergotherapie und die Entwicklung eines Organisationskonzeptes für die qualitätsgesicherte Ausrollung und Implementierung der MOF in der Steiermark sowie der Transfer des erworbenen Know-hows in die BGF-ExpertInnenszene wichtige Punkte.

Lernerfahrungen waren, dass eine erfolgreiche Ausrollung der Mobilitätsförderung qualitätsgesichert sein muss, das Einbinden aller Gruppen (MA, BW, AG, EA) in ein lokales Projektteam nicht immer sinnvoll ist, dass Heimleitungen, die gleichzeitig Projektleitungen sind, an Grenzen ihrer zeitlichen Ressourcen stoßen und dass Beziehungsaufbau und Kommunikation eine Grundlage für gelingende Gesundheitsförderung sind.

## 2. Projektkonzept

### 2.1 Projektvorgeschichte

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und die Wiener Gesundheitsförderung GmbH (WiG) haben von Jänner 2011 bis Ende 2012 in Kooperation mit drei Häusern des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser ein Pilotprojekt zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung in SeniorInnenwohnhäusern umgesetzt, das wissenschaftlich vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research begleitet wurde. Nachdem vorhergehende Projekte in SeniorInnenwohnhäusern meist die Zielgruppe MitarbeiterInnen oder BewohnerInnen fokussiert hatten, zielte dieses Projekt sowohl auf Management und MitarbeiterInnen als auch auf die BewohnerInnen, ihre Angehörigen und eventuell in der Einrichtung tätige Freiwillige. Als Ergebnis dieses Projektes stehen neben einem ausführlichen, von Projektleiter Sascha Müller gestalteten Projektbandbuch, das weitere Heimleitungen in der Initiierung und Umsetzung von ähnlichen Projekten unterstützen will, Fragebogeninstrumente (MitarbeiterInnen, BewohnerInnen) und Leitfäden (Angehörige, Freiwillige) für die Diagnose sowie ein Interventionsprogramm zur Mobilitätsförderung, das erfolgreich auf seine Wirkung hin evaluiert wurde, zur Verfügung.

Der HVB und der FGÖ hatten Interesse, die positiven Erfahrungen bezüglich der Wirkung des Pilotprojektes auf andere Bundesländer zu übertragen.

Im Sinne eines Transfers lag die Hauptorientierung auf den Ergebnissen und Erfahrungen des Pilotprojektes „Gesundheit hat kein Alter“. Die sich als sehr wirksam erwiesene Mobilitätsförderung sollte in der Steiermark bekannt werden und umgesetzt werden können. Dazu bedurfte es nicht nur der vorbildhaften Umsetzung in weiteren Pflegeheimen, sondern auch eines konzertierten Capacity Buildings bei AkteurInnen wie z.B. Trägerorganisationen und Ausbildungseinrichtungen, in denen Pflegepersonen, AnimateurInnen oder AlthelferInnen geschult werden. Ähnliches galt für die Betriebliche Gesundheitsförderung in SeniorInnenwohn- und Pflegeheimen, die insgesamt bei Trägern und Einrichtungen bekannter werden und häufiger umgesetzt werden sollte. Naturgemäß ging es auch um den Transfer der Botschaft, dass settingorientierte Gesundheitsförderung am besten funktioniert, wenn sie nicht nur einer Zielgruppe in einer Lebenswelt zugutekommt, sondern wenn sie im Idealfall alle vorhandenen Zielgruppen in einem systematischen Prozess der Bedarfsanalyse, der Ziel-, Maßnahmen- und Ressourcenplanung, der Umsetzung und der Evaluation mit einbezieht.

### 2.2 Beschreibung der Problemstellung

Im Zuge der demografischen Alterung rücken ältere und alte Menschen sowie ein aktives Altern als Zusammenspiel von Individuum und lebensweltlichem Kontext immer stärker in den Fokus des gesellschaftlichen Interesses. Erfolgreiches, gesundes oder aktives Altern – unterschiedliche Konzepte mit großen Übereinstimmungen – sind zunehmend nicht nur ein individuelles, sondern auch ein volkswirtschaftliches Ziel, das von gesundheitsfördernden Interventionen unterstützt werden kann.

Gesundheit ist ein zentrales Thema für Menschen aller Altersstufen. Insofern ist das SeniorInnenwohn- oder Pflegeheim ein Setting, das für die Gesundheitsförderung in der Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Ob als Arbeitswelt von Management und MitarbeiterInnen oder als Lebenswelt der BewohnerInnen, ob als Freizeitwelt von Freiwilligen oder als Familienwelt für Angehörige, die Atmosphäre und Stimmung im Haus, die Klarheit der Strukturen und der Kommunikation, das gelebte Pflegekonzept, die Bedeutung von Grundbedürfnissen wie Wohnen, Essen und Bewegung und ihre kontextualisierten Möglichkeiten der Individualisierung beeinflussen Wohlbefinden und Lebensqualität aller Beteiligten.

### 2.3 Beschreibung des Settings

Fünf Pflegewohnheime (PWH) waren Zielsetting des Projekts. Das Caritas PWH Preding, ein Haus des mit Abstand größten Anbieters und bereits verankertem betrieblichen Gesundheitsmanagement, jedoch

ohne konkrete GF-Projekterfahrung. Das PWH Peter Rosegger Graz, zugehörig zu den Geriatrischen Gesundheitszentren Graz, mit ebenfalls verankertem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das Haus hatte im Vorfeld bereits kommuniziert, stärker auf die Zielgruppe BewohnerInnen, Angehörige und Ehrenamtliche fokussieren zu wollen. Das Compass PWH Stallhofen, eines von fünf Compass PWH, das noch gar keine Erfahrung mit Gesundheitsförderung gemacht hatte. Das PWH Melisse in Feldbach, ursprünglich zugehörig zur Kräutergarten-Gruppe und im Projektzeitraum von SeneCura übernommen, hatte ebenfalls keine Erfahrung mit Gesundheitsförderung. Das PWH Krottmaier St. Nikolai im Sausal, ein rein privat geführtes Haus ohne Vorerfahrung. In der Auswahl der PWH wurde bewusst darauf geachtet, Häuser unterschiedlicher Strukturen (ländlicher-städtischer Bereich, Größe der Einrichtung) und Träger einzubinden.

## 2. 4 Beschreibung der Zielgruppen

Primäre Zielgruppen für die Interventionen in den fünf Pflegeheimen waren jeweils Management und MitarbeiterInnen (in der Betreuung/Pflege, Administration, Küche, Reinigung, Wäscherei, etc.), die BewohnerInnen und ihre Angehörigen sowie Freiwillige.

Sekundäre Zielgruppen, weil für einen strukturellen Transfer in die Steiermark unabdingbar, waren die Trägerorganisationen der Pflegeheime, ihre Fördergeber, ihre Kooperationspartner sowie Bildungseinrichtungen für MitarbeiterInnen in Pflegeheimen und Vertretungen der Zielgruppe auf Landesebene wie z.B. das VertretungsNetz mit der Bewohnervertretung.

## 2.5 Ziele

Primärziel des Projektes war die Erhöhung der Readiness der steirischen Pflegeheime, d.h. ihrer Trägerorganisationen und ihrer Hausleitungen zur Implementierung ganzheitlicher Gesundheitsförderungsinterventionen nach Vorbild des Pilotprojektes und die Ausrollung bzw. Verankerung des Mobilitätsförderungsprogramms in der Steiermark.

Dieses regionale Transferziel sollte über 3 Teilziele erreicht werden:

Auf Ebene der Pflegeheime

1. waren Teilziele die Umsetzung von Integrierter Gesundheitsförderung (mit Verwendung und Weiterentwicklung der erprobten Analyse-Instrumente und Interventionen aus dem Wiener Pilotprojekt) und das Hinführen der Heime zur Beantragung des BGF-Gütesiegels sowie
2. die Umsetzung des Mobilitätsförderungsprogramms als BewohnerInnenintervention in diesen PWH.

Auf Transferebene

3. waren Teilziele die Integrierte Gesundheitsförderung sowie das Capacity Building zur Mobilitätsförderung durch die Entwicklung geeigneter Transfermaßnahmen in steirischen Pflegeeinrichtungen zu forcieren bzw. zu etablieren.

## 3. Projektdurchführung

Mit dem Einlangen einer Förderzusage durch den FGÖ wurde ab Jänner 2015 das operative Projektteam bei Styria vitalis eingesetzt. Die Akquise der Pflegeheime erfolgte bis Ende Jänner 2015. Mit den teilnehmenden Häusern sowie der STGKK als operativem Partner wurden Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Das Einsetzen der Steuerungsgruppe (Styria vitalis, HVB, STGKK, Land Steiermark und FGÖ) erfolgte Ende Oktober 2015, der ursprünglich geplante Termin im März 2015 stellte sich als zu früh heraus.

Die Projektdurchführung wird in weiterer Folge anhand der Logik der drei Zielebenen beschrieben.

### 3.1 ZIELEBENE PFLEGEWOHNHEIME – INTEGRIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (IGF)

Eingangs geführte Managementgespräche auf Basis des GF-Radars in den einzelnen Häusern dienten einerseits dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau zwischen Heimleitung und operativen Projektteam von Styria vitalis, andererseits auch einem Abgleich der Erwartungen und Möglichkeiten beider Seiten sowie der Vorbereitung des Aufbaus der lokalen Projektstruktur in den Häusern.

Die lokalen Projektteams setzten sich neben der lokalen Projektleitung aus VertreterInnen aller Zielgruppen (MitarbeiterInnen, BewohnerInnen, Angehörige, Freiwillige) zusammen und hatten zum Ziel, die Planung, Organisation und Steuerung des Projektes sowie die Aktivierung der Zielgruppen auf der Ebene des PWHs zu übernehmen. Über eine Grundschulung durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger für die lokalen Projektteams erfolgte die Auseinandersetzung mit dem Projektdesign, den Projektrollen, den Arbeitspaketen und den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt. Erste Capacities zum Projektmanagement konnten dabei aufgebaut werden.

Vor dem Start der Bedarfserhebungen wurden lokale Auftaktveranstaltungen in den PWH mit allen beteiligten Zielgruppen durchgeführt. Die Durchführung lag im Verantwortungsbereich der lokalen Projektteams, die dabei von Styria vitalis unterstützt wurden.

Das aus dem Kurzprozess der BGF bewährte Führungskräftecoaching wurde in den PWH als Einzelgespräch mit der Heim- und Pflegedienstleitung durchgeführt. Des Weiteren wurden „Minidiagnosen“ zu den Strukturen der PWH durchgeführt. Besprochene Themen: Visionen und Grobziele, Zielgruppen, Analyse/Erhebung bestehender Potentiale, Stimmung, wichtige Player und deren Positionierungen, Stellenplan und Pflegestufen.

Für die Analysephase wurden die Fragebögen aus dem Wiener Pilotprojekt für MitarbeiterInnen (Selbstaussfüller) und BewohnerInnen (face to face Interviews) mit dem externen Evaluatorenteam überarbeitet und gekürzt. Die MA-Befragung fand nur in vier der fünf PWH statt. Mit dem Pflegewohnhaus Peter Rosegger wurde vereinbart die Befragung nicht durchzuführen, da der Träger GGZ 2013 im Rahmen eines BGF-Projektes eine MA-Befragung durchgeführt hatte und 2016 erneut eine Befragung stattfand. Die Verantwortung für die Koordination der Befragung (Verteilung der Fragebögen, Motivierung der MitarbeiterInnen, Einsammeln der Fragebögen) lag bei den Projektteams. Die Rücklaufquote lag zwischen 51% und 100%. Die BewohnerInneninterviews wurden durch drei geschulte Interviewerinnen geführt. Die Interviewerinnen wurden in den Häusern durch MitarbeiterInnen der lokalen Projektteams sehr gut begleitet. Es gelang fast alle BewohnerInnen, die von der Heim- und/oder Pflegedienstleitung als interviewbar eingestuft wurden (ungefähr die Hälfte der BewohnerInnen), zu erreichen.

Die Analyse und Auswertung der MA- und BW-Fragebögen erfolgte extern im Zuge der Evaluation. Neben einer zusammenfassenden Beschreibung der Ergebnisse für jedes Haus (Hausbericht), in der Stärken und Schwächen bzw. Ansatzpunkte vergleichend für die vier bzw. fünf Häuser dargestellt wurden, lag auch für jedes Haus ein Tabellenband vor, in dem die Ergebnisse jedes einzelnen Items dargestellt wurden.

Zur Erhebung des Bedarfs und der Bedürfnisse der Angehörigen und Freiwilligen wurden Fokusgruppengespräche in den PWH geführt. Als Gesprächsleitfäden für die Fokusgruppen wurden die im Pilotprojekt entwickelten bzw. verwendeten Leitfäden eingesetzt. Diese Leitfäden haben sich als geeignete Instrumente erwiesen. Da nur drei der fünf teilnehmenden PWH über regelmäßig mitarbeitende Freiwillige verfügten, wurden nur in diesen drei Häusern (Melisse, Caritas, Peter Rosegger) entsprechende Fokusgruppengespräche durchgeführt.

Die Rückmeldung der Befragungsergebnisse und Fokusgruppengespräche erfolgte in den 5 Pflegewohnheimen durch das operative Projektteam von Styria vitalis.

Zur Planung von lokalen Maßnahmen wurden in den ersten Projektteamtreffen die Ergebnisse der MA-Befragung und der BW-Befragung kommuniziert und darauf aufbauend weitere Belastungen und Ressourcen diskutiert. Danach wurden Ideen, Maßnahmen und Möglichkeiten gesammelt, um Belastungen

zu reduzieren und das Pflegewohnheim für MitarbeiterInnen und BewohnerInnen lebenswerter und gesundheitsförderlicher zu gestalten. Zu diesen Treffen wurden neben dem Projektteam auch weitere MitarbeiterInnen und BewohnerInnen geladen. In 2 Häusern wurden zu einem späteren Termin weitere MitarbeiterInnen, die nicht im Projektteam waren, über Gesundheitszirkel erreicht.

Begleitende Gespräche mit den Heim- bzw. Projektleitungen dienten der strategischen und vertiefenden Planung von Maßnahmen für MitarbeiterInnen, BewohnerInnen, Angehörige und Ehrenamtliche. In allen fünf Häusern gelang es, Maßnahmenpläne zu erarbeiten, die auch ein Vergabekriterium für die Ausschüttung der Erfolgsprämie waren. Zeitgleich wurde die lokale Dokumentation mittels eines einfach zu führenden Projekttagbuchs für die Berichtslegung und Evaluation eingeführt.

Nach rund einjähriger Planungs- und Interventionsphase erhielten alle 5 Häuser, nach Erfüllung der vereinbarten Qualitätskriterien und einem Kurzbericht über den Projektfortschritt, die Erfolgsprämie, die wiederum in gesundheitsförderliche Maßnahmen einfluss.

Die konstante Einbindung von BewohnerInnen und Angehörigen in die Projektteams gestaltete sich eher schwierig. So wurde versucht BewohnerInnen auf andere Art, wie bspw. im Zuge der Mobilitätsförderungsgruppe und über z.T. regelmäßig stattfindende BewohnerInnenstammtische einzubinden, um sie zu einer ihren Möglichkeiten entsprechenden Mitgestaltung zu führen. Angehörige konnten eher punktuell beteiligt werden, jedoch nicht über den gesamten Projektzeitraum. Angehörige fühlen sich nicht so stark der Lebenswelt zugehörig, ferner ist bei gegebener Zufriedenheit mit dem PWH der Bedarf bzw. Wunsch des Mitwirkens nicht so sehr gegeben.

In den Häusern erfolgte über den Projektzeitraum eine rollierende Planung, d.h. es wurden im Zuge von Reflexionsschleifen laufend weitere Ziele formuliert, geplant und umgesetzt. Unter anderem waren auch Ideen-/Beschwerdeboxen im Einsatz, die eine nachhaltige Möglichkeit darstellen, dass immer wieder neue Maßnahmen, die der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsqualität dienen, erfasst werden.

Um das Capacity Building auf lokaler Ebene zu gewährleisten wurde eine vertiefende Schulung für die lokalen Leitungen, Projektteams und Gruppentrainerinnen für die MOF umgesetzt, die den Austausch über bereits umgesetzte Maßnahmen sowie über Gelungenes, Herausforderungen und Zukünftiges in der Projektarbeit im Fokus hatte. Diese vertiefende Schulung lieferte einen wichtigen Beitrag zur Verankerung von Gesundheitsförderung in der Hauskultur.

Die für alle beteiligten Zielgruppen in der Planungsphase erarbeiteten und in den lokalen Projektteams abgestimmten Maßnahmen wurden in den Pflegewohnheimen laufend, selbstständig oder mit Unterstützung externer Expertise und Ressourcen umgesetzt.

Die umgesetzten Maßnahmen zielten darauf ab, die Lebens- und Arbeitswelt in PWH gesundheitsförderlicher zu gestalten. Die von Styria vitalis und der STGKK eingespielten Angebote (z.B. zu Themen wie Ernährung, SeniorInnengerechte Raumgestaltung, Stressmanagement) wurden von den PWH als wertvolle Bereicherung gesehen und gut angenommen.

Zahlreiche strukturelle Maßnahmen konnten in den 5 Häusern umgesetzt werden. Exemplarisch seien einige genannt:

- Neuorganisation des Frühstücksdienstes, im Zuge dessen wurde auch ein adäquater Arbeitsplatz für eine ältere MA geschaffen;
- Einführen eines Beschwerdemanagements;
- Fix-Anstellung einer Sozialpädagogin, die anfänglich Projektmitarbeiterin war; diese stellt nun eine wichtige Ressource im PWH dar, entlastet andere MA und kann bedürfnisorientiert auf BW eingehen;
- Kooperation mit fit2work, im Zuge dessen wurde eine MA zur Wiedereingliederungsbeauftragten ausgebildet;

- „Runder Tisch zur Verpflegungssituation“ mit Haus-, Küchenleitung und BewohnerInnen; dieser führte zur Änderung der Speiseplangestaltung; beim Fleisch und Fisch wurde ein Schritt in Richtung Qualität, Regionalität, Nachhaltigkeit gesetzt; dem Thema Essenswünsche der BewohnerInnen wird seitdem noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt;
- Qualifizierung von Mitarbeiterinnen zu Gesundheitszirkelmoderatorinnen
- Qualifizierungsmaßnahmen zu Palliativ Care und Demenz
- Raumgestaltung für mehr Privatsphäre in Zweibettzimmern
- Gestaltung eines Ruheraums für die MA

Auf Verhaltensebene wurden beispielweise folgende Maßnahmen umgesetzt:

- Yoga für MitarbeiterInnen
- Lauf- bzw. Walkingangebote
- gemeinsame Wanderungen
- Teambuilding
- Seminar zum Thema Resilienz
- Infoveranstaltungen zum Thema Umgang mit Demenz (sowohl für Mitarbeiterinnen als auch für Angehörige und Ehrenamtliche)
- Ernährungs- und Stressmanagementworkshops der STGKK

Insgesamt haben die PWH vieles bewegt und umgesetzt. Die anfangs erstellten Arbeitspläne stellten eine gute Basis dar, wobei nicht immer alles laut Plan umgesetzt werden konnte. Es entstanden im Laufe des Projektes auch immer wieder neue Ideen und Maßnahmen, die in Folge durchwegs umgesetzt wurden. Die umgesetzten Maßnahmen betrafen in erster Linie MitarbeiterInnen und BewohnerInnen. Für Ehrenamtliche und Angehörige wurden Akzente im Informations- bzw. Bildungsbereich gesetzt. Das Thema Demenz wurde bspw. auch für die GemeindebürgerInnen geöffnet, der Zustrom war groß. Weitere Maßnahmen waren bspw. gemeinsame Ausflüge und Veranstaltungen oder die „Öffnung“ einer Küche, wo Angehörige nun gemeinsam mit den BewohnerInnen kleine Speisen zubereiten können. Für Ehrenamtliche wurden in einem Haus Jacken mit dem Logo zur Stärkung der Corporate Identity angekauft. Der Aufbau eines Pools von Ehrenamtlichen für einen Begleitedienst, um im Falle einer Hospitalisierung die BewohnerInnen zu begleiten oder regelmäßige Treffen beim Ehrenamtsstammtisch waren weitere wichtige Initiativen. Der Maßnahmentopf in der Höhe von EUR 1.000,- für Initiativen für Angehörige/Ehrenamtliche unterstützte die PWH finanziell in der Umsetzung dieser Angebote.

Als wichtige Verankerungsmaßnahme für Gesundheitsförderung reichten 3 PWH mit Projektende, unterstützt durch die externe Prozessbegleitung und einer Vertreterin der STGKK, Anträge für das BGF-Gütesiegel ein, die Verleihungen werden im Frühjahr 2018 stattfinden. Die zwei anderen PWH besitzen das BGF-Gütesiegel bereits über ihre Trägerorganisation.

Die externe Evaluation erfolgte in vier PWH über Fokusgruppen mit MitarbeiterInnen. In den Fokusgruppen waren in den einzelnen Häusern zwischen 5–10 MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Bereichen (Pflege, Animation, Sekretariat, Hauswirtschaft), teilweise handelte es sich dabei um Personen, die im Projektteam mitgearbeitet haben, teilweise waren es Personen, die keinen direkten Bezug zum Projekt hatten. Des Weiteren wurden Evaluationsgespräche mit den Projekt- und/oder Heimleitungen geführt.

Die aus den diversen Veränderungsmessungen und Reflexionsgesprächen gesammelten Ergebnisse wurden im Mai/Juni 2017 zusammenfassend vom operativen Projektteam von Styria vitalis an die lokalen Projektstrukturen rückgemeldet. In diesen abschließenden Projektteamtreffen wurde auch generell zur Maßnahmenumsetzung, zur Zielerreichung, zu Lernerfahrungen sowie zur Sicherung der Nachhaltigkeit diskutiert. Ein weiterer Fokus der abschließenden Treffen lag auf einer kurz- bis mittelfristigen Zukunftsplanung.

Abschlussveranstaltungen fanden in allen 5 Pflegeheimen in den letzten Juniwochen bzw. in der ersten Juliwoche statt. Erreicht wurden dabei neben den BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörigen und Ehrenamtlichen auch VertreterInnen aus der Gemeindepolitik, von Vereinen und der Pfarre sowie Nachbarn und VertreterInnen der Trägereinrichtungen. In den einzelnen Häusern waren zwischen 60 und 100 Personen bei den Veranstaltungen dabei. Die Durchführung der Veranstaltungen lag im Verantwortungsbereich der lokalen Projektteams. Seitens Styria vitalis wurde nach einem kurzen Rückblick zu GHKA und wertschätzendem Dank gegenüber den lokalen Projektteams auch das MOF-Gütesiegel übergeben.

### 3.2 ZIELEBENE PFLEGEWOHNHEIME – MOBILITÄTSFÖRDERUNG (MOF)

Die Mobilitätsintervention im Wiener Pilotprojekt hat sich für die bezüglich ihrer kognitiven Erreichbarkeit erreichbareren und bezüglich ihrer körperlichen Mobilität mobileren Gruppen als besonders wirksam erwiesen und sollte daher insbesondere für diese beiden Gruppen angeboten werden. Die MOF wurde somit Schwerpunktintervention für BewohnerInnen in den Pflegewohnheimen.

Die Implementierung des Mobilitätsförderungsprogramms für BewohnerInnen in den Häusern erforderte die Qualifizierung von zumindest zwei MitarbeiterInnen (SeniorenanimatourInnen, Pflegkräfte) pro PWH, die im Rahmen des Projektes das Programm umsetzten. Es hat sich gezeigt, dass die Teilnahme der Hausleitungen und weiterer MitarbeiterInnen an dieser Schulung vorteilhaft war, da die Idee der Mobilisierung und Aktivierung der BewohnerInnen so als Wert bzw. Haltung in die Hauskultur Eingang finden konnte. Teilweise wurden noch weitere Personen zur Umsetzung der Mobilitätsintervention nachnominiert und qualifiziert, um den Pool an möglichen TrainerInnen in den Häusern zu vergrößern, aber auch um den durch einen Langzeitkrankenstand bedingten Ausfall einer Trainerin zu ersetzen. Um die GruppentrainerInnen in den Häusern in der qualitativen Umsetzung der MOF zu unterstützen, wurde ein ExpertInnenteam aus niedergelassenen Ergo- und PhysiotherapeutInnen aufgebaut, die bis zu 15 Stunden Support in den einzelnen PWH durchführten. Regelmäßige Supervisionen, die von den GruppentrainerInnen gerne in Anspruch genommen wurden, förderten den Austausch unter den Häusern und den weiteren Kompetenzaufbau. Die Supervisionen waren eine wertvolle Maßnahme zur Qualitätssicherung. Eine geschulte Ergotherapeutin übernahm die Rolle der Supervisorin und führte als Lehrende auch Schulungen durch. So konnten bereits in der Anfangsphase des Projektes Ressourcen für die nachhaltige Verankerung und Steiermark weite Ausrollung der MOF aufgebaut werden.

Eine erfolgreiche Umsetzung der Mobilitätsförderung bedurfte auch aus der Erfahrung des Wiener Pilotprojektes einer nachhaltigen, wiederholten Ansprache und eines motivierenden Zuspruchs der BewohnerInnen in Bezug auf das Angebot durch die MitarbeiterInnen der Pflegeheime. Die Aktivierung dafür startete bereits erfolgreich mit der Kick-off Phase. In allen Häusern konnte zeitgerecht und erfolgreich mit zwei Gruppen in zeitversetzter Form gestartet werden. Die 2. Gruppe setzte sich überwiegend aus weniger „fitteren“ BewohnerInnen zusammen, was herausfordernder war, aber mit der erworbenen Erfahrung aus der ersten Gruppe gut bewältigt werden konnte. In einem Haus wurde von einer angestellten Therapeutin eine dritte Gruppe, eine reine Rollstuhlgruppe, geführt. Die Gruppengröße variierte in den einzelnen Häusern zwischen 5 und 10 Personen. Die Gruppen wurden über den gesamten Projektzeitraum über die zwei vorgeschriebenen Zyklen (zu je 20 Einheiten) hinaus geführt. Im Caritas SeniorInnenhaus wurde eine sehr kleine Gruppe mit BewohnerInnen aus dem benachbarten Betreutem Wohnen aufgefüllt, für alle Beteiligten eine win-win Situation. Eine Urkunde für die „erfolgreiche“ Teilnahme motivierte auch zur Teilnahme am 2. Zyklus. Die Freude der BewohnerInnen über diese kleine Wertschätzung war groß. Alle TeilnehmerInnen erhielten zusätzlich eine laminierte Visualisierung der Übungen, um im Zimmer selbständig, mit Unterstützung der Pflege oder durch Angehörige zu üben, was zumindest teilweise gelang. BewohnerInnen kamen gerne zu den Einheiten und waren (meist) mit Begeisterung dabei. Ersichtlich wurde das einerseits dadurch, dass es in allen Häusern BewohnerInnen gab, die seit Beginn der MOF im Herbst 2015 dabei waren, andererseits wurden in den



fünf Häusern im November 2016 „Evaluationsrunden“ mit den BewohnerInnen durchgeführt, in denen viel Positives zur MOF rückgemeldet wurde.

Eine erste Reflexion zur Umsetzung der MOF erfolgte bereits während des Umsetzungszeitraums mit den TeilnehmerInnen der Gruppe sowie der in den PWH unterstützenden TherapeutInnen. Zielsetzung war rechtzeitig Feedback zu Herausforderungen und Ressourcen für TrainerInnen sowie zur Support-Rolle der TherapeutInnen zu erhalten. Nach Umsetzung des 2. Zyklus im November 2016 wurden ausführliche Evaluations- bzw. Reflexionsrunden in den PWH durchgeführt. Zum einen wurden von den TrainerInnen (zum Nutzen des Programms, zu ihrer Rolle, zur Vorbereitung und Schulung, zu den Trainingseinheiten, zum Unterstützungsbedarf, etc.), zum zweiten von den Physio- bzw. ErgotherapeutInnen, die den Support durchführten (zu ihrer Rolle, zur Schulung bzw. Vorbereitung auf ihre Aufgabe, zu Herausforderungen, etc.) und zum dritten von den BewohnerInnen (zum Programm allgemein, zur Zufriedenheit, zur eigenen Motivation der Teilnahme, zu wahrgenommenen Veränderungen bzw. Verbesserungen in der Mobilität, etc.) Rückmeldungen zur Mobilitätsförderung eingeholt.

Die Mobilitätsförderung konnte in allen 5 Häusern nachhaltig und qualitätsgesichert implementiert werden. Als Zeichen dafür wurde das auf Transferebene entwickelte Gütesiegel ‚Mobilität fördern – sozial, bewegt, selbständig‘ mit Projektabschluss den Häuser überreicht.

### 3.3 ZIELEBENE TRANSFER STEIERMARK

Neben der Umsetzung der fünf steirischen Models of Good Practice ging es um die Sensibilisierung der steirischen AkteurInnen im Kontext Pflegewohnheim für ganzheitliche gesundheitsfördernde Interventionen und um die Ausrollung und die Verankerung des Mobilitätsförderungsprogramms. Als Strategie zur Zielerreichung wurde eine Transfergruppe, quasi als vernetzendes Gremium, aufgebaut. Durch zahlreiche Vorgespräche gelang es Kontakte aufzubauen, Interesse zu wecken und Personen für eine Mitarbeit in der Transfergruppe zu gewinnen sowie erste wertvolle Hinweise für einen gelingenden Steiermark-Transfer zu sammeln. Danach erfolgte der Start mit dem ersten Transfergruppentreffen. Der Fokus des Treffens lag, dem Managementzyklus entsprechend, auf der Erhebung des Bedarfs und der Notwendigkeit aus der Sicht der Beteiligten. Mit rund 30 Personen (VertreterInnen aus Landespolitik und Verwaltung, von Sozialversicherungsträgern, Trägerorganisationen von Pflegewohnheimen, BewohnerInnen- und Angehörigenvertretung, von den am Projekt teilnehmenden Pflegewohnheimen, vom Fonds Gesundes Österreich sowie von Ausbildungsstätten wie den Fachhochschulen für Physio-, Ergotherapie und Gesundheitsmanagement und Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege) wurde gemeinsam erfasst, welche Rahmenbedingungen für das Gelingen von integrierter Gesundheitsförderung notwendig sind und wie sich das Mobilitätsförderungsprogramm für BewohnerInnen etablieren und in bestehende Ausbildungen integrieren lässt. Erste Maßnahmen wurden bei diesem Treffen bereits formuliert. Im 2. und 3. Transfergruppentreffen wurde Umgesetztes reflektiert, weitere Maßnahmen wurden diskutiert und beschlossen. Die FH JOANNEUM (Ergo-/Physiotherapie) zeigte sich von Anbeginn sehr interessiert und engagiert für die Ausrollung und nachhaltige Verankerung der Mobilitätsförderung, auch in ihren Studiengängen, und erhielt den Auftrag für die Entwicklung eines Nachhaltigkeitskonzeptes für die MOF. Andere Ausbildungseinrichtungen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich konnten ebenfalls gewonnen werden. Auch die Sozialversicherungsträger haben sich maßgeblich engagiert, sowohl für die MOF als auch für die Etablierung der IGF im Setting Pflege. Das Land Steiermark war ein wichtiger Partner mit Kompetenz zu den Strukturen und Möglichkeiten in der Pflege. Die TeilnehmerInnen-Anzahl in der Transfergruppe variierte über den Zeitraum der vier Treffen. Die Anzahl der Treffen war gut gewählt und das Format wurde von den Beteiligten begrüßt. Grundsätzlich gelang es die Beteiligung gut aufrechtzuerhalten, einzelne strategisch wichtige Umsetzungspartner, wie die Arbeiter- und Wirtschaftskammer konnten auch noch dazugewonnen werden. Das 4. und letzte Transfergruppentreffen stand im Zeichen der Präsentation der Projektergebnisse, der Reflexion und finalen Abstimmung der Produkte für die Nachhaltigkeit sowie im Feiern des Projekterfolgs mit allen Beteiligten.

## 4. Evaluationskonzept

Die FORBA – Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt mit Priv. Doz. Dr. Karl Krajcic erhielt den Auftrag für die externe qualitative und quantitative Evaluation des Projektes.

Die externe Evaluation wurde in erster Linie als – eher summative – Ergebnisevaluation, die auf Daten aufbaut, die vom operativen Team von Styria vitalis erhoben und aufbereitet wurden, angelegt. Des Weiteren stützte man sich auf die Ergebnisse und Analysen der quantitativen Evaluation.

Der spezifische Fokus für den qualitativen Teil lag auf Ebene der PflEGEWOHNHEIME auf der Beobachtung der integrierten Durchführung des Projekts. Weiteres Augenmerk wurde auf die Evaluation der Erfahrungen mit Versuchen zur Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten von BewohnerInnen – auch an strategischen und planerischen Prozessen – gerichtet.

In Bezug auf das Ziel Unterstützung des weiteren Transfers durch Netzwerkentwicklung erfolgte die Beobachtung und Analyse der Entwicklung eines Transfernetzwerks wesentlicher steirischer AkteurInnen und Strukturen, das Transferziele entwickelt und ihre Umsetzung verfolgt und bewertet. Die Beobachtung und Analyse des Capacity Building für Mobilitätsförderung unter wesentlichen steirischen AkteurInnen bildete ein weiteres Transferziel.

Mit dem ersten Evaluationsworkshop erfolgte die Spezifizierung des Angebotes. In den zwei weiteren Workshops lag der Fokus auf der Adaptierung der Erhebungsinstrumente für die Bedarfserhebungen der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen in den Heimen, der Vorgehensweise in der Erhebungsphase sowie im Stand der Entwicklung in den 5 Häusern in Form von Minidiagnosen. Das Führen von Projekttagbüchern, einerseits durch die Prozessbegleitung und andererseits in den Projekthäusern, galt der Prozessbeobachtung und –dokumentation durch Styria vitalis. Der vierte und letzte Workshop mit der externen Evaluation diente dazu, den Projektfortschritt auf den unterschiedlichen Ebenen zu reflektieren und wo notwendig steuernd zu unterstützen. Die begleitenden Workshops waren wesentlich für das Gelingen der Erhebungsphase, im weiteren Projektverlauf war die gemeinsame Reflexion dem Prozess förderlich. Aufgrund der knappen Ressourcen konnte kein abschließender Workshop geplant und durchgeführt werden, was eine letzte Zusammenschau und Reflexion verhinderte. Dies wurde versucht über Telefongespräche abzufedern.

In der quantitativen Evaluation wurde auf Konzepte, Instrumente, Erfahrungen und Ergebnisse des Wiener Pilotprojekts zurückgegriffen. Zum einen handelte es sich um die Bedarfserhebung bei den MitarbeiterInnen. Hierbei sollte die Analyse der Daten eine Diagnose über prioritäre Gesundheitsprobleme und verfügbare oder problematische Ressourcen ermöglichen. In diesem Kontext sollten vor allem auch organisationsbezogene Determinanten und Einflussfaktoren identifiziert werden, die als Ansatzpunkt für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen des Projekts dienen. Nicht unproblematisch war dabei das so sehr positive Abschneiden der Häuser in Bezug auf die MitarbeiterInnengesundheit, daher boten sich nicht so viele Ansatzpunkte für die weitere Planung und Zielsetzung. Die Aktivierung der MitarbeiterInnen konnte jedoch dadurch sehr gut erfolgen. In den Projektteams bot sich die Möglichkeit für MitarbeiterInnen Bedürfnisse zu nennen, die über die MA-Befragung nicht thematisiert werden konnten. Die Veränderung der MitarbeiterInnengesundheit im Projektverlauf war ursprünglich über den wiederholten Einsatz des Erhebungsinstrumentes geplant. Angesichts geringer Fallzahlen in den PWH erschien die erneute Befragung mit quantifizierenden Ergebnissen begrenzt sinnvoll, daher wurde eine Umplanung in Richtung abschließender MitarbeiterInnen-Fokusgruppen in den Häusern vorgeschlagen und seitens der Kooperationspartner und Fördergeber bewilligt.

Zum anderen wurde das Tool für die BewohnerInnenbefragung für die Analyse eingesetzt, um Problem- bzw. Entwicklungsbereiche in Bezug auf Gesundheit der BewohnerInnen zu identifizieren. Dabei wurde auch auf die Identifikation von Determinanten und Einflussfaktoren auf Wohlbefinden, Ressour-

cen für funktionale Gesundheit und Erhaltung der verbliebenen Autonomie fokussiert. Damit sollten Ansatzpunkte für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für BewohnerInnen bzw. Hinweise auf mögliche Qualitätsentwicklungspotentiale der Einrichtungen identifiziert werden. Die Durchführung der BewohnerInnenbefragung setzte ein gut geschultes InterviewerInnenteam voraus, das aufgebaut werden musste. So gelang es in allen Häusern viele BewohnerInnen zu erreichen und zu aktivieren. Eine Vorgehensweise, die sich trotz dem hohen Aufwand gelohnt hat.

Fokusgruppengespräche mit Angehörigen und Ehrenamtlichen wurden als Methode für die Bedarfserhebung genutzt. Der Leitfaden war ein bereits bewährtes Tool aus dem Pilotprojekt. Diese Form der Bedarfserhebung ermöglichte es mit mehreren Angehörigen oder Ehrenamtlichen auf einmal in Kontakt zu kommen und Punkte anzusprechen, die sie als Kollektiv betreffen. Trotzdem gelang es in Folge nicht, diese Gruppen nachhaltiger zu aktivieren und beständiger ins Projektteam einzubinden.

Das Capacity Building für die Mobilitätsförderung wurde in den 5 Heimen mittels Reflexionsgesprächen mit den TherapeutInnen, den GruppentrainerInnen sowie den BewohnerInnen durch die Prozessbegleitung geführt. Hier zeigte sich, dass mit BewohnerInnen nur in einer sehr kleinen Gruppe (rund 3 Personen) gut kommuniziert werden kann. Die persönliche direkte Ansprache ist wichtig, um verstanden zu werden und ein Feedback zu erhalten.

Abschließend erfolgte, die Bewertung von Projektergebnissen und Erfahrungen auf der Ebene von 4 Heimen in vier Evaluations-Workshops und Leitungsinterviews durch die externe Evaluation. Wie oben erwähnt erfolgte die Umplanung der quantitativen MA-Befragung in Fokusgruppen-Workshops und erlaubte somit differenzierter und fokussierter Evaluations-relevante Daten zu erheben, und knappe Mittel sinnvoll einzusetzen.

Der begleitende Transferunterstützungsprozess wurde durch die teilnehmende Beobachtung in der Transfergruppe durch das Team Styria vitalis und 2 Teilnahmen der externen Evaluation, sowie einer Dokumentenanalyse evaluiert.

In die Ergebnisevaluation flossen evaluationsrelevante Beobachtungen/Dokumente des Projektgeschehens in den Heimen durch das Team von Styria vitalis sowie Ergebnisse aus den MitarbeiterInnen Fokusgruppen, Leitungsinterviews und die oben genannten Reflexionsgesprächen zur Mobilitätsförderung. Die differenzierte Herangehensweise in der Wahl der Methoden ermöglichte eine gute Bewertung der Projektergebnisse, die in einem eigenen Evaluationsbericht detailliert dargestellt sind.

## 5. Projekt- und Evaluationsergebnisse

### 5.1 ZIELEBENE PFLEGEWOHNHEIME

Die integrierte Gesundheitsförderung konnte in allen 5 Häusern grundsätzlich erfolgreich umgesetzt werden. Ein Haus richtete den Fokus nur auf BewohnerInnen, Angehörige und Ehrenamtliche, die MitarbeiterInnen wurden über das im Haus implementierte Gesundheitsmanagement von übergeordneter Ebene mitbetreut. Es gelang die Projektstruktur in Form von lokalen Projektteams mit VertreterInnen aus Führung, Personal, BewohnerInnen, Angehörige und Ehrenamtliche aufzubauen, zu empowern und gemäß des Managementzyklus das Projekt gemeinsam umzusetzen. Entsprechend der verschiedenen Ausgangslagen und Bedürfnisse wurden in allen Häusern unterschiedliche Maßnahmen entwickelt und zum Großteil auch umgesetzt.

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren war dabei die klare Identifikation der Heimleitung mit dem Projekt, die nicht nur verbal erfolgte, sondern sich auch in der Bereitschaft niederschlug, sich auf Veränderungen einzulassen und auch Vorschläge der MitarbeiterInnen anzunehmen und umzusetzen. Eine

gute Teamkultur ist weiters eine günstige Voraussetzung, nicht nur für Kommunikation, sondern auch für die Bereitschaft in die professionelle Kompetenz des Teams zu vertrauen. Gegenseitiges Vertrauen als ein wesentlicher Aspekt, der zum Teil beidseitig gelernt werden musste, der zum Gelingen beitrug. Kommunikationsflüsse zwischen Leitung und MitarbeiterInnen laufen nun stärker in beide Richtungen. Es wird keine informelle (Gegen-)Kultur gepflegt, sondern es findet ein organisierter Austausch über die Perspektiven auf Vorkommnisse im Haus statt.

Hinsichtlich der MitarbeiterInnen konnte eine Stärkung der MitarbeiterInnen-Orientierung in der alltäglichen Organisationskultur wahrgenommen werden. Das zeigte sich an den für MitarbeiterInnen-gesundheit relevanten strukturellen Veränderungen, die von kleinen, aber wirkungsvollen räumlichen Reorganisationen über Rollenklärungen, neue Rollen, Einstellung neuer MitarbeiterInnen und Gewinnung von neuen KooperationspartnerInnen bis zu größeren baulichen Veränderungen reichten.

Die Perspektive auf die MitarbeiterInnengesundheit hat sich in den PWH insgesamt verändert. Aktuelle organisatorische Veränderungen werden verstärkt auch unter der Perspektive diskutiert, ob sie den Ansprüchen umfassender Gesundheitsförderung im Haus im Allgemeinen und der MitarbeiterInnen-gesundheit im Besonderen entsprechen. Diese Entwicklung wird sowohl von der Leitung als auch dem Personal eindeutig auf die Projektteilnahme zurückgeführt.

Diskussionen folgten Taten. Insgesamt stärkte die konkrete und erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen die Glaubwürdigkeit bzw. das Vertrauen in die Organisationskultur bzw. deren Entwicklung in Richtung einer verstärkten MitarbeiterInnen-Orientierung. Als Maßnahme zur Entwicklung einer integrativen, wertschätzenden Organisationskultur kann bspw. ein attraktives, gemeinsam zelebriertes und gratis verfügbares Frühstück mit Joghurt und Früchten oder Yoga für MitarbeiterInnen genannt werden.

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

Auf eher körperlicher Ebene wurde in zwei Häusern „Sicheres Heben und die Benutzung von Hilfsmitteln als Standard der Teamkultur“ als relevantes Thema beschrieben. Eine „Hebepolitik“ (kein schweres Heben alleine) gab es prinzipiell – und diese ist als Norm auch akzeptiert –, wurde aber (noch) nicht von allen gelebt. In einem Haus wurden deshalb die Rollen von „Hebebeauftragten“ eingeführt.

In allen vier Häusern wurden MitarbeiterInnen-bezogene Fortbildungen in den verschiedensten Bereichen positiv kommentiert (vor allem in Bezug auf Demenz, Palliativversorgung, Bewegung, Ernährung, Kinästhetik etc.). Fortbildungsmaßnahmen kamen viel besser als klassische Angebote der Gesundheits-erziehung an. RaucherInnen-Entwöhnung war bspw. in zwei der vier Häuser Thema, ist aber praktisch nicht angenommen worden.

Die Mobilitätsförderung für BewohnerInnen hatte im Gesamtprojekt einen besonderen Stellenwert. Auffallend war ihrer Multifunktionalität – BewohnerInnen zu aktivieren, dadurch gleichzeitig MitarbeiterInnen zu entlasten und Angehörige zufrieden zu stimmen – und somit umfassend wirksam, weil positive Entwicklungsprozesse ausgelöst bzw. verstärkt wurden.

Mindestens 2 GruppentrainerInnen pro Haus und eine Vielzahl von weiteren MitarbeiterInnen und auch Führungskräfte nahmen an der Schulung zum Mobilitätsförderungsprogramm teil. Die Zielsetzung lautete Mobilitätsförderung Alltagskultur werden zu lassen, was in vier Häusern sehr gut gelang. Die MOF führte zur Profilierung der Rolle der Seniorenanimateurinnen durch deren professionellen Einsatz. Sie werden sowohl von KollegInnen, BewohnerInnen, Heimleitung und Angehörigen verstärkt als bedeutend für den Erfolg des Hauses erkannt. Der vorgeschriebene und umgesetzte Support durch The-

rapeutInnen bewirkte, dass in allen Häusern ein hohes Maß an Sicherheit erlebt wurde und bei Fragen jemand helfend zur Seite stehen konnte. Eine Therapeutin wurde in einem Haus stundenweise für therapeutische Interventionen angestellt und stellt jetzt eine wichtige Ressource dar. Insgesamt wurde die Kompetenz, die TherapeutInnen in die Häuser brachten, sehr geschätzt.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die MOF zu allgemein besserer Stimmung, Verbesserung der Atmosphäre am Arbeitsplatz, Verbesserung der funktionalen körperlichen Gesundheit der BewohnerInnen beiträgt. Mehr Kraft, mehr bzw. wiedererlangte Beweglichkeit der BewohnerInnen entlastet die MitarbeiterInnen bei Hebetätigkeiten. Das veränderte Miteinander, BewohnerInnen helfen einander jetzt mehr, sind durch die MOF selbstbewusster, haben Ehrgeiz entwickelt sind zahlreichen Faktoren für eine positive Entwicklung. Das stärkere Selbstbewusstsein fördert auch Autonomie: Bedürfnisse werden klarer artikuliert als das zuvor der Fall war, es kann bedürfnisorientierter gearbeitet werden, die BewohnerInnen machen ihrerseits mehr mit, und das entlastet. Die Resonanz auf die MOF ist so stark, dass sie auch die Angehörigen erreicht, deren Zufriedenheit sich ebenfalls steigert.

Schwierigkeiten bezüglich der Implementierung der MOF waren bspw. einen abgeschlossenen Raum als Übungsort zu etablieren oder die manchmal fehlende Unterstützung der nicht-mobilen BewohnerInnen durch das Pflegepersonal beim Hin- und Rückweg zur Einheit. Die große Nachfrage der BewohnerInnen, an der MOF teilzunehmen, sprengte teilweise die Ressourcen und Möglichkeiten der Häuser. Durch die nachhaltige Implementierung in allen Häusern können aber für weitere BewohnerInnen noch Möglichkeiten geschaffen werden. Verbesserungsbedarf wurde in Bezug auf die Schulung gesehen: Ein einziger Schulungstermin war für eine nachhaltige Implementierung der Mobilitätsförderung zu wenig. Dem Bedarf konnte aufgrund der ausreichenden Ressourcen nachgekommen werden. In mehreren Häusern wurde der Wunsch nach Weiterbildung und regelmäßig fortlaufendem Support durch die TherapeutIn, vor allem um eine Plattform zu haben um sich austauschen zu können, geäußert. Durch die weitere Ausrollung der MOF und das entwickelte MOF-Gütesiegel kann auch diesen Wünschen künftig entsprochen werden.

Neben der MOF konnten BewohnerInnen an zahlreichen weiteren Maßnahmen zur Förderung des Miteinanders (Boccia spielen, Kinonachmittag, Ausflüge, teilweise gemeinsames Backen, gemeinsame Spaziergänge), zur Förderung des individuellen Wohlbefindens (Berücksichtigung von Essenwünschen, regelmäßige (Schönheits-)Wohlfühltag, Hauskatzen, Eierspeisenpartys als gemeinsamer Event) und zur Förderung der Mitsprache und Eigenständigkeit (SeniorInnen-Shuttle, Wünsche der BewohnerInnen sind Bestandteil der Dienstbesprechungen des Personals, Einkaufsunterstützung, BewohnerInnenstammtische) teilnehmen und teilhaben.

Im Gegensatz zu MitarbeiterInnen und BewohnerInnen war die Kommunikation/ Kooperation mit den Angehörigen ein vergleichsweise wenig präsent Thema im Projekt. Das systematische Einbeziehen von Angehörigen in die lokalen Projektgruppen wurde versucht, ist aber nicht befriedigend gelungen. Angehörige können sich schwer für kollektive Bedürfnisse begeistern, im Vordergrund stehen die zu betreuende Einzelperson und deren Wohlbefinden. Indirekt scheint damit im Rahmen des Projekts die MOF wiederum besonders erfolgreich gewesen zu sein, weil die Verbesserung des Zustands bzw. der Stimmung vieler BewohnerInnen einen direkten Beitrag zu Zufriedenheit der Angehörigen leisten konnte und damit auch deren Beziehung zur Einrichtung verbesserte.

Für eine verstärkte Berücksichtigung der Zielgruppe Angehörige wären wahrscheinlich noch verstärkte Anstrengungen notwendig. Ob danach Bedarf besteht und welche Akteure diesen in welcher Weise artikulieren könnten, ist auch nach externer Evaluation unklar.

In allen Häusern wurden Ehrenamtliche und die Relevanz dieser Form von Entlastung erkannt, genannt und integriert. Einem von zwei Häusern, die bisher keine ehrenamtlichen MitarbeiterInnen hatten, gelang es einen kleinen Ehrenamtspool aufzubauen.

Als quasi „Trägerrakete“ innerhalb der Trägergesellschaften funktionierten die einzelnen Häuser nur in einem Fall, in dem der Träger auch das MOF Schulungsprogramm von Anfang an für seine anderen Häuser genutzt hat, andere Träger zogen im Laufe des Projektes zaghaft nach. Integrierte Gesundheitsförderung wurde aus der Wahrnehmung der externen Evaluation von den Trägern eher als Besonderheit der Pilothäuser verstanden und nicht als Ausgangspunkt für eine Gesamtentwicklung. Innerorganisationaler Transfer wurde in den Pilothäusern als von den Trägerorganisationen nicht geforderte und wenig unterstützte Leistung wahrgenommen.

Die eingebrachten finanziellen Mittel aus dem Projekt und vor allem die Projektbetreuung durch Styria vitalis waren unabdinglich für den Erfolg des Projektes auf Hausebene.

Des Weiteren wurde deutlich, dass dieser gute Projekterfolg damit zusammenhängt, dass „Gesundheit hat kein Alter“ als integriertes Gesamtprojekt durchgeführt wurde und so auch die Bedürfnisse der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen im Projekt berücksichtigt wurden.

## 5.2 ZIELEBENE TRANSFER STEIERMARK

Die Zielsetzung Integrierte Gesundheitsförderung sowie das Capacity Building zur Mobilitätsförderung durch die Entwicklung geeigneter Transfermaßnahmen in steirischen Pflegeeinrichtungen zu forcieren bzw. zu etablieren konnte in hohem Maß durch die fruchtbare Zusammenarbeit mit der Transfergruppe erreicht werden.

Das Capacity Building zur MOF konnte bereits mit Projektressourcen starten. Aus-, Weiter- und Fortbildungseinrichtungen wie die FH JOANNEUM (Ergo- und Physiotherapie) unterstützten von Anbeginn. Die fachliche und soziale Kompetenz von einer Ergotherapeutin war ein großer Gewinn für die Ausrollung. Mit der Schulung für TherapeutInnen, die künftig als AusbilderInnen aktiv sind, konnte ein wesentlicher Grundstein für die Ausrollung nach Projektende gelegt werden.

Die überzeugend dargestellten sehr positiven MOF-Erfahrungen der Pilothäuser haben schon bei Projektabschluss den Weg für eine starke und systematische Unterstützung der weiteren Ausrollung der MOF durch das Land Steiermark im Rahmen einer Zertifizierungsstrategie geebnet.

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

Die Implementierungsstrategie, die von der Styria vitalis gewählt wurde, ist in hohem Maß erfolgreich gewesen. Insbesondere die Vernetzung und Kooperation mit den Ausbildungsinstitutionen für Gesundheits- und Sozialberufen war aus externer Perspektive zentral, die MOF hat sich dort in hohem Maß als anschlussfähig erwiesen.

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

Konkrete Ergebnisse, die auch klar die künftige Verankerung aufzeigen:

Ergebnisse zur integrierten Gesundheitsförderung (IGF)

- Bekanntmachen der IGF Erhebungsinstrumente und Transfer des erworbenen Know-hows im Österreichischen Netzwerk der BGF (ÖNBGF)
- Info-Folder zur Integrierten Gesundheitsförderung für Einrichtungen im Setting Pflege und Betreuung

- Die STGKK und BVA werden im Zuge einer BGF-Erstberatung Pflege- und Betreuungseinrichtungen über die Möglichkeit der Umsetzung eines integrativen Gesundheitsförderungsansatzes informieren und unterstützen somit auch die FGÖ Förderrichtlinie zur IGF im Setting Pflege.
- Bericht über das Projekt in der STGKK hauseigenen Zeitung (Auflage 400.000 Stück).
- Die Arbeiterkammer Steiermark informiert über GHKA und MOF in einem Artikel in der ZAK-Direkt für Gesundheits- und Sozialberufe. Eine Fortbildung zum Kennenlernen der MOF für Leitungen aus Pflegeeinrichtungen wird überlegt und verfolgt.
- Die Wirtschaftskammer Steiermark informiert über einen Spezial-Newsletter sämtliche Einrichtungen im Pflegebereich über die Möglichkeit der MOF und IGF und unterstützt somit die nachhaltige Umsetzung.
- Information über GHKA und MOF bei den BürgermeisterInnen-Seminaren des FGÖ

#### Ergebnisse zum Capacity Building in der Mobilitätsförderung (MOF)

- Masterarbeit an der FH Kärnten zur Umsetzung des MOF-Programms im GGZ-Projektheim
- Aufnahme der 2tägigen Schulung zur MOF in den internen Fortbildungskatalog der Volkshilfe
- Entwicklung eines Nachhaltigkeitskonzept zur Mobilitätsförderung und eines Gütesiegels für pflegende und betreuende Einrichtungen durch die FH JOANNEUM (Ergo- und Physiotherapie)
- Aufbau der Koordinationsstelle zur Vergabe des Gütesiegels für die MOF bei Styria vitalis mit einer Anschubfinanzierung über das Land Steiermark Resort Pflege für 2018/19
- 2 Info-Folder zur Mobilitätsförderung: 1x für Träger von Pflegewohnheimen, Betreutem Wohnen & Tageszentren; 1x für BewohnerInnen & BesucherInnen und ihre Angehörigen
- Eigenes Logo für das MOF-Programm
- 115 MitarbeiterInnen aus 36 PWH unterschiedlicher Trägereinrichtungen (Caritas, Compass, GGZ, Senecura, Sozialhilfverband, Volkshilfe, Wie daham..., andere private Anbieter) wurden in einer eintägigen Qualifizierung in das MOF-Programm geschult und stehen als GruppentrainerInnen in ihren Einrichtungen zur Verfügung
- 13 Ergo- bzw. PhysiotherapeutInnen wurden geschult und stehen für den Support in PWH zur Verfügung
- 11 geschulte Physio- und ErgotherapeutInnen, die als Ausbilderinnen und Mentorinnen für die MOF zur Verfügung stehen.
- Inhaltliches und didaktisches Konzept für AusbilderInnen von Erika Mosor (Mitentwicklerin des MOF-Programms)
- Implementierung des Wahlfachs MOF-Schulung an der FH JOANNEUM für Ergo- und Physiotherapie für Studierende des 5. Semesters
- Informationen zur MOF an ca. 600 AbsolventInnen (Ergo- und PhysiotherapeutInnen) sowie an die Berufsverbände der Physio- und ErgotherapeutInnen
- Aufnahme der MOF ins Curriculum steirischer Ausbildungseinrichtungen für Gesundheits- und Krankenpflege.
- Ausrollung der MOF in den Projekten „AmZ 1.0 im Mürztal“ (7 PWH von 6 Trägern, 31 MitarbeiterInnen und 4 Therapeutinnen) und „AmZ 2.0 im Mürztal“ (7 Betreute Wohnen Einrichtungen) durch das IfGP und den Auftragnehmer Styria vitalis
- Die MOF findet neben den Pflegewohnheimen auch Eingang in betreutes Wohnen und Tageszentren (bspw. Tageszentrum Robert Stolz - GGZ)
- Die Unterstützung durch TherapeutInnen in der Umsetzung der MOF in PWH ist weiterhin notwendig, um die Qualität zu sichern. Die Frage einer diesbezüglichen Finanzierung bleibt offen, die PWH werden selber dafür aufkommen müssen.

## 6. Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

Wesentliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Erreichung der Projektziele waren:

### Förderliche Faktoren

- Gute Erreichbarkeit der Schwerpunktzielgruppen aufgrund des Settings Pflgewohnheim
- Teilnahme der MitarbeiterInnen an den Teams etc. sind Arbeitszeit
- Die Managementebene setzt sich voll für das Projekt und deren Umsetzung ein und trägt die Entscheidung für das Projekt zu 100% mit
- Gute Kultur des Miteinanders in den PWH erleichtert die übergreifende Zusammenarbeit und Erreichung der Gruppen
- Adaptierte Erhebungsinstrumente (Fragebogeninstrumente und Leitfäden) und speziell auf die Zielgruppe geschulte Interviewerinnen
- Mobilitätsförderung: Schulung der MitarbeiterInnen „aus erster Hand“ durch Erika Mosor und schrittweise Übergabe an steirische TherapeutInnen; Adaptierung des Programmes (Checkliste statt Filtertests, Anpassen des Curriculums); Support durch TherapeutInnen gibt TrainerInnen Sicherheit in der Umsetzung
- Mobilitätsförderung als ‚Besonderes Angebot‘ motiviert die BewohnerInnen teilzunehmen
- Für viele TrainerInnen stellt das Programm zur Mobilitätsförderung ein spezielles, reichhaltiges und interessantes Angebot dar, welches als eigenständiges Programm neben der klassischen Animation den BewohnerInnen zur Verfügung steht. Supervision, Austausch unter KollegInnen und die Möglichkeit, die Termine persönlich gestalten und ausschmücken zu können, stärken die Rolle der TrainerInnen und tragen zu einem guten Gelingen bei.
- Für die indirekte Zielgruppe der Ausbildungseinrichtungen für Gesundheits- und Krankenpflege ist das Programm zur Mobilitätsförderung nicht nur interessant, sondern durch unsere Praxiserfahrungen auch wertvoll und damit ein eigenständiges Produkt.
- Für die VertreterInnen der indirekten Zielgruppe für den Steiermark Transfer ist es ein Zeichen von Qualität, dass die Transfergruppe sich aus politischen/strategischen AkteurInnen wie auch UmsetzerInnen zusammensetzt und damit auch die richtige Plattform für Transfermaßnahmen bietet.

### Hinderliche Faktoren

- Das Erreichen und Einbinden von BewohnerInnen und Angehörigen in die Projektteamtreffen stellt eine große Herausforderung dar
- Angehörige fühlen sich nicht so stark der Lebenswelt zugehörig, sind mit den PWH sehr zufrieden und sehen daher nicht so sehr den Bedarf mitzuwirken und verfügen obendrein über eher geringe Zeitressourcen. Sobald diese den Kontakt zum Projektteam verloren hatten, waren sie für eine erneute Mitarbeit nur selten zu erreichen. Angehörige sollte man gut informieren, zu verschiedenen Anlässen, auch Gesprächs- und Informationsrunden, einladen und bspw. über ein geregeltes Beschwerdemanagement im Haus können Probleme gut und professionell gelöst werden.
- BewohnerInnen können in den lokalen Projektteams aufgrund ihrer Einschränkungen (Sehen, Hören, begrenzte Aufmerksamkeit) nicht so aktiv partizipieren wie der Rest der Gruppe, daher ist die Teilnahme für sie zumeist mühsam und anstrengend. Für diese Zielgruppe braucht es Kleingruppen- oder sogar Einzelgespräche, um ihre Bedürfnisse und Meinungen einzuholen (bspw. BewohnerInnenstammtische).
- Das Finden einer gemeinsamen Sprache in der inhomogenen Gruppe (lokale Projektteams) ist z.T. eine echte Herausforderung.
- Das Erreichen der Zielgruppe der TrainerInnen aus den Projekthäusern ist in den ersten zwei Schulungen sehr gut gelungen. Die Idee nicht nur zwei TrainerInnen zu schulen, sondern mehrere MitarbeiterInnen, um die grundsätzliche Haltung und Einstellung einer Mobilitätsförde-



rung im ganzen Haus spürbar zu machen, gelingt nicht überall. Dazu empfiehlt es sich, vor allem Haus- und Pflegedienstleitungen über eine Schulung oder auch über eine intensivere Einführung zu erreichen, da diese Personen maßgeblich für die Umsetzungsressourcen und den Rahmen verantwortlich sind.

### **Lernerfahrungen**

#### Lernerfahrung 1

Steirische Pflegeheime sind in Bezug auf die BewohnerInnen um vieles kleiner, zwischen 40 und 100 Betten. Im Wiener Pilotprojekt hatten die Häuser bis zu 300. Daher haben steirische Häuser weniger MitarbeiterInnen, was im Rahmen des BGF-Prozesses eine Krankenstands-Analyse seitens der GKK obsolet macht, da die Organisationseinheiten zu gering sind.

#### Lernerfahrung 2

Als sehr fruchtbar haben sich die Vorgespräche mit AkteurInnen/EntscheidungsträgerInnen des Wiener Pilotprojekts (2010–2012) herausgestellt. So konnten diverse Schlüsselbereiche identifiziert und im Kontext des steirischen Transfers reflektiert werden.

#### Lernerfahrung 3

In der steirischen Pflegelandschaft ist eine Durchführung der Mobilitätsförderung durch hauseigene TherapeutInnen nur in einzelnen Fällen möglich. In Wien standen diese Personalressourcen zur Verfügung, daher wurde das Curriculum ursprünglich in diese Richtung gestaltet. Im Rahmen des Transfers wurde das Curriculum den Gegebenheiten angepasst, sodass AnimatorInnen, PflegehelferInnen und AltenbetreuerInnen die Mobilitätsintervention nach erfolgter Schulung durchführen können. Nur ein Projekt-PWH verfügte über eine eigene Physiotherapeutin. Gesetzlich ist so eine Stelle nicht vorgesehen.

#### Lernerfahrung 4

Das Einbinden aller beteiligter Gruppen (MA, BW, EA, ANG) in ein lokales Projektteam ist eine Herausforderung. Gerade für BewohnerInnen, die schlecht hören und sehen, ist ein Partizipieren und Mitgestalten im Team manchmal nur erschwert möglich. Das Einbinden von Angehörigen und Ehrenamtlichen ist ebenso schwierig. Allgemein lässt sich sagen, dass es immer auf das jeweilige Haus ankommt: je besser die Kontakte zu diesen Gruppen sind, desto eher ist ein Ansprechen und Einbinden möglich.

#### Lernerfahrung 5

Den Kompetenzaufbau über hausübergreifende Schulungen zu gestalten hat sich bewährt, Kennenlernen und Austausch werden so ermöglicht. Durch diese gemeinsamen Termine konnten bisherige Praxiserfahrungen und Herausforderungen reflektiert werden. Besonders wichtig ist es bei solchen „Events“, dass alle Projekt-Häuser mit dabei sind.

#### Lernerfahrung 6

In der Prozessbegleitung von projektunerfahrenen Häusern ist die persönliche Kommunikation mit den AkteurInnen vor Ort (lokale Projektleitung, Heimleitung, MobilitätstrainerInnen) unerlässlich. Auch gut aufbereitete Unterlagen müssen persönlich durchbesprochen werden, damit ein gemeinsames Bild entsteht. Dies gewährleistet in Folge einen reibungslosen Ablauf.

#### Lernerfahrung 7

Der Kompetenzaufbau (Schulung) bei den durchführenden MitarbeiterInnen der Mobilitätsförderung wurde äußerst positiv angenommen. Supportleistungen durch geschulte TherapeutInnen sowie hausübergreifender Erfahrungsaustausch im Rahmen von Supervisionen haben sich sehr bewährt. Sie signalisierten unseren ProjektpartnerInnen die Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit dieses Interventionsprogrammes für ihre BewohnerInnen.

#### Lernerfahrung 8

Die Mobilitätsförderung wird als spezielles Angebot in den Häusern von den BewohnerInnen wahrgenommen. Es ließen sich dafür mitunter auch jene BewohnerInnen begeistern, die für die klassische Animation oft nicht gewonnen werden konnten. Das Üben in der Kleingruppe schafft sowohl für die BewohnerInnen als auch für die TrainerInnen eine gewisse Qualität.

#### Lernerfahrung 9

Es wurde versucht das Programm zur Mobilitätsförderung möglichst Vorgaben-getreu umzusetzen. In der praktischen Umsetzung kann es immer wieder zu Adaptierungen kommen, weil sie dem Rahmen besser entsprechen; diese gilt es auszuloten. Auch der organisatorische Rahmen (2 Zyklen à 2 Gruppen) ändert sich aufgrund lokaler Bedingungen. Bspw. wenn eine Kleingruppe durch Todesfälle oder krankheitsbedingte Ausstiege schrumpft, kann eine Gruppe in eine andere integriert werden oder durch Personen auf der Warteliste aufgefüllt werden. Es ist auch gut möglich, dass eine etwas größere Gruppe von zwei TrainerInnen betreut wird.

#### Lernerfahrung 10

Die Ausrollung der Mobilitätsförderung durch Schulungen von 115 MitarbeiterInnen aus insgesamt 36 Pflegeheimen ist gut gelungen, da das Thema Bewegung bei steirischen Pflegeheimen als wichtig erkannt wird.

#### Lernerfahrung 11

Durch die Workshops und Reflexionsschleifen mit den externen Evaluatoren konnten zukünftige Schritte geplant bzw. praxisnah abgeändert werden. So konnte bspw. eine zweite schriftliche MitarbeiterInnen-Befragung in den Häusern, die sich als nicht sinnvoll herausstellte, zugunsten von Fokusgruppen ersetzt werden.

#### Lernerfahrung 12

Vereinzelt angesprochen wurde die teilweise als zu lange wahrgenommene Dauer des Projekts aus Sicht einiger Häuser. Viele Dinge sind bald nach Projektstart passiert, die Mobilitätsförderung hat rasch an Fahrt aufgenommen und Bewusstseinsbildung hat stattgefunden. Gerade im Planungs- und Umsetzungsprozess der BGF-Agenden kann es passieren, dass nach den ersten Erfolgen auch einmal weniger Energie vorhanden ist. Das heißt für die Maßnahmenplanung durchaus auf mittelfristige Maßnahmen zu setzen oder wiederholt Bedürfnisse von ev. wenig Beteiligten einzuholen und zu bearbeiten.

#### Lernerfahrung 13

Es lässt sich beobachten, dass ein BGF-Prozess vor allem dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn die Führungskräfte selber dahinterstehen und Veränderungen im Betrieb annehmen können.

#### Lernerfahrung 14

In punkto Transfergruppe lässt sich feststellen, dass es wichtig ist, Zeit in die Planung und Zusammensetzung einer solchen Gruppe zu investieren. Eine „richtig“ zusammengesetzte Gruppe von AkeurInnen

aus unterschiedlichen Bereichen ist eine wertvolle Bereicherung. Dies ist auch gelungen. Projektvorhaben und unsere Ideen bezüglich des Transfers konnten gut präsentiert werden, was wiederum eine inhaltliche Grundlage für die TransfergruppenteilnehmerInnen schuf. Dadurch konnten folglich auch weiterführende Ideen und Maßnahmen zur Umsetzung formuliert werden.

#### Lernerfahrung 15

Die Transfergruppe war ein integraler Bestandteil der Transferstrategie und nicht nur ein wichtiges, sondern auch das richtige Gremium, um die Weichen in Richtung Zukunft stellen zu können. Politische EntscheidungsträgerInnen bekamen Erfahrungen von den ProjektpartnerInnen (Hausleitungen, TrainerInnen, Evaluatoren, Ausbildungseinrichtungen) aus erster Hand berichtet und konnten sich ein eigenes, praxisbezogenes Bild machen.






#### Lernerfahrung 16

Aus Sicht des Capacity Buildings haben die lokalen Projektleitungen und die TrainerInnen der Mobilitätsförderung in ihre neuen Rollen hineingefunden, diese jeweils gestaltet und damit auch Leadership übernommen. Es fand Empowerment statt. Unterstützt wurde dies bspw. auch durch externe Prozessbegleitung, hausübergreifende Schulungen und Supervisionen sowie durch die angebotene Ausbildung zur GesundheitszirkelmoderatorIn.

#### Lernerfahrung 17

Die Unterstützung durch TherapeutInnen in der Umsetzung der MOF in PWH ist weiterhin notwendig, um die Qualität zu sichern. Die Frage einer diesbezüglichen Finanzierung bleibt offen, die PWH werden selber dafür aufkommen müssen.

## Anhang

-  2017\_06\_Folder\_DinLang\_Bewohner\_Angehoerige.pdf
-  2017\_07\_05 STYRIA Transfer Gesundheit hat kein Alter Evaluationsbericht.pdf
-  2017\_07\_Folder\_A5\_IGF.pdf
-  2017\_07\_Folder\_A5\_Traeger.pdf
-  Erfolgsgeschichte.JPG